



Fecha de recepción: febrero 13 de 2020
Fecha de aceptación: junio 17 de 2021

ARTÍCULO ORIGINAL

<http://doi.org/10.14482/sun.37.2.618.364>

Dimensiones culturales del concepto pie diabético en personas con diabetes *mellitus* y en estudiantes de medicina mexicanos

Cultural Dimensions of the Diabetic Foot Concept in People with Diabetes Mellitus and in Mexican Medical Students

VÍCTOR HORACIO OROZCO-COVARRUBIAS¹, JOSÉ RAFAEL OROZCO-COVARRUBIAS², MARÍA DE LOS ÁNGELES AGUILERA-VELASCO³, CARLOS ENRIQUE CABRERA-PIVARAL⁴, TERESA TORRES-LÓPEZ⁵, DIANA CORÉ ROMERO-LOZANO⁶, ADOLFO LÓPEZ-CORONA⁷

¹ Maestro en salud pública, Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco, México. vicnir@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7171-3441>.

² Licenciatura: Docencia del idioma inglés como lengua extranjera, Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco (México).

³ Doctorado en Ciencias de la Salud en el Trabajo, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco (México). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9912-705X>.

⁴ Doctorado en Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco (México).

⁵ Doctorado en Antropología Social y Cultural, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco (México). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4157-5073>

⁶ Maestro en salud pública. Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco (México).

⁷ Maestro en salud pública, Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco (México).

Correspondencia: Víctor Horacio Orozco-Covarrubias. Maestro en salud pública. Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco (México). Código postal: 44630. vicnir@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo: Analizar las dimensiones culturales del concepto pie diabético en personas con diabetes mellitus y en estudiantes de medicina.

Material y métodos: Estudio descriptivo exploratorio con base en los fundamentos de la antropología cognitiva y la teoría del consenso cultural. Participaron 40 personas (20 personas con diabetes y 20 estudiantes de medicina de séptimo semestre). El estudio se realizó en Guadalajara (México), en un hospital de segundo nivel, en los primeros tres meses de 2019. Se utilizaron listados libres y *pile sort* para identificar el contenido y la organización de las dimensiones. En el caso de los valores agregados, las matrices fueron analizadas mediante conglomerados jerárquicos. En el caso de los valores individuales, las matrices fueron analizadas mediante un modelo de consenso cultural.

Resultados: Para las personas con diabetes, el concepto de pie diabético se conformó por las dimensiones de consecuencias y prevención. Para los estudiantes de medicina, el concepto de pie diabético se conformó por las dimensiones consecuencias y complicaciones. Se encontró consenso cultural en ambos grupos (Razón F1:F2, personas con diabetes: 3.14; estudiantes de medicina: 6.73). Las dimensiones tuvieron valores de ajuste adecuados: *stress* 0.21 en las personas con diabetes y 0.13 en los estudiantes.

Conclusiones: Gracias a los resultados y acercamiento hacia ambos grupos, se pudieron reconocer elementos claves para la futura aplicación de programas de prevención para la salud, y una atención más integral para las personas con diabetes mellitus.

Palabras clave: pie diabético, diabetes mellitus, antropología cultural, competencia cultural.

ABSTRACT

Objective: Analyze the cultural dimensions of the diabetic foot concept in people with diabetes mellitus and in medical students.

Material and Methods: Exploratory descriptive study based on the foundations of cognitive anthropology and the theory of cultural consensus. Forty people participated (20 people with diabetes and 20 medical students in the seventh semester). The study was conducted in Guadalajara, Mexico, in a second level hospital, in the first three months of the year 2019. Free lists and pile sort were used to identify the content and the organization of the dimensions. In the case of the aggregated values, hierarchical conglomerates analyzed the matrices. In the case of individual values, the matrices were analyzed using a cultural consensus model.

Results: People with diabetes mellitus conformed the concept of diabetic foot by the dimensions of consequences and complications, whereas the medical students conformed the concept by the dimensions of consequences and complications. The cultural consensus was found in both groups with the following reasons F1:F2, people with diabetes: 3.14; medical students: 6.73. The dimensions had adequate values with the stress of 0.21 for the people with diabetes, and of 0.13 for the medical students.

Conclusions: Gratefully, these results and the approach towards these two groups' key elements could be found for a future application of programs of health prevention and deeper and integral treatment process for the people with diabetes mellitus.

Keywords: diabetic foot, diabetes mellitus, anthropology cultural, cultural competency.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial la prevalencia de pie diabético es de 6.4%, el cual oscila entre 3 % en Oceanía y 13 % en América del Norte (1). En México, la prevalencia del pie diabético está aumentando, como se menciona en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (ENSANUT-MC); en 2012 se tenía una prevalencia de 7.2 % y para 2016 se incrementó hasta un 9.1 % (2).

Las complicaciones del pie diabético corresponden principalmente a la falta de prevención; esto se debe con frecuencia a dos factores: el no tener conocimiento sobre los cuidados de prevención o el tener los conocimientos, pero no las prácticas adecuadas de estos, por lo que no solo es importante conocer que se debe de hacer sino también el cómo se debe de realizar cada cuidado (3).

Como mencionan López y Yanes (4) la necesidad de prevenir y estudiar el padecimiento del pie diabético es una cuestión primordial y representa un gran reto médico; disminuir este padecimiento puede traducirse en resultados positivos para mejorar la calidad de vida de las personas, además de la incidencia en el aspecto socioeconómico, debido a la alta prevalencia de la diabetes mellitus (DM) en la población laboralmente activa.

La educación para las personas con DM es un elemento esencial de cualquier programa de salud para pie diabético. Cuando las personas tienen suficiente conocimiento sobre su enfermedad, es más probable que se adhieran a su régimen de tratamiento. El cuidado de los pies por parte de las personas es influenciado positivamente por el médico tratante mediante el conocimiento y la información sobre su condición (5).

La creciente prevalencia del pie diabético se debe afrontar de diversas maneras; por ende, el determinar la transmisión generacional del conocimiento cultural ofrece pautas para la prevención y el control de esta enfermedad. Al identificar y comparar las estructuras semánticas del conocimiento compartido, sentamos las bases de una atención culturalmente comprensiva.

Un enfoque teórico y metodológico que permite el acercamiento a las conceptualizaciones culturales de la población es la antropología cognitiva estudia cómo las personas de diferentes culturas adquieren información sobre el mundo, cómo la procesan, toman decisiones y actúan en formas consideradas apropiadas para otros miembros de su cultura (transmisión cultural) (6).

La teoría del consenso cultural es un conjunto de técnicas analíticas y modelos que pueden usarse para estimar los saberes culturales. El conocimiento individual, o competencia cultural individual, puede ser analizado desde el acuerdo entre los integrantes de un grupo determinado. Se parte de la idea de que las personas son culturalmente competentes en el área específica de un objeto social en la que son expertos, no solo por su conocimiento científico, sino también y, sobre todo, por los saberes culturalmente compartidos. El análisis de consenso es teoría y método, ya que, como teoría específica, las condiciones bajo las cuales hay un mayor acuerdo entre los individuos indica un mayor conocimiento sobre un dominio cultural. Y como método, permite evaluar el grado del conocimiento de los informantes (7).

Se han realizado diversos estudios con el enfoque de la antropología cognitiva, en particular con base en la teoría del consenso cultural, como el de caracterizar los principales elementos relacionados con el dominio cultural sobre las causas de la DM (8), el conocer las concepciones culturales sobre el tratamiento con insulina (9), el consenso cultural sobre las causas y las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en pacientes de Tepic y Guadalajara (10) y el definir un modelo explicativo de 2 grupos de diabéticos, sobre las causas, síntomas, tratamiento y complicaciones de la DM2 (11).

Sin embargo, el estudio del concepto de pie diabético no ha sido abordado con dicho enfoque. Los más cercanos son Mantovani et al. (12) y Coelho et al. (13) con la base teórica de las representaciones sociales (RS).

Este estudio se realizó con base en la teoría del consenso cultural con el enfoque de la antropología cognitiva, cuyo objetivo fue analizar las dimensiones culturales del concepto pie diabético en

las personas con DM y en los estudiantes de medicina, con el fin de proporcionar una educación en salud adecuada a los estudiantes de medicina para la prevención del pie diabético y, a su vez, dar voz a las personas con DM sobre su padecimiento, lo cual permitirá el brindarles una mejor educación para la salud sobre la prevención del pie diabético.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo cualitativo con un diseño de estudio descriptivo exploratorio con base en los fundamentos de la antropología cognitiva y la teoría del consenso cultural, contando con un total de 40 personas participantes en la investigación, de los cuales 20 fueron personas con DM y 20 estudiantes de medicina de séptimo semestre.

Se realizó un muestreo no probabilístico a criterio. La población participante fueron estudiantes de medicina de séptimo semestre. Los criterios para su selección fueron: estudiantes de la licenciatura de médico cirujano y partero vigentes, estar cursando el séptimo semestre de la licenciatura. Además, participaron personas con DM. Los criterios para su selección fueron: personas con diabetes mellitus tipo 1 o 2 mayores de 18 años, con 10 años de evolución o más, con historial de úlceras en miembro pélvico.

El tamaño de la muestra se basó en el supuesto del modelo de consenso cultural para el estudio de patrones culturales que plantea que, en estudios de descripción cultural, el tamaño de la muestra no debe ser grande, debido a que la correlación promedio entre informantes tiende a ser alta (0.5 o más). Los dos factores que determinan el número de informantes son la competencia cultural esperada (concordancia entre las respuestas individuales y el patrón estimado de respuestas correctas del grupo) y el nivel de confianza aceptable para determinar la respuesta a la pregunta. Se sugiere un tamaño mínimo de 17 informantes para clasificar el 95 % de las preguntas correctamente, bajo un promedio de competencia cultural esperada de 0.5 y un nivel de confianza de 0.95 (14, 15).

El estudio se realizó en Guadalajara (México), en un hospital de segundo nivel, en los primeros tres meses de 2019; previo a la aplicación de las técnicas de antropología cognitiva se recabaron los datos sociodemográficos de las personas con DM y los estudiantes de medicina. Se utilizaron los instrumentos de listados libres y *pile sort* para identificar el contenido y la organización de las dimensiones.

Las palabras obtenidas en los listados libres fueron clasificadas en categorías generadas con base en las definiciones dadas para cada palabra, lo cual se hizo con análisis de contenido temático. Otro análisis fue la suma de frecuencias de los términos generados y el índice de Smith para identificar los 20 términos más frecuentes a fin de construir el instrumento de *pile sort*.

Los datos obtenidos en *pile sort* fueron tabulados en matrices de palabra por palabra y sus valores fueron transformados a proporciones de similaridades. Las matrices resultantes fueron analizadas por separado para los valores agregados, la *aggregate proximity* (AGPROX) contiene el promedio de las matrices de proximidad de todos los individuos y los valores individuales, y la *individual proximities* (INDPROX), las matrices de proximidad de ítem por ítem correspondientes para cada participante.

En el caso de los valores agregados, las matrices fueron analizadas mediante conglomerados jerárquicos. En este caso se realizó el análisis con base en el algoritmo de Johnson, citado por Marseline y Premalatha (16) con el método *complete-linkage clustering*, para un tipo de datos de similitud. Este método asigna palabras a dimensiones conceptuales de acuerdo con la similitud percibida por los informantes. El grado de similitud entre palabras se expresó en una gráfica de diagrama de árbol con niveles de correlación (7).

En el caso de esta investigación, el análisis de conglomerados jerárquicos permitió conformar el dendrograma con la agrupación de las palabras en dimensiones culturales, de tal forma que los temas ubicados a la derecha representaron al conjunto de términos del listado de la izquierda de la figura.

Por convención, se definieron los siguientes niveles de correlación entre las palabras: fuerte entre 1.0 y 0.75; moderado entre 0.74 y 0.50; débil entre 0.49 y 0.25; y mínimo entre 0.25 y 0.0. En forma complementaria se hizo la representación espacial en dos dimensiones de las similaridades de las palabras representadas en los árboles de conglomerados, mediante escalas multidimensionales no métricas. Con esta técnica se calculó el valor de *stress* como medida de verosimilitud de la representación de los conglomerados. En el trabajo se siguió la propuesta de Sturrock y Rocha (17) quienes sugieren para una representación de 20 términos un valor de corte de *stress* menor de 0.28 y para 15 términos un valor menor de 0.23.

En el caso de los valores individuales, las matrices fueron analizadas mediante un modelo de consenso cultural ajustado a respuestas ordinales. Este modelo estima la verosimilitud de que un sistema homogéneo de conocimientos predomine en una cultura, a partir de la correspondencia

entre los conocimientos del grupo y los del individuo. Para el efecto, se corrieron análisis factoriales de componentes principales que agrupan a los individuos en función de sus respuestas. En el análisis de componentes principales, el primer factor o componente (F1) sería aquel que explica una mayor parte de la varianza total; el segundo factor (F2) sería aquel que explica la mayor parte de la varianza restante, es decir, de la que no explicaba el primero, y así sucesivamente (7) .

El criterio de verosimilitud para la obtención del consenso en los modelos implica que el primer factor alcance una razón tres veces mayor a la del segundo factor, lo cual significa que hay una alta concordancia en las respuestas de los informantes. El análisis de consenso cultural considera que la información es más confiable si genera resultados similares aun cuando provenga de múltiples informantes (ya que refleja que estos poseen alta competencia cultural) (7). Los distintos análisis se procesaron con los programas de Anthropac v. 4.98 y Ucinet 6.

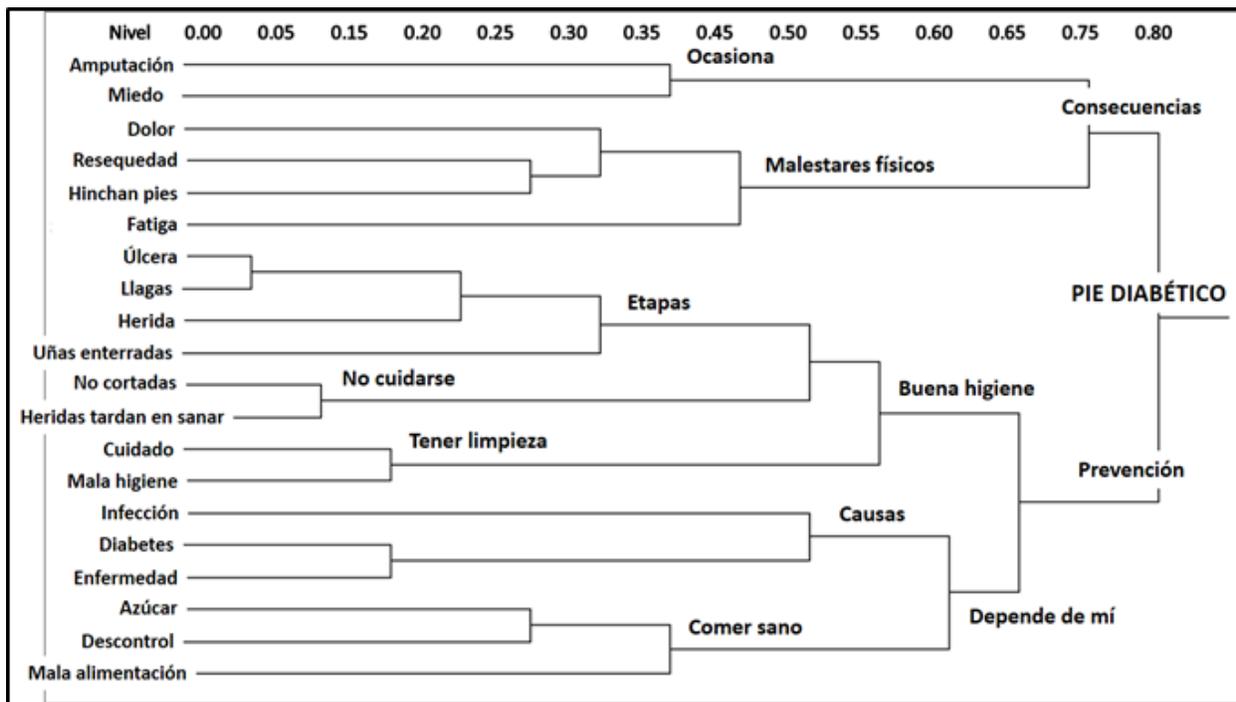
Antes de cada entrevista se explicaron los objetivos del estudio y se obtuvo un consentimiento verbal libre e informado ***tácitamente por parte de las personas participantes, con base en el artículo 6*** de la Declaración Universal de Derechos Humanos y los artículos 21, 22 y 24 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, garantizándose a los informantes la confidencialidad y anonimato en la recolección y el análisis de la información. La participación de los entrevistados y entrevistadas se sujetó a su aceptación voluntaria.

RESULTADOS

Las personas con DM fueron 60 % mujeres y 40 % hombres, con un promedio de edad de 50.6 años. Tuvieron un promedio de 11.6 años de evolución con la DM. En relación con la escolaridad, 35 % tenían secundaria, 30 % primaria, 15 % licenciatura y 10 % primaria incompleta o ninguna escolaridad. Los estudiantes de medicina de séptimo semestre fueron 70% mujeres y 30% hombres, con un promedio de edad de 22.4 años.

Dimensiones culturales del concepto de pie diabético en personas con diabetes mellitus

En las personas con diabetes mellitus se hallaron dos dimensiones culturales del concepto de pie diabético: consecuencias y prevención (***véase*** la figura 1).



Fuente: elaboración propia.

Figura 1. Dimensiones culturales del concepto de pie diabético en personas con diabetes mellitus de un hospital de segundo nivel de Guadalajara (México), 2019

En las personas, la dimensión de consecuencias se definió que el pie diabético ocasiona amputación y miedo a perder una extremidad (*veo que a mucha gente que le cortan los pies; a un amigo se le puso morado el pie y se lo mocharon*), genera malestares como dolor, resequead, hinchazón y fatiga (*no se puede caminar ni trabajar*).

En las personas, la dimensión de prevención (*se puede presentar si no se cuida; no por tener diabetes lo tiene*) incluyó la buena higiene y la responsabilidad personal. En la buena higiene se identificaron las etapas para llegar al pie diabético (**úlceras, llagas y heridas**), no cuidar las uñas (*uñas enterradas y no cortadas*) y se consideró importante tener cuidado y limpieza (*evitar la mala higiene*). En la responsabilidad personal (*lo que depende de mí*) las personas mostraron las causas del pie diabético (*infección, diabetes, enfermedad*) y el comer sano (*ver muy bien lo que me como, evitar azúcar, refrescos, comida chatarra y dulces porque sube mucho el azúcar*). También consideraron importante

caminar (*me han dicho que debo hacer ejercicio*), utilizar zapatos cómodos (*a mi hermana le recetaron zapatos cómodos*) y acudir a chequeos oculares.

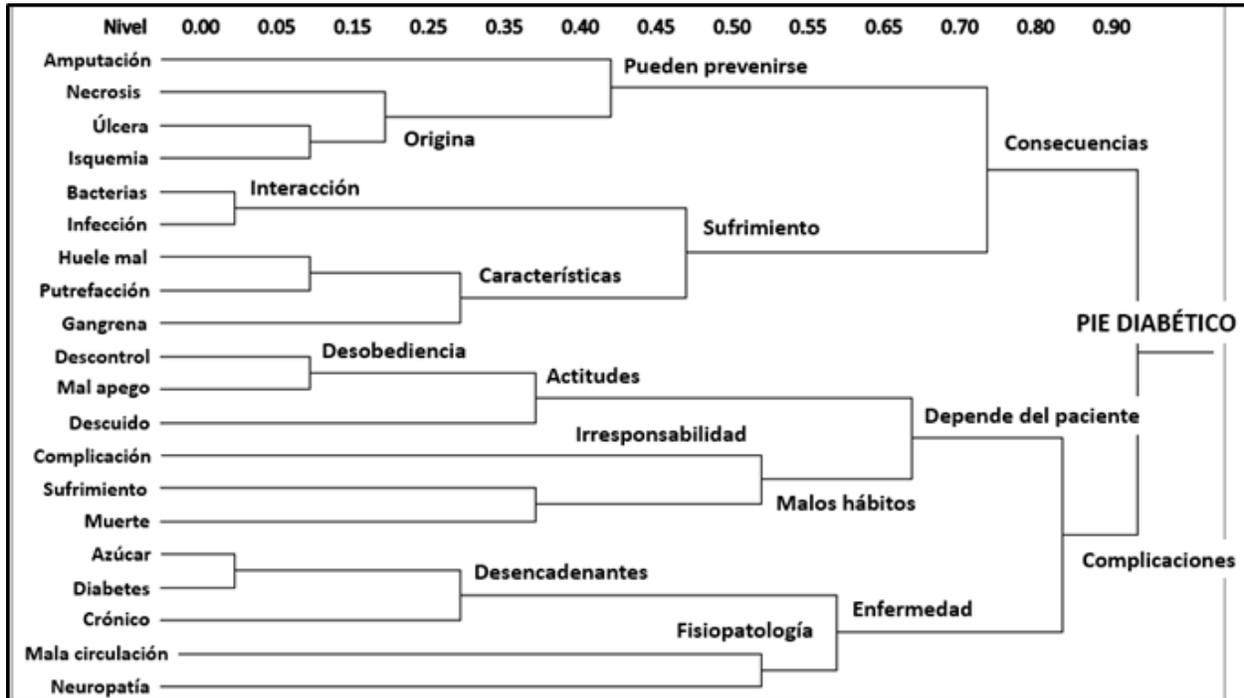
Significado de pie diabético en personas con diabetes mellitus

Las personas con DM consideraron que el pie diabético surge por caminar descalzo, por falta de circulación y por la diabetes mal cuidada; esto genera piel muy reseca, dolor de piernas e infecciones. El pie diabético les ocasiona miedo por perder una extremidad; por esto consideran que la enfermedad no solo le provoca daño a la extremidad sino también al ánimo en general, lo cual desemboca en invalidez e incapacidad. Las personas con DM no necesariamente van a desarrollar un pie diabético; para impedir esto es fundamental la alimentación, evitar refrescos, dejar la comida chatarra y los dulces; aunado a esto es importante caminar y utilizar zapatos cómodos.

Dimensiones culturales del concepto de pie diabético en estudiantes de medicina

En los estudiantes de medicina se encontraron dos dimensiones culturales: consecuencias y complicaciones. La primera se subdividió en consecuencias que pueden prevenirse y en consecuencias que provocan sufrimiento. La dimensión complicaciones se dividió en acciones que dependen del paciente (subdimensiones: desobediencia, actitudes, irresponsabilidad y malos hábitos) y las propias de la enfermedad (*véase* la figura 2).

Los estudiantes en la dimensión de complicaciones mencionaron que para que se desarrolle el pie diabético se necesita mucho tiempo; esto ocurre como parte de la DM; debido a una diabetes mal controlada (*es muy raro el diabético que se cuida*); usualmente sucede en personas con obesidad y que no se atienden (*los pacientes suelen tener pésima higiene además de no acudir con el médico a tiempo, son irresponsables*); debido al descontrol de la glucemia se presentan complicaciones como la gangrena, la infección (*al haber úlceras se puede infectar; los diabéticos son susceptibles a infecciones por supresión del sistema inmune*) las úlceras (*se suele manifestar así*), la necrosis (*es lo que pasa cuando evoluciona; es lo que se ve a simple vista*) y el pie de Charcot (*los diabéticos sufren alteraciones en hueso, articulaciones, que ocasiona desviación y alteración en la marcha*) con mayor frecuencia de complicación en adultos mayores. Las principales condiciones que pueden evitar la aparición de un pie diabético son el control (*un buen control de la enfermedad puede evitarlo*) y el cuidado (*desde las primeras mínimas lesiones el paciente debe ser atendido y no esperar a que sane solo*) y el apego al tratamiento (*los pacientes no tienen educación para la salud y esto es uno de los principales problemas*).



Fuente: elaboración propia.

Figura 2. Dimensiones culturales del concepto pie diabético en estudiantes de medicina de un hospital de segundo nivel de Guadalajara (México), 2019

Los estudiantes definieron en la dimensión de consecuencias que la amputación es la principal consecuencia del pie diabético (*es en lo que más comúnmente termina; generalmente se necrosa; es el manejo que suele dárseles*); es el suceso de mayor miedo, y generalmente la sufren debido a la falta de cuidado. El pie diabético genera dolor en las personas (*he escuchado que personas refieren dolor y por el aspecto se ve doloroso; las curaciones son muy dolorosas*); aunado a esto sufren gangrena (*a falta de atención en las heridas, los pacientes sufren muerte del tejido*) y putrefacción (*es muy característico que la herida huela a putrefacto; es un olor muy fuerte y desagradable; huele demasiado mal, pésimo*). Además de esto se afecta la calidad de vida de las personas por la discapacidad que ocasiona.

Significado de pie diabético en estudiantes de medicina

Para los estudiantes de medicina, el pie diabético es una patología que necesita mucho tiempo para desarrollarse; esto ocurre debido a una diabetes mal controlada en personas con obesidad

y que no se atienden; debido al descontrol de la glucemia se presentan complicaciones como la gangrena, infección, úlceras y el pie de Charcot. La amputación es la principal consecuencia del pie diabético y es lo que produce de mayor miedo. El pie diabético genera dolor en las personas; aunado a esto sufren gangrena y putrefacción. Además de esto genera una afectación a la calidad de vida de las personas por la discapacidad que ocasiona. Para la prevención del pie diabético se requiere un buen control de la enfermedad, se pretende que el paciente sea atendido desde las primeras mínimas lesiones y brindar educación para la salud a los pacientes.

Consenso cultural del concepto de pie diabético

Los resultados del consenso cultural del concepto pie diabético se presentan en la tabla 1. La regla indica que existe consenso cultural cuando el Factor 1 califica más de tres veces la varianza del Factor 2 (7). Por lo tanto, se encontró consenso cultural en ambos grupos, aun cuando es mayor en el caso de los estudiantes de medicina. Además, las dimensiones descritas en los conglomerados tuvieron valores de bondad de ajuste adecuados: *stress* 0.21 en las personas con DM y 0.13 en los estudiantes de medicina (deben ser menores de 0.28) en el análisis de escala multidimensional no métrica (17).

Tabla 1. Nivel de consenso cultural de pie diabético en personas con diabetes mellitus y estudiantes de medicina de un hospital de segundo nivel de Guadalajara (México), 2019

	Razón del Factor 1 (F1)	Razón del Factor 2 (F2)	Razón F1:F2
Personas con DM (n= 20)	7.45	3.17	3.14
Estudiantes de medicina (n= 20)	7.40	1.17	6.73

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

Este es el primer estudio conocido por los autores en el que se estudia el concepto de pie diabético con base en la teoría del consenso cultural y el enfoque de la antropología cognitiva en personas con DM y estudiantes de medicina, pues si bien existen otros estudios (12, 13) sobre el concepto del pie diabético, tales estudios fueron desarrollados con la base teórica de las representaciones sociales.

Las dimensiones culturales del pie diabético para las personas con DM se enfocaron en la prevención, las complicaciones y las consecuencias, dando mayor relevancia a las acciones de prevención que al miedo que les producía las consecuencias de la enfermedad, tales como el miedo a perder una extremidad y la invalidez e incapacidad que ocasiona. Argumentando que aunque tuvieran DM, no necesariamente desarrollarían el pie diabético, siendo que esta enfermedad se podía evitar con una buena alimentación y cuidado de los pies.

De acuerdo a Mantovani et al. (12) algunas personas con DM mencionaron “desconocimiento” del término *pie diabético*, sin embargo, entre los demás participantes fueron evocadas las palabras “amputación”, “cuidar”, “dolor”, “miedo” y “sensibilidad”. Por otra parte, se encontraron diferencias en la connotación del porqué de estas palabras, dado que en el estudio de Mantovani se puede observar que tales palabras remiten solo a las sensaciones negativas, y en ningún momento son referencias a los mecanismos de prevención de incapacidades.

Asimismo, estos resultados coinciden con lo mencionado por Coelho et al. (13), siendo que las personas con DM expresaron sentimientos profundos relacionados con la enfermedad del pie que están relacionados con la amenaza de amputación, lo que impulsa a las personas a actividades de cuidado, en el sentido de preservar la vida y enfrentar el miedo con la esperanza del cuidado como prevención. En oposición a lo encontrado en este estudio, las personas identificaban diferencias entre sus pies y el pie diabético, que asocian al mantenimiento de la función de caminar. Esta percepción diferente de los pies en las personas contribuye a mantener la esperanza de que esta amenaza no se volverá real; en cambio, en esta investigación las personas estaban conscientes y aceptaban su padecimiento como el del pie diabético y ponían ***énfasis en que era una amenaza real e inmediata.***

Lo mencionado por las personas con DM en este estudio coincide con lo reportado por Delea et al. (18); estudio en el que las personas con DM explicaron que sabían lo que tenían que hacer para cuidar sus pies y minimizar las consecuencias negativas de la DM. Sin embargo, presentaban tensiones personales o psicológicas adicionales que se sumaban a la carga de su condición, lo cual dificultaba realizar estas acciones.

Las dimensiones culturales del pie diabético para los estudiantes de medicina se enfocaron en las complicaciones, las consecuencias y la prevención, dando mayor relevancia a las complicaciones que ocasiona el pie diabético, responsabilizando del mal control de su DM a las personas con la enferme-

dad, señalando que esto se debe a la desobediencia y a la irresponsabilidad del paciente por los malos hábitos que adoptan. Por otra parte, señalaron que para la prevención del pie diabético se requiere que el paciente sea atendido desde las primeras lesiones **mínimas** y brindar educación para la salud.

Entre los aspectos relevantes que deben considerarse en torno a la atención de las personas con DM se encuentran: la complejidad del régimen de tratamiento, las creencias erróneas sobre su salud y enfermedad (19), el estilo pasivo y paternalista de la atención médica tradicional, que en conjunto le impiden a la persona tomar control sobre su conducta (20). Como lo mencionan López-Amador y Ocampo-Barrio (21), en el cuidado de estas personas es necesario considerar todos los puntos de vista sobre su realidad, a fin de dirigir la atención hacia sus creencias y prácticas, pues son ellos quienes viven el padecimiento y en pocas ocasiones se les toma en cuenta para buscar alternativas de solución a sus problemas. No obstante, de acuerdo con Guell y Unwin (22) las personas se resisten a los roles profesionales transformados, y afirman con firmeza que el alcance de la atención y el tratamiento recae en las enfermeras, médicos y podólogos, con la más alta prioridad y la confianza otorgada a los médicos.

Este trabajo da cuenta de las concepciones culturales de las personas con DM y los estudiantes de medicina, el cual aspira a contribuir al conocimiento de un tema poco estudiado. Los resultados permiten la identificación de elementos clave para la estructuración de programas de promoción de la salud, educación en salud, educación para la salud y atención integral de la DM.

Como lo mencionan Chin et al. (23) y Wendling et al. (24), la educación para la salud es un factor predictivo positivo del comportamiento en el autocuidado del pie. La asistencia a pláticas de educación para la salud sobre la DM se relaciona significativamente con el nivel de conductas de autocuidado del pie; revelando que la educación sobre la DM, incluso si es mínima (1 vez), es un factor predictivo positivo del comportamiento en el autocuidado del pie.

Las fortalezas de este estudio radican en conocer el punto de vista de las personas que padecen diabetes mellitus, lo cual nos da un panorama más completo para la elaboración de programas de promoción de la salud desde la educación para la salud. Entre las limitaciones del estudio, solo se abordó a estudiantes de medicina de 7° semestre, con lo cual no se logra observar un panorama completo del personal de la salud que atiende a las personas con DM.

CONCLUSIONES

Las dimensiones culturales que se presentaron entre los estudiantes de medicina indica un predominio en la preocupación por la atención clínica y una menor atención al cuidado del individuo como un ser único por parte de los profesionales de la salud. Siendo que estas concepciones se deben en parte a que los estudiantes de medicina que participaron en este estudio son estudiantes de séptimo semestre de la carrera de medicina, por lo cual todavía no han tenido contacto en la atención directa de las personas.

Por consiguiente, se requiere la creación de programas de concientización y educación en salud que contemplen el punto de vista y las necesidades de las personas con DM para no solo tener la concepción clínica de un médico que lo sabe todo y un paciente que lo ignora todo. La atención debe hacerse en un ámbito de horizontalidad, en el que se tomen en cuenta y sean respetadas las opiniones de las personas con DM.

Agradecimientos

Al doctor Carlos Cabrera por su confianza y apoyo.

A la doctora Aguilera Velasco por siempre estar dispuesta a escucharnos y ayudarnos en cualquier momento.

A la doctora Teresa Torres por sus consejos y apoyo en la elaboración del trabajo y su ayuda en las bases metodológicas del proyecto.

Al doctor Guillermo González por cada una de sus valiosas aportaciones que hicieron posible este proyecto.

A la doctora Leticia Sánchez por toda la colaboración brindada durante la elaboración de este proyecto.

REFERENCIAS

1. Cho N, Kirigia J, Mbanya J, Ogurstova K, Guariguata L. *Diabetes Atlas de la FID. 8ª edición. International Diabetes Federation*; 2017. p.-87-4.

2. Hernández M, Dommarco J, Shamah T. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Informe final de resultados. *Instituto nacional de Salud Pública*. 2016.
3. Jiménez G, Martínez M, Gómez M, Carmouche H. Nivel de conocimientos del paciente diabético sobre la prevención del pie diabético. *Medisur revista electrónica*. 2007; 5 (2):40-43. <http://www.redalyc.org/pdf/1800/180020191008.pdf>.
4. López R, Janes R. Modelo estadístico predictivo para el padecimiento de pie diabético en pacientes con diabetes mellitus tipo II. *Medisur*. 2016; 14 (1): 10. <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3151>.
5. Abdelsalam N, Bakry H, Randa M, Hammad M, Mohamed A, El Shabrawy A. Effectiveness of health education intervention on foot self-care practice among diabetics at Zagazig university hospitals. *The Egyptian Journal of Community Medicine*. 2017; 35(4): 57-69.
6. Torres-López T, Acosta-Fernández M, Parra-Osorio L. Dimensiones culturales del empleo y desempleo de jóvenes universitarios de Cali, Colombia. *Psicogente*. 2019; 22 (41): 1-23. Doi: <https://doi.org/10.17081/psico.22.41.3306>.
7. Weller S. Questions Cultural Consensus Theory: Applications and Frequently Asked. *Field Methods*. 2007; 19 (4): 339-368. Doi: <http://doi.org/10.1177/1525822X07303502>.
8. García de Alba-García J, Salcedo-Rocha A, Hayes Bautista D, Milke Najar M. Cultural domain of the causes of diabetes in three generations of popular stratum in Guadalajara, Mexico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015; 53 (3):308-15.
9. Acosta L, García A, Saldaña K. Concepciones culturales sobre insulino terapia de pacientes diabéticos tipo 2. *Salus cum propositum vitae*. 2012; 13: 1.
10. García de Alba-García J, Salcedo-Rocha A, López B. Una aproximación al conocimiento cultural de la diabetes mellitus tipo 2 en el occidente de México. *Desacatos*. 2006; 21: 97-108.
11. Gaytán-Hernández A, García de Alba-García J. El significado de la diabetes mellitus tipo 2 desde la perspectiva del paciente. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2006;44:20-30. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745532004>. ISSN 0443-5117.
12. Mantovani A, Prado C, Bizetti E, Ulices N. Estudo comparativo das representações sociais sobre diabetes mellitus e pé diabético. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2013; 29 (12):2427-2435. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00006613>.

13. Coelho M, Guerreiro D, Souza M. Social representations of diabetic foot for people with type 2 diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43 (1):61-7. www.ee.usp.br/reeusp/.
14. Romney A, Batchelder W, Weller S. Recent Applications of Consensus Theory. *American Behavioral Sciences*. 1987; 31: 163-177. <http://doi.org/10.1177/000276487031002003>.
15. Hruschka D, Maupin J. Competence, Agreement, and Luck: Testing Whether Some People Agree More with a Cultural Truth than Do Others. *Field Methods*. 2013; 25: 107-123. <http://doi.org/10.1177/1525822X12453514>.
16. Marseline K, Premalatha A. An NMF and Hierarchical Based Clustering Approach to support Multi view point-Based Similarity Measure. *International Journal of Computer Trends and Technology*. 2013; 41(3): 285-291. <http://www.ijcttjournal.org/Volume4/issue-3/IJCTT-V4I3P118.pdf>.
17. Sturrock K, Rocha J. Multidimensional Scaling Stress evaluation table. *Field Methods*. 2000; 12 (1): 49-60. <http://doi.org/10.1177/1525822X0001200104>.
18. Delea S, Buckley C, Hanrahan A, McGreal G, Desmond D, McHugh S. Management of diabetic foot disease and amputation in the Irish health system: a qualitative study of patients' attitudes and experiences with health services. *BMC Health Services Research*. 2015; 15: 251. Doi: 10.1186/s12913-015-0926-9.
19. García-Fernández M, Peraldo-Uzquiano M. Desarrollo cognitivo y concepciones sobre la salud y la enfermedad. En *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones* Madrid: Ed. Biblioteca Nueva; 1999. p. 115-132.
20. Beléndez V, Xavier M. Procedimientos conductuales para el control de la diabetes. En *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva; 1999. p. 469-498.
21. López-Amador K, Ocampo-Barrio P. Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar*. 2007; 9 (2): 80-86. <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2007/amf072c.pdf>.
22. Guell C, Unwin N. Barriers to diabetic foot care in a developing country with a high incidence of diabetes related amputations: An exploratory qualitative interview study. *BMC Health Services Research*. 2015; 15 (1): 1-7. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1043-5>.

23. Chin Y, Liang J, Wang W, Hsu B, Huang T. The role of foot self-care behavior on developing foot ulcers in diabetic patients with peripheral neuropathy: a prospective study, *International Journal of Nursing Studies*. 2014; 51 (12): 1568-1574. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.05.001>.
24. Wendling S, Beadle V. The relationship between self-efficacy and diabetic foot self-care. *Journal of Clinical and Translational Endocrinology*. 2015; 2 (1): 37-1. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcte.2015.01.001>.