



Universidad Veracruzana
Instituto de Salud Pública



**Grado de apego al tratamiento en pacientes diabéticos
adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 66 del IMSS
y sus creencias sobre el uso de terapias alternas y
complementarias**

Tesis

Que para obtener el grado de:
Maestra en Salud Pública

Área disciplinar:
Epidemiología

Presenta
Guadalupe Camarillo Guzmán

Directora de tesis
Mtra. Rocío López Lara

Co-director de tesis:
Dr. Jaime Morales Romero

Xalapa-Enríquez, Veracruz., Enero 2012

Dr. Raúl Arias Lovillo

Rector

Dr. Porfirio Carrillo Castilla

Secretario Académico

Dr. César Ignacio Beristáin Guevara

Director General de Investigaciones

Dr. Alejandro Carlos Cuervo Vera

Director General del Área Académica de Ciencias de la Salud

Dr. Mario Miguel Ojeda Ramírez

Director General de la Unidad de Estudios de Posgrado

Mtra. María Cristina Ortiz León

Encargada de la Dirección del Instituto de Salud Pública

Agradecimientos

Primeramente agradezco a Dios por permitirme llegar a esta etapa de mi vida en la cual me siento plena y satisfecha en todos los sentidos.

A mis padres y hermanos por siempre estar conmigo en todo momento, por hacerme sentir su apoyo incondicional y por guiarme hacia el buen camino, no encuentro las palabras correctas para expresarles mi sentir y el profundo amor que siento por ustedes, mi más sincero agradecimiento y mis más grandes respetos.

A mi directora de tesis la maestra Rocío López Lara, de manera especial le agradezco el apoyo invaluable para la realización y orientación de este trabajo, persona que admiro y respeto, mi maestra, mi guía y mentora.

Al Dr. Jaime Morales Romero, co director de este trabajo a quien respeto pero sobre todo admiro por ser una persona con una gran calidez humana. Gracias por su tiempo brindado para la realización de este trabajo de tesis, al igual que la Dra. Patricia V. Demeneghi Marini y el Dr. Luis Sainz Vázquez quienes también fueron participes para la elaboración de este proyecto, muchas gracias.

Dedico este trabajo a mi familia, pero sobre todo a mi esposo y a mi hija que viene en camino, para ustedes con todo mi amor.

Parte importante que no puedo dejar de mencionar es, sin duda, a los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 de Xalapa Ver. Les agradezco su tiempo, dedicación y disposición para ser participes de este estudio, por permitirme aprender de ustedes, GRACIAS.

A la Q.C. Irene Suarez Torres, para ti con mucho cariño.

Índice de contenido

1. Marco Referencial	7
1.1 Argumentación teórica.....	7
1.1.1 La diabetes mellitus tipo 2 y el tratamiento farmacológico.....	7
1.1.2 El uso de terapias alternativas y complementarias en diabetes mellitus tipo 2 ..	9
1.1.3 El apego y la adherencia al tratamiento desde el modelo biomédico.....	10
1.1.4 El apego y la adherencia al tratamiento desde la antropología médica	12
1.1.5 El modelo de creencias en salud	13
1.2 Argumentación empírica	15
1.2.1 Adherencia al tratamiento farmacológico y control glucémico.....	15
1.2.2 Factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico	17
1.2.3 Control glucémico a través de terapias alternativas y complementarias.....	18
2. Planteamiento del problema.....	20
2.1 Justificación del estudio.....	20
2.3 Pregunta de investigación.....	22
2.3.1 Pregunta cuantitativa.....	22
2.3.2 Pregunta cualitativa	23
3. Objetivos de la investigación	24
3.1 Objetivo general cuantitativo.....	24
3.1.1 Objetivos específicos cuantitativos	24
3.2 Objetivo general cualitativo	25
3.2.1 Objetivos específicos cualitativos.....	25
4. Metodología	26
4.1 Paradigma de investigación: triangulación paradigmática y metodológica	26
4.2 Estudio bimétodo	27

4.2.1 Fase cuantitativa.....	28
4.2.1.1 Tipo de estudio	28
4.2.1.2 Diseño del estudio	29
4.2.1.3 Población del estudio	30
4.2.1.4 Tipo de muestreo.....	30
4.2.1.4.1 Fases del estudio y tamaños de la muestra.....	30
4.2.1.4.2 Criterios de selección de la muestra.....	31
4.2.1.5 Variables del estudio	32
4.2.1.5.1 Variables dependientes	32
En el Anexo 2 se presentan con detalle las cuatro co-variables contempladas en el estudio: duración de la diabetes menor a 5 años, edad mayor a 60 años, sexo femenino y eventos adversos.	34
4.2.1.6 Técnicas para la obtención de información.....	34
4.2.1.6.1 Medición del nivel de hemoglobina glucosilada.....	34
4.2.1.6.2 Autorreporte	35
4.2.1.7 Instrumentos para la obtención de información	35
4.2.1.7.1 Cuestionario de Morisky Green.....	35
4.2.1.7.2 Cuestionario de terapias alternas	36
4.2.1.8 Plan de validación de instrumentos	36
4.2.1.9 Plan para el procesamiento de información	37
4.2.2 Fase cualitativa	38
4.2.2.1 Tipo de estudio	38
4.2.2.2 Diseño del estudio	39
4.2.2.3 Muestreo.....	40
4.2.2.3.1 Tipo de muestreo.....	40
4.2.2.3.2 Tipos sociales	40
4.2.2.3.3 Tamaño de la muestra	41
4.2.2.4 Ejes de análisis y categorías conceptuales.....	43
4.2.2.5 Técnicas para la obtención de información.....	44
4.2.2.5.1 Entrevista semiestructurada	44
4.2.2.6 Instrumentos para la obtención de información	45

4.2.2.6.1	Guía temática para entrevista semiestructurada	45
4.2.2.6.2	Plan de validación de instrumentos	45
4.2.2.7	Plan para el procesamiento y análisis de la información	45
4.2.2.7.1	Método para el análisis	46
4.2.2.8	Criterios que aseguran el rigor metodológico del estudio	47
5	Resultados	50
5.1	Resultados cuantitativos	50
5.2.1	Descripción de los datos cuantitativos	50
5.2.1.1	Características de los pacientes	50
5.2.1.2	Terapias alternas utilizadas	52
5.2.1.3	Apego al tratamiento	53
5.2.1.4	Grado de apego al tratamiento y uso de terapias alternas	54
5.2.1.5	Efectos adversos del tratamiento farmacológico	60
5.2.1.6	Asociación de las variables en estudio	61
5.2	Resultados cualitativos	62
5.2.1	Contexto del estudio	62
5.2.2	Hallazgos cualitativos	64
5.2.2.1	Concepto de la enfermedad	64
5.2.2.2	Origen de la enfermedad	67
5.2.2.3	Cambio de vida a partir de la enfermedad	67
5.2.2.4	Cronicidad y efectos de la enfermedad	69
5.2.2.5	Curación y/o control de la enfermedad	72
5.2.2.6	Condiciones para el apego al tratamiento farmacológico	73
5.2.2.7	Condiciones para la falta de apego	74
5.2.2.8	Origen del uso de las terapias alternas	75
5.2.2.9	Efectos benéficos de la terapia alternativa	77
5.2.2.10	Complementariedad o alternativa al tratamiento farmacológico	78
5.2.3	Discusión	80
5.2.3.1	Fortalezas y aportaciones generales del estudio	88
5.2.3.2	Limitaciones generales del estudio	89

5.2.4 Conclusiones generales del estudio	90
5.2.5 Recomendaciones generales del estudio.....	92
Anexos	93
Anexo 1	94
Calendarización del estudio	94
Anexo 2	95
Anexo 3	96
Procedimiento para la toma de hemoglobina glucosilada	96
Anexo 4	98
Carta de consentimiento informado para participar en protocolos de investigación clínica	98
Anexo 5	100
Cuestionario de Morisky-Green	100
Anexo 6	101
Cuestionario de terapias alternas	101
Anexo 7	102
Guía temática para entrevista semiestructurada con pacientes diabéticos que utilizan medicina alternativa	102
6 Referencias bibliográficas.....	105

Índice de Tablas

Tabla 1. Descripción de las variables dependientes

Tabla 2. Descripción de la variable independiente

Tabla 3. Características socio-demográficas de los pacientes

Tabla 4. Ejes de análisis y categorías conceptuales para el estudio

Tabla 5. Descripción de los sujetos de estudio

Tabla 6. Terapias alternas utilizadas

Tabla 7. Comparación de la frecuencia de desapego al tratamiento farmacológico

Tabla 8. Comparación del uso de terapias alternas en personas con y sin apego al tratamiento

Tabla 9. Comparación del promedio de Hemoglobina glucosilada

Tabla 10. Uso de terapias alternas en personas con y sin control optimo de su hemoglobina glucosilada

Tabla 11. Uso de terapias alternas en personas con y sin niveles muy altos de hemoglobina glucosilada

Tabla 12. Evaluación de posibles variables asociadas a la falta de apego al tratamiento

Tabla 13. Eventos adversos por tipo de fármaco

Tabla 14. Evaluación de riesgos crudos y ajustados para desapego al tratamiento en un modelo multivariado

Índice de Anexos

Anexo 1 Calendarización del estudio

Anexo 2 Descripción de las co-variables

Anexo 3 Procedimiento de toma de hemoglobina glucosilada

Anexo 4 Carta de consentimiento informado para participar en protocolos de investigación clínica

Anexo 5 Cuestionario de Morisky-Green

Anexo 6 Cuestionario de terapias alternas

Anexo 7 Guía temática para entrevista semiestructurada con pacientes diabéticos que utilizan terapias alternas

Resumen

Objetivo: En su fase cuantitativa, el objetivo del estudio fue evaluar el grado de apego al tratamiento en pacientes diabéticos mediante la medición de hemoglobina glucosilada, y su relación con el uso de terapias alternativas, en pacientes diabéticos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Núm. 66 del IMSS, de Xalapa, Ver. En la parte cualitativa se exploraron las razones por las cuales las personas hacen uso de tratamientos alternativos y la relación que hay entre el uso de estos y el grado de apego al tratamiento farmacológico en pacientes diagnosticados con diabetes.

Método: Estudio bimétodo diseñado en dos fases secuenciales: fase cuantitativa, con un estudio longitudinal, observacional y analítico con diseño de cohorte retrospectiva, para comparar la información obtenida en una primera medición realizada en el 2009 (medición basal) con la información que se obtuvo en febrero del 2011 y obtener el grado de apego al tratamiento en el grupo expuesto y no expuesto (con y sin uso de medicina alternativa). La muestra fue de 102 sujetos para cada grupo y la información se obtuvo mediante la toma de hemoglobina glucosilada y la aplicación del Test de Morisky-Green y el Cuestionario de terapias alternativas. En la fase cualitativa, se trató de un estudio exploratorio, con muestreo de casos tipo, seleccionados dentro del grupo expuesto. Se realizaron 10 entrevistas semiestructuradas y el discurso transcrito se codificó y analizó mediante análisis de contenido temático, para complementar los resultados con este análisis.

Resultados: a) Cuantitativos: el apego al tratamiento disminuyó en 14% entre la primera y la segunda evaluación, siendo esta disminución en aquellos que no usaron terapias alternas; el uso de terapias alternas se asoció significativamente con la falta de apego al tratamiento. La falta de un control

glucémico con valores de HbA1c $\geq 7\%$ aumentó de la primera a la segunda evaluación. b) Cualitativos: la concepción que se tiene sobre la diabetes varía entre los pacientes entrevistados, aunque predomina un significado de gravedad y muerte. El apego al tratamiento se ve afectado por razones como los malestares físicos que provoca el medicamento, el olvido, el desinterés, la influencia social y el temor. Las terapias alternas son utilizadas principalmente de forma complementaria, para controlar la diabetes y retrasar las complicaciones de la enfermedad; en menores casos se usan para sustituir el tratamiento farmacológico.

Conclusiones: La frecuencia del apego al tratamiento disminuyó en los pacientes estudiados, al paso de dos años; de igual forma disminuyó su control glucémico; el uso de terapias alternas influye para que el paciente se desapegue de su tratamiento farmacológico. Los pacientes recurren al uso de terapias alternas principalmente por el temor a las complicaciones de la enfermedad y la falta de apoyo sociofamiliar para seguir el tratamiento farmacológico, por lo que se requiere considerar estos elementos en su atención integral.

Presentación

El presente documento se conforma de seis capítulos; el primero es el marco referencial del estudio, que incluye la perspectiva teórica y los antecedentes empíricos de la investigación. Debido a que se trata de un estudio que enfoca el problema desde una perspectiva de triangulación teórica y metodológica, se contemplan teorías biomédicas que explican el apego y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos, así como teorías sociales, como la antropología médica y el modelo de creencias en salud, que permiten analizar la conducta del individuo ante su enfermedad y ante el mismo tratamiento.

En el segundo capítulo se desarrolla el planteamiento del problema, presentando datos de la magnitud, distribución y trascendencia de la diabetes mellitus en el mundo, en nuestro país y a nivel local, así como estimaciones del grado de adherencia identificado en poblaciones semejantes a la del estudio. El capítulo se concluye con las preguntas de investigación.

El tercer capítulo presenta los objetivos generales y específicos del estudio; dado que se trata de una investigación bimétodo, se presentan los propósitos que rigieron ambos enfoques metodológicos. En la fase cuantitativa el objetivo fue determinar el grado de apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del IMSS. En la fase cualitativa el objetivo fue explorar las ideas que los pacientes

diabéticos tienen respecto al uso de terapias alternas, e indagar cómo se relaciona ese sistema de creencias con su apego al tratamiento farmacológico indicado por su médico.

El cuarto capítulo comprende el detalle de la metodología de la investigación; se presenta en una primera sección todo lo que corresponde a la fase cuantitativa y posteriormente se describen los elementos metodológicos de la fase cualitativa.

En el capítulo quinto se presentan los resultados de la investigación; en una primera parte se describen los resultados de la fase cuantitativa; en la segunda parte del capítulo se hace una breve descripción del contexto sociocultural de la población en estudio y se detallan los hallazgos de la fase cualitativa. En este capítulo también se incluyen la discusión de los resultados, las limitaciones del estudio, las conclusiones y las recomendaciones.

Por último, el documento presenta las referencias bibliográficas utilizadas y los anexos señalados a lo largo del informe.

Introducción

El tratamiento para la diabetes mellitus tipo 2 tiene como finalidad mantener el nivel de glucosa en sangre lo más normal posible, para esto se requiere prestar mayor atención en el aspecto de auto cuidado por parte del paciente implicando realizar ajustes adaptativos que requieren los aspectos del tratamiento para esta enfermedad.

En México se han identificado modelos distintos a la medicina institucional para tratar la diabetes mellitus tipo 2, haciendo evidentes las limitantes de este modelo hacia el combate de los padecimientos crónicos y sobre todo en aquellos que tienen trasfondos culturales y educativos incidiendo en estilos de vida y patrones de conducta.

De esta manera, se han propuesto programas y estrategias destinados a brindar tratamiento hacia las personas que ya están diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2 y aquellas que están en riesgo de padecerla. De manera independiente, los pacientes han hecho búsqueda de diversos tipos de sanación que contemple otras formas de atender la enfermedad como lo son la acupuntura, homeopatía, entre otras actividades como el ejercicio, la dieta, apoyo social, etc.

Por ello la necesidad de abordar este tipo de fenómeno desde una perspectiva micro-social la cual pueda responder de manera más certera el punto de vista del individuo, su relación con el uso de terapias alternas, así como saber la relación que guarda ésta con el apego o no al tratamiento farmacológico.

1. Marco Referencial

1.1 Argumentación teórica

1.1.1 La diabetes mellitus tipo 2 y el tratamiento farmacológico

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce una cantidad de insulina suficiente o cuando ésta no es utilizada eficazmente por el organismo. La insulina es la hormona encargada de regular los niveles de glucosa en la sangre; el efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia que, posteriormente trae consecuencias graves como daño a órganos y sistemas, principalmente los sanguíneos.¹

Las complicaciones más severas son la retinopatía, la nefropatía, la neuropatía y la arteriosclerosis. En el desarrollo de la diabetes están involucrados diversos procesos patogénicos como la destrucción autoinmune de las células beta, disminución en la producción de insulina y las anormales que devienen de la resistencia a la insulina por parte del organismo.²

La diabetes a menudo está asociada con la obesidad, que a su vez puede causar resistencia a la insulina, dando como resultado niveles elevados de glucosa en sangre. Existen otros posibles factores involucrados en el desarrollo

de la de la enfermedad tales como alimentación rica en azúcares y escasa actividad física, aumento de la edad, historia familiar de diabetes, raza, y cualquier proceso que produzca resistencia a la insulina.³

El tratamiento y control de la diabetes está encaminado a prevenir las complicaciones agudas y crónicas de la enfermedad, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad atribuible a esta enfermedad o a sus complicaciones. El plan de manejo debe contemplar tratamiento farmacológico, no farmacológico, educación al paciente, auto-monitoreo y vigilancia.⁴

El tratamiento farmacológico contempla dos opciones: los hipoglucemiantes orales y la administración de insulina. Debe ser prescrito cuidadosamente bajo vigilancia médica, especialmente cuando se presenta hiperglucemia sintomática, esto con la finalidad de llegar a metas propuestas con anterioridad, una de ellas, niveles de glucosa normales (60 a 110 mg/dL)⁴. Cuando los pacientes no logran controlarse con la dieta y el ejercicio físico, se recurre a los fármacos para disminuir los niveles de glucosa en la sangre. Para que el médico tratante seleccione correctamente el tratamiento farmacológico debe contemplar ciertas características de los pacientes, entre ellas la edad, el estado cardiovascular, verificar si existe insuficiencia hepática o renal, embarazo o lactancia, alergia a las sulfas, entre otros.⁵

Se han reportado factores que de forma directa o indirecta influyen en el apego al tratamiento por parte del paciente diabético, tales como: la edad, la dificultad del tratamiento, la duración de la enfermedad, la depresión, alguna discapacidad y los problemas psicosociales.⁶

A diferencia del tratamiento farmacológico, el control de la diabetes desde la perspectiva no farmacológica considera acciones que tienen que ver con el autocuidado del paciente, tales como el plan de alimentación y el ejercicio físico. La atención no farmacológica está relacionada con la educación para la salud que la persona con diabetes recibe.⁴

1.1.2 El uso de terapias alternativas y complementarias en diabetes mellitus tipo 2

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la medicina tradicional es la suma completa de conocimientos, técnicas y prácticas fundamentadas en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas; su uso es para mantener la salud, prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar trastornos físicos y mentales; cuando la medicina tradicional es adoptada por otras poblaciones se le llama también alternativa o complementaria.⁷

En general, se conoce como medicina alternativa a una gran variedad de terapias y prácticas que varían entre países y entre regiones y que han sido utilizadas desde hace miles de años, entre las poblaciones indígenas y de la cultura oriental, principalmente; se identifican como medicina o terapias alternativas: acupuntura, herbolaria, homeopatía, quiropráctica, fitoterapia, reflexología, masajes, kinesiología, aromaterapia, consumo de suplementos nutricionales, curanderos espirituales, entre otros; se les ha llamado alternativas pues representan “otro” medio para atender la enfermedad y conservar la salud. En los últimos años también se les conocen como “complementarias”, ya que son usadas en conjunto con los tratamientos médicos convencionales y no de forma sustitutiva.⁸

Las enfermedades crónicas, entre ellas la diabetes, están relacionadas con una mayor incidencia en el uso de medicina complementaria, siendo las creencias de los pacientes la principal razón por la cual acuden a ella, con la intención de mejorar su calidad de vida. Otro factor que interviene en esta decisión es evitar los métodos invasivos y los efectos secundarios de los medicamentos; también la insatisfacción del trabajo médico y las motivaciones filosóficas y culturales.⁸

En muchos casos el costo de los medicamentos y la dificultad para manejar la dieta, cuando no se recibe asesoría nutricional adecuada, representan factores que favorecen que el paciente diabético abandone el tratamiento médico, dando pauta a una descompensación que puede llegar a ocasionar complicaciones severas. Todo ello influye para que el paciente busque alternativas terapéuticas que le resulten económicas y de fácil manejo, además de que formen parte de sus conocimientos y referentes socioculturales.⁹

1.1.3 El apego y la adherencia al tratamiento desde el modelo biomédico^a

En la vida cotidiana, muchos de los tratamientos médicos quedan bajo la responsabilidad de los mismos enfermos, lo que representa un problema ya que un paciente puede o no cumplir las indicaciones médicas; se calcula que un 40% de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas; ese

^a Aunque en algunos momentos del documento se hace alusión a la adherencia –por razones de las fuentes consultadas-, en este trabajo se estudió el apego al tratamiento, así como algunos factores asociados, en virtud de que se circunscribió al grado de cumplimiento del tratamiento farmacológico, sin contemplar otras prescripciones sanitarias.

porcentaje se incrementa en el caso de las enfermedades crónicas, de allí la importancia del problema.¹⁰

En la medicina se han llamado estudios de “*compliance*” a aquellos donde se analizan las razones por las que las personas hacen caso o no a las indicaciones médicas. A la conducta del paciente de atender y cumplir con las prescripciones del profesional de la salud (tomar medicamentos, seguir dietas o dejar de fumar) se le denomina apego al tratamiento¹⁰.

La OMS también ha llamado “adhesión” al grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas; sin embargo, el término instrucciones implica que el paciente es un receptor pasivo condescendiente del asesoramiento de los expertos en lugar de ser un elemento activo en la participación de su tratamiento. Por ello, en muchos casos se utiliza el término de “adherencia al tratamiento”, ya que va más allá de hacer lo que el proveedor de salud instruye; significa que el individuo realiza voluntariamente un cambio en sus conductas para el cuidado de su salud, que van desde seguir una dieta, hasta tomarse de manera adecuada sus medicamentos.¹¹

En el 2001, la Reunión sobre Adherencia Terapéutica de la OMS acordó como definición de adherencia “*el grado en que el comportamiento de una persona – tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria*”. Con base en esto, para planificar un tratamiento eficaz y eficiente, se requiere necesariamente evaluar el comportamiento específico del paciente ante las indicaciones del médico.¹¹

1.1.4 El apego y la adherencia al tratamiento desde la antropología médica

En relación al proceso salud-enfermedad-atención, la antropología social pone de manifiesto una perspectiva diferencial a la posición de las teorías biomédicas que explican el desarrollo de la enfermedad en términos biológicos y anatómicos. En el caso del apego y la adherencia al tratamiento busca comprender cómo intervienen diversos factores en un adecuado control metabólico. Según la antropología médica, la concepción que una persona tiene sobre la salud-enfermedad va de la mano con su contexto social e individual; su actuar ante la enfermedad depende de las ideas que ha construido en torno a ella, así como de su propia historia con respecto a su padecer.¹²

La necesidad del ser humano por mitigar o aliviar sus “dolencias” lo ha llevado a una exploración o búsqueda de la forma idónea y adecuada, pero sobretodo efectiva, que lo lleve a alcanzar dicho objetivo; un elemento importante que gira alrededor del uso de diversas formas para aliviar su padecimiento es la fe que en él existe; no puede utilizar ciertos métodos si no tiene la firme creencia que éstos le servirán.¹²

El modelo biomédico considera al enfermo como un hombre al que le ha penetrado un agente patógeno o que ha perdido algo. La enfermedad es, entonces, una entidad con una existencia independiente al individuo, capaz de provocar un mal. Por otra parte, en el modelo antropológico, el padecimiento está supeditado por la forma en que el individuo percibe y expresa el proceso de enfermar, antecediendo el padecimiento al malestar, mismo que el individuo asocia con algo biológico que sabe que no está funcionando bien. Entendido así, la diabetes mellitus es un “padecimiento” que entremezcla diversidad de

elementos que mas allá de constituir una idea aislada de la diabetes, la hacen ver como una enfermedad que trae consigo malestares que el individuo expresa mediante su capacidad de resolución o en la búsqueda de atención.¹²

La antropología médica incorpora el concepto de “padecimiento” como una forma más subjetiva de entender la enfermedad; representa la oportunidad de analizar aspectos asociados a los problemas de salud, pero desde la perspectiva o punto de vista del individuo, del “actor social”. Al centrar el eje conceptual y metodológico de un estudio en los individuos, se reconoce que existe una “realidad” para cada uno, es decir, que cada uno percibe una estructura social y de significados similar a la de otras personas, pero también diferente y hasta antagónica en la concepción que se tiene al respecto sobre la salud-enfermedad-atención¹³.

1.1.5 El modelo de creencias en salud

Aproximación teórica que explica el problema del cumplimiento terapéutico por parte de los pacientes. Manifiesta que las creencias y expectativas influyen en la conducta y señala que el seguimiento de las recomendaciones dependerá de factores como: el grado de amenaza de la sintomatología (determinado por el nivel de susceptibilidad o vulnerabilidad percibido por el individuo ante la enfermedad, así como por la aceptación del diagnóstico); el grado de severidad de la enfermedad y sus consecuencias al no atenderla; la percepción de los beneficios y costos que traerá consigo el tratamiento y el grado de motivación hacia la salud (relacionado con la preocupación del paciente acerca de mejorar su salud y con su intención de cambio de conductas)¹⁴.

Según este modelo, los pacientes se adhieren a su tratamiento cuando se perciben vulnerables a la enfermedad, cuando la conciben como un asunto serio o grave, cuando confían en la efectividad del tratamiento y cuando se sienten motivados a mejorar su salud. Por lo tanto, las personas que no se sienten vulnerables o amenazados por la enfermedad o que consideran que el tratamiento acarrea más dificultades o barreras que beneficios, no cumplen con las medidas recomendadas por el médico¹⁴.

Los pacientes suelen tener ideas y creencias bien definidas, poderosas y, en algunos casos, irracionales, sobre su enfermedad, sobre su origen o sobre las formas de combatirla o atenderla; el origen de estas ideas se encuentra en su cultura, en las creencias familiares, en experiencias anteriores con esa enfermedad, en una interpretación inadecuada de información relacionada con el problema de salud o con el mismo tratamiento; cuando estas creencias contradicen las de los médicos, es probable que afecten la adherencia¹⁴.

El modelo de creencias en salud es un modelo de cognición social y plantea que el apego al tratamiento requiere de comportamientos que conduzcan al sujeto a adoptar nuevos estilo de vida; estos comportamientos son aprendidos y tienen relación con las creencias de la gente y con su forma de padecer y tratar de curarse. Es decir, las conductas que las personas adoptan acerca de su salud o su enfermedad están basadas en un análisis subjetivo que elaboran y según el cual estiman el costo-beneficio de cada conducta; los pensamientos de las personas sobre cada conducta posible (cuidarse, seguir un tratamiento, abandonarlo, acudir a tratamientos alternativos o complementarios) son patrones arraigados, producto de su cognición individual y del sentido social que para su grupo tiene tanto la enfermedad como la forma de curarse; por lo tanto, las creencias son patrones culturales que tienen un efecto directo en el

mejoramiento del estado de la persona, en tanto la persona asocie las conductas de cuidado a una utilidad mayor esperada¹⁵.

Estas explicaciones socioantropológicas guardan relación con una conceptualización de la medicina alternativa o terapia alterna como una práctica derivada de la cultura de cada país o región para tratar las enfermedades que aquejan a la población. Las terapias alternas son cada vez más variadas y se caracterizan por su origen autóctono y su transmisión de generación en generación.¹⁶

1.2 Argumentación empírica

1.2.1 Adherencia al tratamiento farmacológico y control glucémico

Para este estudio se hizo una revisión de estudios nacionales e internacionales relacionados con el apego del diabético al tratamiento farmacológico, los factores relacionados y el uso de terapias alternativas. Se presentan como referentes de los métodos elegidos para el presente estudio, así como para la discusión de los resultados. Los esquemas de tratamiento y la adherencia a los mismos, los estilos de vida del paciente diabético, los factores personales y familiares que se relacionan con la adherencia al tratamiento, y el acceso a una atención primaria de calidad son las variables más estudiadas en relación con el control glucémico.¹⁷

En general, los estudios sobre apego o adherencia al tratamiento del diabético suelen utilizar como método para evaluar el cumplimiento del tratamiento cuestionarios, como el de Morisky-Green, la auto-referencia del paciente y el control metabólico mediante la medición de la hemoglobina glucosilada, todo lo cual es consistente con la metodología seleccionada para la presente investigación; las muestras fueron superiores a los 100 pacientes, tal como en este estudio; cabe señalar que no se encontraron investigaciones tipo cohorte retrospectiva, que implicaran dos o más mediciones, o de naturaleza bimétodo con lo que buscaran un análisis complementario de los resultados, dos importantes elementos de la investigación que se presenta en este documento.

Un estudio realizado en el 2001 buscó establecer la frecuencia de apego al tratamiento farmacológico de 150 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, usuarios de una Unidad de Medicina Familiar del IMSS de Chihuahua, México; el cumplimiento del tratamiento farmacológico se midió mediante conteo del número de tabletas tomadas y el control metabólico se midió a través de la hemoglobina glucosilada; además, se aplicó un cuestionario para factores relacionados con el cumplimiento. Se encontró un apego al tratamiento del 54.2% y el control metabólico en general fue inadecuado, con un nivel promedio de hemoglobina mayor de 10%. Se identificaron como factores asociados a estos resultados: baja escolaridad y falta de información sobre la enfermedad.¹⁸

En el 2005, un estudio realizado en México buscó estimar la probabilidad de apego al tratamiento y control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, tratados solo con terapia farmacológica. Se identificaron 123 registros de pacientes mayores de 60 años, a los que se entrevistó en sus domicilios; se utilizó el cuestionario de Morisky-Green para medir el apego y se les midió hemoglobina glucosilada. Se encontró que la monoterapia estuvo presente en un 82.1%, siendo la glibenclamida la más prescrita. El 58.1% mostró apego al

tratamiento farmacológico pero sólo el 18% de la población estuvo controlada; la probabilidad de tener control glucémico con total apego al tratamiento farmacológico fue de 27%, mientras que la probabilidad de control en ausencia de adherencia fue de 10%. Los investigadores concluyen que sólo tres de cada diez pacientes tienen probabilidad de tener control glucémico y un apego terapéutico total.¹⁹

1.2.2 Factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico

Con el fin de contrastar los hallazgos de esta investigación, se presentan estudios cuyos resultados señalan que la tendencia en los pacientes diabéticos es un control inadecuado y porcentajes de apego apenas superiores al 50%; entre los factores encontrados relacionados con este desapego fueron: baja escolaridad, desinformación respecto a la enfermedad o no entendimiento del tratamiento, insuficiente asesoría médica y actitud negativa hacia la enfermedad.

En el 2004, en un hospital de Uganda, África se determinó la prevalencia y los factores asociados a la no adhesión al tratamiento de la diabetes. Se seleccionaron 402 pacientes mayores de 18 años, a través de muestreo sistemático; la no adherencia se midió mediante informes de los pacientes. Se encontró una prevalencia de no adherencia del 28.9%, con un IC de 95% (24.5 a 33.3), identificando como factores asociados para la no adherencia: sexo femenino, falta de entendimiento del régimen de los medicamentos, falta de

medicamentos y tiempo prolongado desde la última visita o asesoría de un trabajador de la salud.²⁰

Recientemente, en Jordania se buscaron los factores asociados con un mal control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Se seleccionaron aleatoriamente 917 pacientes, se les aplicó un cuestionario buscando información sobre datos socio-demográficos, conductas y adherencia a la medicación, entre otras. Se encontró que el 65.1% de los pacientes tenía niveles elevados de HbA1c, encontrándose como factores asociados no seguir el plan de alimentación y una actitud negativa hacia la diabetes.²¹

1.2.3 Control glucémico a través de terapias alternativas y complementarias

Si bien la diabetes mellitus ha sido ampliamente estudiada, pocos investigadores han reportado el análisis de los motivos y los efectos del uso de las terapias alternativas por estos pacientes; en los pocos estudios identificados se encontró que las personas suelen acudir a estas terapias antes de la consulta médica, incluso cuando tienen familiares con la misma enfermedad o cuando ellas la han padecido por más de diez años. Estos resultados se tomarán como referentes para la discusión.

En el 2006, se llevó a cabo un estudio en Estados Unidos, con el objetivo de evaluar la relación entre el uso de terapias alternas y el autocontrol de la diabetes. La muestra fue de 701 individuos. Como resultados se encontró que el consumo de terapias alternas se asoció con el cuidado de los pies OR=2.4

con un IC 95% 1.4-4.2; el OR para uso de terapias alternas en general fue de 2.0, con un IC del 95% 1.1-3.5.²²

En el 2009, en Morelos, México, se identificaron las plantas medicinales más utilizadas por pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Se aplicó un cuestionario a 259 pacientes que utilizan plantas medicinales como terapia complementaria y a 259 que solo toman tratamiento farmacológico. Se encontró que la planta que más utilizan es el nopal. Se detectaron como factores que pueden influir en el uso de plantas medicinales como terapias complementarias: una evolución de la enfermedad de >10 años, cifras de glucosa en sangre de >200 mg/dl y tener familiares que padecen la misma enfermedad.²³

Este resultado guarda relación con lo encontrado años atrás por un estudio realizado en la región del estado de Hermosillo, Sonora, el que mostró que el 42% de los pacientes diabéticos tomó medicina herbolaria antes de presentarse a la consulta con el médico familiar.²⁴ En el estado de Veracruz, se indicó que el 85% de pacientes con diabetes consideran su tratamiento oficial como insuficiente, teniendo la necesidad de auxiliarse de otros recursos terapéuticos como la herbolaria. De igual forma, otro estudio realizado en esta región mostro que el 42% de los pacientes diabéticos tomó medicina herbolaria antes de acudir con el médico.²⁵

2. Planteamiento del problema

2.1 Justificación del estudio

La diabetes mellitus está considerada como uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial.²⁶ Existen 285 millones de personas con diabetes en todo el mundo, la prevalencia de diabetes para el año 2010 fue de 6.6% y se espera que para el 2030 aumente a 7.8%.²⁷

En México, la diabetes mellitus constituye una de las principales causas de morbi-mortalidad con importantes repercusiones económicas y sociales. La incidencia de esta patología va en aumento y el diagnóstico se está presentando en edades más tempranas y en ocasiones el tratamiento no es el adecuado. Existen aproximadamente 5 millones de personas con diabetes mellitus tipo 2 en México. Con base en la Encuesta Nacional de Salud del año 2000, de los sujetos con previo diagnóstico de diabetes, el 85% recibía tratamiento; de éstos, solo el 6% recibía insulina, el 21.5% seguían adecuadamente el plan de alimentación y sólo el 6% mencionaron hacer ejercicio.²⁸

La falta de apego del diabético tiene costos económicos altos, ya que se calcula que más del 10% de los ingresos hospitalarios son por complicaciones asociadas en los casos de diabéticos descontrolados, sumado al costo de los fármacos no consumidos.¹⁸

Estas cifras, además de aquellas que refieren a los costos económicos de los pacientes descontrolados, reflejan la necesidad de estudiar el grado de apego que los pacientes diabéticos presentan a su tratamiento farmacológico, así como la necesidad de profundizar en los factores asociados al mismo y su potencial relación con el uso complementario de terapias alternativas, todo con el fin de señalar áreas de oportunidad en los procesos de atención médica y en los programas de educación para la salud dirigidos a la población con diabetes.

Los servicios de salud enfrentan un gran reto: lograr incrementar el apego al tratamiento farmacológico y la total adherencia a las medidas integrales para el cuidado de la salud del diabético. Para lograr ello, se requiere estudiar los factores demográficos, económicos, sociales, culturales y de calidad de los servicios sanitarios que se han identificado como relacionados con la falta de apego para identificar cómo influyen y cómo interactúan con el uso de terapias alternativas, ya que se tiene identificado un aumento en su uso en los casos de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, en muchos casos sin efectos positivos en el control glucémico.²⁹

2.2 Magnitud del problema

La adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas, en los países desarrollados fluctúa alrededor del 50%, sin embargo en los países en vías de desarrollo el índice de adherencia es aún menor, tanto por la capacidad para adquirir medicamentos como para recibir atención médica.³⁰ El estudio CODE-2 (Costo de la Diabetes en Europa: tipo 2) halló que en Europa sólo el 28% de los pacientes diabéticos logra un buen control glucémico; en Estados Unidos sólo el

2% de los adultos con diabetes cumple con la totalidad de las medidas recomendadas en un tratamiento integral, no sólo farmacológico¹¹.

En estudios realizados en Estados Unidos con población de diabéticos usuarios de servicios de salud financiados por Medicaid se han encontrado tasas de adherencia al tratamiento farmacológico del 70% y 80%, siendo prevalentes las omisiones de dosis como la principal forma de no adherencia. Los factores que se han asociado con mayor fuerza a este desapego son: la complejidad del tratamiento, la duración de la enfermedad y el tipo de atención médica recibida.¹¹

En México, la diabetes mellitus tipo 2 constituye una de las primeras causas de consulta médica subsecuente. Para el año 2002, en el IMSS se implementaron programas con enfoque participativo dirigido a los médicos familiares en relación con los 6 principales motivos de consulta externa en UMF, entre ellas figura la diabetes junto con hipertensión arterial e infecciones respiratorias agudas, pues se calcula que solo el 21% de los médicos mexicanos proveen atención apropiada en pacientes con diabetes tipo 2.³¹

2.3 Pregunta de investigación

2.3.1 Pregunta cuantitativa

- ¿Cuál es el efecto del uso de terapias alternas o complementarias en el apego al tratamiento farmacológico y en el nivel de hemoglobina glucosilada,

en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del IMSS, en el municipio de Xalapa, Ver?

2.3.2 Pregunta cualitativa

- ¿Cuáles son las ideas que los pacientes diabéticos tienen respecto al uso de los tratamientos alternativos?
- ¿Cómo se relaciona ese sistema de creencias con su apego al tratamiento farmacológico indicado por su médico?

3. Objetivos de la investigación

3.1 Objetivo general cuantitativo

- Determinar si el apego al tratamiento y el nivel de hemoglobina glucosilada en pacientes diabéticos se ven influenciados por el uso de terapias alternas o complementarias, en pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del IMSS, en el municipio de Xalapa, Ver.

3.1.1 Objetivos específicos cuantitativos

- a) Identificar si hay cambios a los dos años de seguimiento, con respecto a la evaluación basal, en la frecuencia de sujetos con apego al tratamiento que usan terapias alternas y complementarias.
- b) Identificar si hay cambios a los dos años de seguimiento, con respecto a la evaluación basal, en la frecuencia de sujetos con apego al tratamiento que no usan terapias alternas y complementarias.
- c) Identificar si hay cambios a los dos años de seguimiento, con respecto a la evaluación basal, en el promedio de hemoglobina glucosilada en aquellos sujetos que usan terapias alternas y complementarias.
- d) Identificar si hay cambios a los dos años de seguimiento, con respecto a la evaluación basal, en el promedio de hemoglobina glucosilada en aquellos sujetos que no usan terapias alternas y complementarias.

- e) Comparar a los dos años de seguimiento, la frecuencia de sujetos con apego al tratamiento y su promedio de hemoglobina glucosilada, entre dos grupos: a) Los que usan terapias alternas y complementarias versus b) los que no la utilizan.

3.2 Objetivo general cualitativo

- Explorar las ideas que los pacientes diabéticos tienen respecto al uso de terapias alternas, así como la forma cómo se relaciona ese sistema de creencias con su apego al tratamiento farmacológico indicado por su médico.

3.2.1 Objetivos específicos cualitativos

- a) Conocer las ideas que los pacientes diabéticos tienen sobre el origen y el tratamiento de la enfermedad.
- b) Indagar sobre las ideas y creencias que llevan a los pacientes diabéticos a recurrir a tratamientos alternativos para atender su enfermedad.
- c) Indagar sobre las situaciones que, según los pacientes diabéticos, los llevan a abandonar en algún momento el tratamiento farmacológico.
- d) Describir patrones y relaciones en las ideas y creencias que los pacientes diabéticos tienen sobre el tratamiento farmacológico y las formas alternativas de atender la enfermedad.

4. Metodología

4.1 Paradigma de investigación: triangulación paradigmática y metodológica

Durante el planteamiento del problema se consideró necesario enfocarlo desde una perspectiva integradora, que permitiera ampliar lo que hasta ahora se sabe sobre la participación del propio sujeto en la adherencia al tratamiento; una pregunta de esta naturaleza requiere una forma de acercamiento que permitiera conjuntar datos de naturaleza cuantitativa y cualitativa obtenida desde un mismo grupo de informantes (los pacientes); a esto se le conoce como triangulación paradigmática.

La triangulación es un procedimiento que consiste en el uso de diferentes datos, investigaciones, perspectivas metodológicas y/o teóricas para contrastar los datos e interpretaciones.³² En cuanto a la triangulación de teorías, se busca establecer diferentes tipos de éstas con el fin de producir un entendimiento de cómo diferentes suposiciones y premisas influyen en los hallazgos e interpretaciones de un mismo grupo de datos e información.³³

4.2 Estudio bimétodo

Se ha elegido para esta investigación un diseño bimétodo, con enfoque cuantitativo y una fase cualitativa subsecuente. Los estudios bimétodo o mixtos permiten responder a distintas –y complementarias- preguntas dentro de un mismo planteamiento del problema; independientemente de que lo que se triángule (sean las teorías, las metodologías, los participantes, los investigadores), los estudios bimétodo implican que se combinen la lógica inductiva y deductiva.³⁴

- Fase cuantitativa: se evaluó el apego al tratamiento mediante un instrumento validado y se indagó el uso de terapias alternas a través de un cuestionario. Se midieron los niveles de hemoglobina glucosilada (HbA1c), para conocer el control glucémico de los pacientes, con anterioridad de hasta 3 meses.
- Fase cualitativa: se identificaron pacientes diabéticos que usaban terapias alternas y complementarias, para realizarles entrevistas semi-estructuradas con la finalidad de obtener información sobre las razones o motivos por las que recurren a su uso y qué tanto influyen éstas en el apego al tratamiento farmacológico.

4.2.1 Fase cuantitativa

4.2.1.1 Tipo de estudio

Dentro de los estudios observacionales, el diseño de cohorte tiene un alto valor en la escala de causalidad, ya que es posible verificar la relación causa-efecto correctamente en el tiempo. En la cohorte retrospectiva se integra con la conformación de los grupos expuestos y no expuestos en algún punto en el pasado y posteriormente se reconstruye la experiencia de la cohorte en el tiempo, identificando a los sujetos en el tiempo actual, de tal manera que se evalúa si a la fecha referida ya se presentó el evento de interés.³⁵

Además, para el estudio se selecciona una población comparable con sujetos no expuestos. Al inicio del estudio el investigador debe cerciorarse que la población o sujetos participantes cumplan con las características necesarias para incluirlos a la investigación; en este caso, se requiere que el grupo de no expuestos realmente cumplan con este criterio para que los resultados finales sean válidos y confiables.³⁴

Este estudio es:

- a. Observacional: El investigador no manipuló la variable de exposición que en este caso fue el uso de terapias alternativas y complementarias.
- b. Analítico: Se compararon dos grupos para tratar de explicar la asociación entre las variables a considerar.
- c. Longitudinal: En este tipo de estudio se realizan dos mediciones a lo largo del tiempo; en este caso, la primera –medición basal- se llevó a cabo en el

año 2009, como parte de un trabajo de tesis^b de la Maestría de Salud Pública; y la segunda se hizo durante los meses de enero a abril de 2011. En ambos momentos se aplicó un cuestionario para identificar el uso de terapias alternativas y complementarias, además del cuestionario de Morisky-Green^c para medir el grado de desapego al tratamiento.

4.2.1.2 Diseño del estudio

1. Investigación documental: se definió el problema o fenómeno a investigar, así como el tipo de estudio que se realizaría. Se hizo la búsqueda de antecedentes empíricos y marcos teóricos para interpretar los resultados.
2. Trabajo de campo: se pusieron en práctica todos los procesos metodológicos, técnicas e instrumentos para la ejecución de la investigación. Se tomaron las muestras para la determinación de hemoglobina glucosilada y se aplicaron el test de Morisky Green y el Cuestionario de terapias alternas.
3. Análisis de los datos: se hizo el análisis de la información mediante estadística descriptiva y pruebas de hipótesis, así como la preparación de los resultados.

^b López-Arriaga FA. Tesis sobre desapego al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos del Instituto Mexicano del Seguro Social (2007). Trabajo no concluido.

^c Gil V, Pineda M, Martínez JL, Belda J, Santos ML, Merino J. Validity of 6 indirect methods to assess treatment compliance in arterial hypertension. Med. Clin. (Barc) 1994; 102(14):532-6.

En el Anexo 1 se presenta la calendarización del estudio, en la que se incluyen tanto las actividades de la Fase cuantitativa como las actividades de la Fase cualitativa de la investigación.

4.2.1.3 Población del estudio

Esta investigación es una continuación del estudio de Cruz del Castillo, elaborado en el 2009, en el que se comparó el nivel glucémico en pacientes con diabetes tipo 2 con y sin síndrome metabólico usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la ciudad de Xalapa, Ver. Para la presente investigación se consideró la misma población objetivo.

4.2.1.4 Tipo de muestreo

El marco muestral está constituido por una cohorte de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, a quienes en el año 2009 se les midieron las variables de interés del estudio. La localización de los pacientes se realizó entre los meses de enero a abril del año 2011, en el momento en que acudían a su consulta médica.

4.2.1.4.1 Fases del estudio y tamaños de la muestra

Medición basal: Para su integración, se utilizó como marco muestral la población de personas con diabetes mellitus tipo 2 adscrita a la UMF 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Xalapa, Veracruz. Se

incluyeron aquellos que acudieron de manera consecutiva a la consulta externa de medicina familiar de enero a abril de 2009. En aquella ocasión se lograron incluir a 321 sujetos diabéticos. Se les aplicó un cuestionario estructurado para recabar datos demográficos, clínicos y sobre su tratamiento. Se les preguntó si usaban algún tipo de terapias alternas y complementarias. Se les midió el grado de apego al tratamiento farmacológico a través del cuestionario de Morisky-Green. También se les obtuvo una muestra hemática para medir el nivel de HbA1c.

Segunda evaluación: Dos años después, de los 321 pacientes originalmente incluidos de enero a abril de 2011 se pudieron localizar a poco más de cien de ellos. Se aplicaron los mismos cuestionarios y mediciones bioquímicas que en la primera fase.

4.2.1.4.2 Criterios de selección de la muestra

De inclusión:

- a. Pacientes con diagnóstico conocido de diabetes mellitus tipo 2, ratificado a través de su expediente clínico.
- b. Adscritos a la UMF No. 66 de Xalapa, Ver.
- c. Edad mayor o igual a los 18 años.
- d. Cualquier sexo.
- e. Que haya sido incluido para su seguimiento en la cohorte de estudio.
- f. Que acepte participar en el estudio.

De exclusión:

- a. Que en los últimos dos años haya perdido la derechohabencia al IMSS.
- b. Que en los últimos dos años haya cambiado de domicilio.
- c. Que no acepte participar en el estudio.

De eliminación:

- a. Que no acepte que se le realice la extracción hemática.
- b. Que no conteste completamente el cuestionario del estudio.

4.2.1.5 Variables del estudio

Las variables dependientes del estudio fueron el apego al tratamiento y el nivel de hemoglobina glucosilada; la variable independiente fue el uso de terapias alternas y complementarias (aquellos que las utilizaron durante la evaluación basal se consideraron como el grupo expuesto). Además, se identificaron algunas otras variables, tales como: duración de la diabetes (< 5 años Vs. ≥ 5 años), edad (<60 años Vs. ≥ 60 años) y sexo.

4.2.1.5.1 Variables dependientes

En la Tabla 1 se presenta la descripción de las dos variables dependientes mencionadas:

Tabla 1. Descripción de las variables dependientes

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Fuente	Escala de medición	Indicador
Apego al tratamiento	Grado en que el paciente sigue las instrucciones del prestador de asistencia sanitaria. ^d	Paciente que al momento de contestar el cuestionario indique omisión en la ingesta de medicamentos.	Cuestionario de Morisky Green	Discreta	Porcentaje de apego de la población en estudio.
Nivel de hemoglobina glucosilada	Fracción principal de la hemoglobina glicada A compuesta por glucosa unida covalentemente al extremo amino de las cadenas β de la hemoglobina. ^e	Indicador retrospectivo de la concentración de glucosa en las 8-10 semanas anteriores.	Medidor de hemoglobina glucosilada DCA 2000 de Bayer (<i>marca registrada</i>).	Nominal	Valores de hemoglobina glucosilada clasificados en: Bueno < 6.5%, aceptable 6.5-7.5% y elevados > 7.5%. (Niveles propuestos por WHO para juzgar el grado de control glicémico)

Fuente: Elaboración propia.

4.2.1.5.2 Variable independiente

Tabla 2. Descripción de la variable independiente

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Fuente	Escala de medición	Indicador
Uso de terapias alternas	Término utilizado para referirse tanto a sistemas de medicina tradicional variada como a las diversas formas de medicina indígena. ^f	Paciente que al momento de contestar el cuestionario responda afirmativamente que utiliza algún tipo de tratamiento complementario y alternativo.	Cuestionario de medicina alternativa	Discreta	Porcentaje de sujetos que usen tratamientos alternativos.

Fuente: Elaboración propia.

^d Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization 2003.

^e Reinauer H y cols. Diagnóstico y Monitorización de la Diabetes Mellitus desde el laboratorio. OMS, 2003.

^f OMS, Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005.

En el Anexo 2 se presentan con detalle las cuatro co-variables contempladas en el estudio: duración de la diabetes menor a 5 años, edad mayor a 60 años, sexo femenino y eventos adversos.

4.2.1.6 Técnicas para la obtención de información

4.2.1.6.1 Medición del nivel de hemoglobina glucosilada

La vida de la hemoglobina *in vivo* alcanza una media de 90 a 120 días, tiempo durante el cual se forma una hemoglobina glicada A y el compuesto cetoamina a partir de la combinación de hemoglobina A y glucosa. Se han aislado varias sub-fracciones de hemoglobinas glicadas. Entre ellas, la fracción HbA1c de la hemoglobina glicada A tiene el máximo interés al actuar como indicador retrospectivo de la concentración media de glucosa en las 8-10 semanas anteriores.³⁶

Por lo tanto, la determinación de hemoglobina glucosilada (HbA1c) es una medición a largo plazo del metabolismo de la glucosa. Se recomienda medirla como una herramienta de suma importancia para la monitorización constante del control de glucosa en los pacientes diabéticos.³⁶ En el Anexo 3 se presenta el procedimiento para la toma de la hemoglobina glucosilada.

Cabe señalar que para guardar las precauciones éticas del estudio, se pidió a los potenciales sujetos del estudio que firmaran una carta de consentimiento

informado, a fin de respaldar la toma de su sangre y su participación en los dos cuestionarios. En el Anexo 4 se presenta el formato de consentimiento informado utilizado.

4.2.1.6.2 Autorreporte

El autorreporte o autoinforme es una técnica que permite la valoración de un aspecto de la conducta o personalidad de un individuo a través de su expresión escrita; es de fácil aplicación y se basa en la respuesta que el individuo hace a preguntas o ejercicios plasmados en un cuestionario o instrumento. Plantea la dificultad de que la persona falsee sus respuestas. En este caso, los cuestionarios o instrumentos a utilizar se proporcionarán a los pacientes quienes, sin intermediarios, los responderán y seleccionarán las respuestas que consideren adecuadas.

4.2.1.7 Instrumentos para la obtención de información

4.2.1.7.1 Cuestionario de Morisky Green

El Cuestionario de Morisky-Green consta de cuatro preguntas dicotómicas, a partir de las cuales se indaga sobre el cumplimiento del tratamiento farmacológico en el mes anterior; en este caso se ha incluido una quinta pregunta abierta sobre los motivos que lo llevaron a no tomar sus medicamentos. Se considera paciente con apego a aquel que conteste “NO” a

las preguntas cerradas 1, 3 y 4, y “SI” a la pregunta 2. De igual manera, se considera paciente sin apego a aquel que responda en forma distinta a lo antes señalado por lo menos a una de las preguntas planteadas.³⁷ En el Anexo 5 se presenta el instrumento.

4.2.1.7.2 Cuestionario de terapias alternas

Este cuestionario consta de tres preguntas cerradas dicotómicas sobre el uso de medicina alternativa en el último mes, de manera complementaria o sustitutiva a los medicamentos indicados; la cuarta pregunta es abierta y permite al paciente enunciar el tipo de terapia o tratamiento alternativo utilizado. En el Anexo 6 se presenta el instrumento.

4.2.1.8 Plan de validación de instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron en ésta investigación ya están validados internacionalmente en estudios previos. Aun así, en enero del 2011 se realizó una prueba piloto con la finalidad de identificar los tiempos de respuesta de los pacientes, así como el entendimiento de las preguntas en cada uno de los test a aplicar. La prueba piloto también tuvo la finalidad de obtener una posible proporción de no respuesta así como validar el procedimiento realizado para la obtención de la muestra de estudio.

4.2.1.9 Plan para el procesamiento de información

1. Se realizó estadística descriptiva: medidas de resumen, de tendencia central y dispersión de las principales variables.
2. Comparación intergrupala (entre grupos independientes): Comparación, a los dos años de seguimiento, de la frecuencia de apego al tratamiento entre sujetos con y sin uso de terapias alternas a través de la prueba Chi cuadrada. La prueba exacta de Fisher fue utilizada en caso necesario.
3. Comparación intergrupala (entre grupos independientes): Comparación, a los dos años de seguimiento, del promedio de hemoglobina glucosilada entre sujetos con y sin uso de terapias alternas través de la prueba t de Student.
4. Comparación intragrupal (entre grupos dependientes): Comparación, entre la evaluación basal y a los dos años de seguimiento, del promedio de hemoglobina glucosilada tanto en sujetos con y sin uso de terapias alternas (por separado), a través de la prueba t de Student pareada.
5. Comparación intragrupal (entre grupos dependientes): Comparación, entre la evaluación basal y a los dos años de seguimiento, de la frecuencia de apego al tratamiento en sujetos con y sin uso de terapias alternas (por separado), a través de la prueba McNemar.
6. Un valor de p menor o igual a 0.05 fue considerado estadísticamente significativo.
7. Los análisis estadísticos fueron realizados a través del programa SPSS versión 18.

4.2.2 Fase cualitativa

4.2.2.1 Tipo de estudio

En la segunda fase de la investigación se desarrolló el componente cualitativo, que por su alcance se identifica como un estudio exploratorio y descriptivo.

- a) Exploratorio: Este tipo de estudio busca una aproximación a un fenómeno relativamente poco estudiado, a través de una metodología flexible; permite obtener información para ampliar o problematizar lo que se sabe del fenómeno o de algún aspecto de él. En este caso, se desea explorar las ideas y creencias que los pacientes tienen en torno al uso de terapias alternas y su relación con el apego al tratamiento farmacológico, aspecto que se ha abordado sólo en un sentido cuantitativo.³⁴

- b) Descriptivo: Constituye el primer nivel del análisis cualitativo y consiste en una lectura anecdótica, tipo etnográfica, del fenómeno y sus características. En estos estudios el discurso de los informantes es organizado temáticamente, llegando a la conceptualización de los datos pero sin implicar una interpretación de significados e intencionalidades individuales y/o sociales.³⁸

4.2.2.2 Diseño del estudio

Al igual que en su fase cuantitativa, el diseño del componente cualitativo se estructuró a partir de tres etapas:

1. Investigación documental: En este momento se delimitó el aspecto del problema a investigar desde una perspectiva cualitativa. Se hizo la búsqueda de antecedentes empíricos y marcos teóricos para interpretar los resultados.
2. Trabajo de campo: En esta etapa se realizaron las entrevistas semiestructuradas con pacientes diabéticos que usan terapias alternas previamente identificados en la fase cuantitativa; se trató de realizar las entrevistas en el domicilio de los pacientes, a fin de realizarla en un ambiente de confianza. Durante este periodo, se transcribieron las entrevistas.
3. Análisis de los datos. En esta etapa se hizo el análisis de la información transcrita, a partir de una codificación abierta y, posteriormente, axial, para dar pie a la descripción de patrones y semejanzas en la información. Se utilizaron estos hallazgos para complementar los resultados cuantitativos.

En el Anexo 1 se presenta la calendarización del estudio, en la que se incluyen tanto las actividades de la Fase cualitativa como las actividades de la Fase cuantitativa de la investigación

4.2.2.3 Muestreo

4.2.2.3.1 Tipo de muestreo

Para fines del estudio cualitativo, los participantes fueron seleccionados en forma intencionada, identificando durante la revisión de expedientes y aplicación de cuestionarios cuantitativos a quienes utilizaban terapias alternas y que presentaban características o atributos representativos del grupo social en estudio: los pacientes diabéticos con seguridad social. A esto se le llama muestreo intencional de casos-tipo, es decir, una estrategia de muestreo no probabilística, basada en la representatividad socioestructural de los participantes, para la cual se delimita previamente el grupo social representado y los atributos que lo caracterizan.^{34, 39}

4.2.2.3.2 Tipos sociales

Los tipos sociales son aquellos grupos de individuos que reúnen características de interés relacionadas con el objeto de estudio. Se asume que todos los integrantes de un tipo social son representativos de esa población y de su contexto social pues poseen los atributos que los caracterizan (padecimiento, uso de terapias alternas, prestación social, condiciones y características sociales). Para la finalidad de este trabajo, se hace referencia a aquellos pacientes con diagnóstico previo de diabetes mellitus, que se hayan identificado por el uso de terapias alternas y que hayan estado incluidos en la medición basal de la cohorte.

Para asegurar la riqueza y calidad del discurso, se buscó que la muestra guardara un equilibrio entre homogeneidad y heterogeneidad, es decir, que todos cumplieran con los atributos básicos del tipo social y que cada uno representara las diferentes características de esa población (la máxima diversidad posible en cuanto a sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación y tiempo con el padecimiento).⁴⁰

Finalmente, no solo bastaba que fueran representativos de la población, sino que pudieran brindar un discurso narrativo abundante y significativo, que aportara al estudio del problema; también que mostraran disponibilidad para participar en la investigación.

4.2.2.3.3 Tamaño de la muestra

El muestreo cualitativo se perfila progresivamente, en cuanto avanza el examen de los casos, esto significa que el tamaño de la muestra no es definida a priori, sino que va emergiendo durante el desarrollo de la investigación, en la búsqueda del punto de saturación de los datos (cuando la información aportada por nuevos informantes ya resulta repetitiva); si bien, Mejía Navarrete calcula que el punto de saturación se inicia alrededor de los 11-15 casos, debido a falta de tiempo en este estudio sólo se lograron realizar 10 entrevistas.⁴⁰

Tabla 3. Características socio-demográficas de los participantes

Tipo social: Pacientes diabéticos adscritos a la clínica 66 del IMSS que usan terapias alternas										
Nombre (Seudónimo)	Tiempo con diabetes (o antigüedad del Dx)	Grado de control glucémico (o grado de apego al tratamiento)	Tipo de medicamento farmacológico que recibe	Tiempo de usar terapias alternas	Tipo de tratamiento o producto alternativo que utiliza	Edad	Escolaridad	Ocupación	Estado civil	Religión
Miguel	6	14% descontrolado	Glibenclamida, metformina	5 años	Té amargo y de yerba maestra	73	Primaria	Jubilado, campesino	Casado	católica
María	13	11.4% descontrolado	Glibenclamida, metformina	8 años	Te de chaya, yerba amarga y yerba maestra	58	Ninguna	Hogar	Soltera	Luz del mundo
Lorena	15	10.2% descontrolado	Metformina e insulina	6 meses	Te de Nin	50	Primaria	Hogar	casado	cristiano
Joaquina	25	6% Controlada	No toma ninguno de los prescritos por el médico	Aprox. 27 años	Yerbas amargas, diabetil	82	Primaria	Hogar	Viuda	católica
Carmina	21	10.1% descontrolado	Metformina e insulina	Las yerbas hace 20 años aprox. El Nin hace 1 mes	Yerba maestra, Nin	54	Primaria	Hogar	Casada	católica
Julio	16	7.5% aceptable	Glibenclamida, metformina		Te amargo	68	Primaria	Mecánico	Casado	católico
José	9	8.1% descontrolado	Glibenclamida, metformina		Ocaca (raíz)	62	Primaria	Campesino	Casado	Católico
Patricia	9	12.2% descontrolado	Glibenclamida, metformina	5 años de los tes y dos años de los demás suplementos	Yerba maestra, te amargo, jugo de Noni, vitaminas de Jensen, Herbalife	50	Primaria	Empleada	Casada	Católica
Reyna	15	10% descontrolado	Insulina	3 años	Te NRG con aloe de Herbalife	52	Preparatoria	Hogar	Casada	cristiana
Rosa	2	6.2% nivel de control Bueno	Glibenclamida, metformina	1 año	Hoja amarga	59	Secundaria	Hogar	Viuda	Católica

4.2.2.4 Ejes de análisis y categorías conceptuales

Los principales ejes de análisis que se buscaron son aquellos relacionados primeramente con las creencias que tiene la gente sobre el origen de la enfermedad y las formas de curarla o tratarla; a qué le atribuyen la aparición de esta patología, cuál pudo haber sido su causalidad y qué ideas asocian al tratamiento farmacológico y al tratamiento alterno.

De manera que se tuvieron como ejes de análisis las ideas y creencias que los pacientes tenían sobre la enfermedad, su tratamiento y las terapias alternas. En los estudios cualitativos no se establecen variables –y por lo tanto no se definen operacionalmente-, sino que se identifican grandes temas o aspectos relevantes sobre el problema y se utilizan como caminos para la búsqueda de discurso en el trabajo de campo; en esos ejes se perfilan posibles categorías más específicas de la información, tal como se presentan en la tabla siguiente:

Tabla 4. Ejes de análisis y categorías conceptuales para el estudio

Ejes de análisis	Categorías conceptuales
La enfermedad	<ul style="list-style-type: none">• Concepto de la enfermedad• Origen/causalidad de la enfermedad• Diagnóstico de la enfermedad• Cronicidad y efectos de la enfermedad• Curación de la enfermedad• Control de la enfermedad
El tratamiento	<ul style="list-style-type: none">• Tratamiento farmacológico y no farmacológico• Condiciones para el apego
Medicina alternativa	<ul style="list-style-type: none">• Origen del uso• Efectos/beneficios sobre la enfermedad• Complementariedad o alternativa al tratamiento farmacológico

Fuente: Elaboración propia

4.2.2.5 Técnicas para la obtención de información

4.2.2.5.1 Entrevista semiestructurada

Esta técnica es utilizada comúnmente para conocer la opinión o ideas que la gente tiene con respecto a algún evento o fenómeno, en este caso de salud. Esta entrevista no necesariamente sigue una secuencia previamente establecida, dicho de otra manera, la entrevista está condicionada a las respuestas que vaya aportando la persona. Las preguntas que se plantean están basadas en el objetivo del estudio. La escasa rigidez de esta técnica permite que el investigador propicie un flujo discursivo bastante amplio.⁴¹

Al realizarse el primer contacto con los pacientes, algunos mostraban cierto interés por participar en la investigación, también se encontraron personas que se mostraron renuentes a la misma. En la aplicación del primer instrumento, los participantes comentaron que el hecho de acudir a consulta en el IMSS implicaba perder una mañana completa, dejando de lado sus labores cotidianas. Se muestran resignados a estos contratiempos. De la misma manera, mencionaban que la atención brindada en ésta institución es buena, sin embargo, el tiempo de espera es mucho, y a pesar de que las citas son programadas hasta con un mes de anticipación, el tiempo para pasar a consulta es la principal inconformidad para ellos.

Para la realización de las entrevistas, se acordó previamente con el paciente el día y la hora en que se realizarían, pues se llevaron a cabo en sus domicilios, esto con el objetivo de obtener un discurso más amplio

4.2.2.6 Instrumentos para la obtención de información

4.2.2.6.1 Guía temática para entrevista semiestructurada

Para realizar la entrevista semiestructurada con los pacientes diabéticos que usan terapias alternas se utilizó una guía temática, construida a partir de los ejes y categorías previamente señalados y que reflejan aspectos del problema que se investigaba: el uso de terapias alternas y su posible relación con el apego al tratamiento farmacológico. La guía se presenta en el Anexo 7.

4.2.2.2.6.2 Plan de validación de instrumentos

La validación de la guía temática para la entrevista semi-estructurada se realizó en el mes de abril del 2011. Se eligió un sujeto similar a la población en estudio: paciente diabético de la Clínica 66 del IMSS que no formara parte de la cohorte. El piloteo o validación de la guía permitió corroborar la claridad y capacidad de las preguntas para generar un discurso extendido por parte del informante; también permitió a la investigadora sondear sus habilidades para conducir la entrevista y para despertar la confianza del entrevistado.

4.2.2.7 Plan para el procesamiento y análisis de la información

El trabajo analítico consistió en proponer vínculos entre los datos y pensar en ellos; lo que le dio soporte al trabajo es la manera cómo se usaron los códigos y

los conceptos. Los datos obtenidos y su correcto uso y codificación permitieron generar ideas en torno al tema de estudio.⁴²

El procesamiento comenzó con la recolección de datos. Aquí la investigadora se dio a la tarea de recoger la información necesaria; para ello, acordó una cita con los pacientes en los domicilios de los mismos; previamente les explicó en qué consistía la visita y los fines de la misma, también les mencionó que se requeriría su consentimiento para ser grabados. Una vez realizada y grabada la entrevista, el archivo en audio fue transcrito en Word, se organizaron los archivos según las características de los informantes y se procedió a la codificación y el análisis.

4.2.2.7.1 Método para el análisis

La información que se obtuvo en el trabajo de campo fue codificada y analizada partiendo de grandes ejes y categorías que se fueron afinando durante el análisis, esto con la finalidad de encontrar el verdadero significado de los argumentos proporcionados por los individuos.⁴²

Una vez transcritos los audios, se hizo la primera lectura de la información. Ya reconocida la entrevista, se comenzó a codificar; cabe señalar que la codificación se hizo de manera axial por cada una de las temáticas abordadas. Inicialmente el investigador identificó categorías o subtemas clave, para esto, les asignó etiquetas o membretes a los datos (los códigos), lo que permitió analizar el corpus de información de manera más simplificada.

Posteriormente se realizó la descripción de patrones, es decir, argumentos discursivos que señalaran un patrón de respuesta similar entre ellos, para que de tal manera se hicieran las conceptualizaciones correspondientes en torno a los datos y las temáticas. Se identificaron los temas y las concordancias y divergencias de la información y se armó el guión de presentación de los hallazgos, respaldados por los segmentos seleccionados como representativos.

4.2.2.8 Criterios que aseguran el rigor metodológico del estudio

Los criterios de rigor metodológico permiten evaluar el rigor y la calidad científica de los estudios cualitativos.⁴³ Los cuatro criterios de rigor metodológico que se cuidaron en el presente estudio son⁴⁴:

Confirmabilidad: Posibilidad de que otro investigador siga la pista o la misma ruta que siguió el investigador inicial. Para hacer esto posible, fue necesario un registro y documentación de las ideas o aportes que la investigadora fue teniendo con relación al estudio. Esta estrategia permite que un investigador diferente examine los datos y poder llegar así a las mismas conclusiones que el investigador original. En otras palabras hace referencia a la neutralidad de la investigación.

Para que otro investigador tenga la oportunidad de reconocer las semejanzas que guarda con la población en estudio, se describieron las características del contexto y la selección de los participantes, pues a pesar de pertenecer a la misma muestra poblacional, los participantes se seleccionaron de acuerdo a las características que debían cubrirse para realizar la investigación, sin dejar de lado la heterogeneidad en los participantes.

Auditabilidad: Se refiere al procedimiento que se realiza cuando existen personas que desean evaluar la calidad de la investigación, en particular las conclusiones que se han generado del desarrollo del estudio. Para tal efecto se realizaron las siguientes actividades:

- Grabación de todas las entrevistas
- Descripción y reflexión de las entrevistas
- Descripción sobre el contexto físico y social de la población.

Credibilidad: Se refiere a como los resultados de una investigación son certeros para las personas que fueron estudiadas y para otras que han estado en contacto con el fenómeno a investigar. Este criterio se logra cuando a través de observaciones y conversaciones extensas con los participantes en el estudio, recolecta información que produce hallazgos reconocidos por los participantes o informantes y que identifican como una aproximación a lo que ellos piensan y sienten. Aquí los investigadores para confirmar hallazgos revisan datos en particular, e incluso cuando es necesario vuelven a los informantes. Dicho de una manera más sintética, la credibilidad consiste en el valor de verdad de la investigación, en términos de que ésta sea creíble. Para fines de éste estudio, la credibilidad se obtuvo mediante los siguientes mecanismos:

- La investigadora procuró ser objetiva, evitando forzar la participación de los pacientes o la misma investigación.
- Se tomaron en cuenta las notas de campo.
- Se hizo una transcripción de las entrevistas estrictamente textual, para hacer el ejercicio de descripción y análisis de los datos cualitativos.
- Reflexionando los resultados con otros investigadores para considerar demás apreciaciones sobre la información obtenida.

Transferibilidad: consiste en la posibilidad de transferir los resultados a otros contextos o grupos, es decir, que los resultados que han salido de la investigación tengan la característica de poder aplicarse a un contexto con características similares al de estudio original; para ello la investigadora reconoce el alcance de su trabajo y que tan aplicable puede ser en otras poblaciones con la misma estructura social.

5 Resultados

Para mayor claridad, se presentan los resultados de este estudio bimétodo en dos secciones; primero los resultados cuantitativos y posteriormente los resultados cualitativos. Más adelante se presenta la discusión, conclusiones y recomendaciones en ambos sentidos.

5.1 Resultados cuantitativos

5.2.1 Descripción de los datos cuantitativos

5.2.1.1 Características de los pacientes

Se incluyeron a 102 personas con diabetes mellitus tipo 2. La tabla 5 nos muestra una descripción general de los pacientes al momento de su inclusión. De los sujetos incluidos, el 72.5% fueron mujeres. La edad mínima fue 39 años mientras que la máxima 86; teniendo como promedio general 61.4 ± 9.8 . Para las mujeres, el promedio de edad fue 60 años, mientras que para los hombres 64. Con respecto al estado civil, 59 pacientes mencionaron ser casados y 17 solteros. La escolaridad primaria predominó en el 54.9% de la muestra estudiada, mientras que casi el 60% refirió estar desempleado al momento de levantar la información.

Tabla 5. Descripción de los sujetos de estudio

Variab les	Resultados n= 102
Sexo, n (%)	
Femenino	74 (72.5)
Masculino	28 (27.5)
Edad, n (%)	
≤ 60	49 (48.0)
> 60	53 (52.0)
Estado Civil, n (%)	
Casado	59 (57.8)
Unión Libre	8 (7.8)
Soltero	17 (16.7)
Viudo	15 (14.7)
Divorciado/Separado	3 (3.0)
Escolaridad, n (%)	
Nula	10 (9.8)
Primaria	56 (54.9)
Secundaria y Bachillerato	20 (19.6)
Carrera Técnica	9 (8.8)
Licenciatura o Superior	7 (6.9)
Ocupación, n (%)	
Con empleo	28 (27.5)
Sin empleo	61 (59.8)
Pensionado o Jubilado	13 (12.7)

Fuente: Instrumento utilizado durante la recolección de datos.

5.2.1.2 Terapias alternas utilizadas

La descripción sobre la frecuencia y tipo de terapias alternas utilizadas se muestra en la tabla 6. De las 102 personas incluidas, 54 (52.9%) han hecho uso de terapias alternas para tratar su diabetes, predominando el uso de terapias bioquímicas en las cuales se incluyen medicamentos no alopáticos, hierbas y compuestos nutricionales. En segundo lugar, tenemos las terapias relacionadas con el estilo de vida como lo es la nutrición, el ejercicio, terapias ambientales y corporamentales. Las terapias biomecánicas y bioenergéticas presentan el menor consumo como opción alternativa de tratamiento entre los sujetos de estudio de estudio.

Tabla 6. Terapias alternas utilizadas

Terapias	Frecuencia n = 54
Bioquímicas*, n (%)	47 (87.0)
De Estilo de Vida†, n (%)	5 (9.25)
Biomecánicas‡, n (%)	1 (1.85)
Bioenergéticas§, n (%)	1 (1.85)

n= Sujetos con la característica de interés

*Medicamentos no alopáticos, hierbas, compuestos nutricionales.

†Nutrición, ejercicio, terapias ambientales, corporamentales

‡Masaje, manipulación espinal, cirugía.

§Acupuntura, imposición de manos, oración, homeopatía.

5.2.1.3 Apego al tratamiento

La Tabla 7 muestra una comparación de la proporción de personas con apego al tratamiento en las dos evaluaciones realizadas durante el seguimiento. Para ello, además de compararlos en forma general, se separaron en dos grupos: 1) sujetos que refirieron usar terapias alternas en los dos momentos del estudio (tanto en la evaluación basal como en la posterior) y 2) en sujetos que no hicieron uso de terapias alternas. *A grosso modo*, hubo una disminución de la frecuencia de apego en la segunda evaluación con respecto a la primera; por ejemplo, mientras que en el grupo en general hubo una disminución porcentual del apego de -24.4%, en el grupo que uso terapias alternas la disminución fue de -14.2%, sin embargo, en aquellas personas que no usaron terapias alternas para tratar la diabetes, tuvieron una disminución del apego estadísticamente significativa (-38.8%) ($p=0.02$).

Tabla 7. Comparación de la frecuencia de desapego al tratamiento farmacológico

	Primera evaluación (n=94)*	Segunda evaluación (n=94)*	Cambio porcentual del apego	p
Apego				
Sí, n (%)	45 (47.9)	34 (36.2)	-24.4%	0.09
No, n (%)	49 (52.1)	60 (63.8)		
Apego en sujetos que usan TA [†] (n=36)				
Sí, n (%)			-14.2%	0.82
No, n (%)	14 (38.9)	12 (33.3)		
	22 (61.1)	24 (66.7)		
Apego en sujetos que no usan TA ^{**} (n=30)				
Sí, n (%)			-38.8%	0.02
No, n (%)	18 (60.0)	11 (36.7)		
	12 (40.0)	19 (63.3)		

TA: Terapias alternas

n: sujetos con la característica de interés

Valor de *p* obtenido mediante la prueba de McNemar

* Algunos sujetos no contestaron todas las preguntas del cuestionario de apego por lo que fueron excluidos de este análisis.

† En este grupo sólo se incluyeron a aquellos sujetos que reportaron usar terapias alternas en la primera y en la segunda medición.

** En este grupo sólo se incluyeron a aquellos sujetos que reportaron no usar terapias alternas en la primera y en la segunda medición.

5.2.1.4 Grado de apego al tratamiento y uso de terapias alternas

Respecto al uso de terapias alternas para tratar la diabetes y su relación con el apego al tratamiento, en la Tabla 8 se observa una mayor frecuencia del uso de estas terapias en personas sin apego al tratamiento que en aquellas con apego, tanto en la primera como en la segunda evaluación. Esta distribución persiste cuando se pregunta el uso de terapias alternas en el mes previo a la entrevista. Cabe señalar que, si bien esta situación fue consistente en las dos evaluaciones, las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas.

Tabla 8. Comparación del uso de terapias alternas en personas con y sin apego al tratamiento

Primera evaluación			
	Con apego (n= 45)	Sin apego (n=52)	p
Ha usado TA			
Sí, n (%)	19 (42.2)	31 (59.6)	0.09
No, n (%)	26 (57.8)	21 (40.4)	
Usó TA en el último mes			
Sí, n (%)	12 (26.7)	21* (41.2)	0.14
No, n (%)	33 (73.3)	30* (58.8)	
Segunda evaluación			
	Con apego (n=35)	Sin apego (n=64)	p
Ha usado TA			
Sí, n (%)	16 (45.7)	37 (57.8)	0.25
No, n (%)	19 (54.3)	27 (42.2)	
Usó TA en el último mes			
Sí, n (%)	8** (23.5)	19 (29.7)	0.52
No, n (%)	26** (76.5)	45 (70.3)	

TA: Terapias alternas

Valor de *p* obtenido mediante la prueba de Chi cuadrada

n: sujetos con la característica de interés

*n= 51 debido a un valor perdido.

** n= 34 debido a un valor perdido.

La Tabla 9 hace una comparación de la media de HbA1c entre las dos evaluaciones y la contrasta en sujetos que han usado terapias alternas y aquellos que no. En general, la media de este metabolito es alta en ambas mediciones (es decir, por arriba de 8%); sin embargo, en personas que han hecho uso de terapias alternas es superior que en aquellos sujetos que nunca han recurrido a este tipo de tratamiento. Las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas.

Tabla 9. Comparación del promedio de hemoglobina glucosilada

	Primera evaluación (n=101)	Segunda evaluación (n=102)	p
	media ± DE	media ± DE	
HbA1c	9.06 ± 2.5	9.27 ± 2.6	0.24
HbA1c en sujetos que han usado TA *	9.91 ± 2.3	9.84 ± 2.2	0.81
HbA1c en sujetos que usaron TA en el mes previo*	10.0 ± 2.6	9.79 ± 2.3	0.62
HbA1c en sujetos que no usaron TA en el mes previo†	8.25 ± 2.5	8.54 ± 2.3	0.25
HbA1c en sujetos que nunca han usado TA†	8.14 ± 2.2	8.66 ± 2.7	0.08

TA: Terapias alternas

Valor de *p* obtenido mediante la prueba de t para grupos dependientes

n: sujetos con la característica de interés

* En este grupo sólo se incluyeron a aquellos sujetos que reportaron usar terapias alternas en la primera y en la segunda medición.

† En este grupo sólo se incluyeron a aquellos sujetos que reportaron no usar terapias alternas en la primera y en la segunda medición.

Las Tablas 10 y 11 comparan el uso de terapias alternas de acuerdo con el nivel de HbA1c para lo cual se utilizaron dos puntos de corte: HbA1c < 7% Vs. ≥ 7% (tabla 10) y HbA1c <8% Vs. ≥8% (tabla 11). En la primera evaluación, el 57.9% de las personas con un nivel de ≥ 7% dijeron haber usado algún tipo de terapia alterna, mientras que en el grupo complementario (<7%), solo utilizaron el 35.7% ($p=0.03$). No hubo diferencias significativas para el resto de las comparaciones en la tabla 6.

Tabla 10. Uso de terapias alternas en personas con y sin control óptimo de su hemoglobina glucosilada

Primera evaluación			
	HbA1c < 7% (n= 28)	HbA1c ≥ 7% (n=72)	p
Ha usado TA			
Sí, n (%)	10 (35.7)	43 (59.7)	0.03
No, n (%)	18 (64.3)	29 (40.3)	
Usó TA en el último mes			
Sí, n (%)	6 (21.4)	27* (38.0)	0.11
No, n (%)	22 (78.6)	44* (62.0)	
Segunda evaluación			
	HbA1c < 7% (n= 20)	HbA1c ≥ 7% (n=81)	p
Ha usado TA			
Sí, n (%)	7 (35.0)	47 (58.0)	0.07
No, n (%)	13 (65.0)	34 (42.0)	
Usó TA en el último mes			
Sí, n (%)	3 (15.0)	25** (31.3)	0.15
No, n (%)	17 (85.0)	55** (68.7)	

TA: Terapias alternas

HbA1c: Hemoglobina glucosilada. Cuando fue < 7% se consideró óptimo.

Valor de p obtenido mediante la prueba de Chi cuadrada

n: sujetos con la característica de interés

*n=71 ya que hubo un valor perdido

**n= 80 ya que hubo un valor perdido

En la Tabla 11 encontramos algunas diferencias significativas al comparar el uso de terapias alternas con el nivel de HbA1c $\geq 8\%$. En la primera evaluación, el 66% de las personas con un nivel $\geq 8\%$ han usado terapias alternas, mientras que en el grupo contrario ($<8\%$), solo el 38% ($p=0.006$). De manera similar, sucedió con el uso de terapias alternativas en el mes previo a la entrevista ($p=0.05$), lo que también fue consistente para este mismo rubro en la segunda evaluación ($p=0.03$).

Tabla 11. Uso de terapias alternas en personas con y sin niveles muy altos de hemoglobina glucosilada

Primera evaluación			
	HbA1c < 8% (n= 47)	HbA1c $\geq 8\%$ (n=53)	<i>p</i>
Ha usado TA			
Sí, n (%)	18 (38.3)	35 (66.0)	0.006
No, n (%)	29 (61.7)	18 (34.0)	
Usó TA en el último mes			
Sí, n (%)	11 (23.4)	22* (42.3)	0.05
No, n (%)	36 (76.6)	30* (57.7)	
Segunda evaluación			
	HbA1c < 8% (n= 39)	HbA1c $\geq 8\%$ (n=62)	<i>p</i>
Ha usado TA			
Sí, n (%)	18 (46.2)	36 (58.1)	0.24
No, n (%)	21 (53.8)	26 (41.9)	
Usó TA en el último mes			
Sí, n (%)	6 (15.4)	22** (36.1)	0.03
No, n (%)	33 (84.6)	39** (63.9)	

TA: Terapias alternas

HbA1c: Hemoglobina glucosilada. Cuando fue $\geq 8\%$ se consideró muy alto.

Valor de p obtenido mediante la prueba de Chi cuadrada

n: sujetos con la característica de interés

*n=52 ya que hubo un valor perdido

**n= 61 ya que hubo un valor perdido

Para estimar la posible asociación del no apego al tratamiento con el uso de terapias alternas, se excluyeron aquellos sujetos que presentaron desapego al inicio del seguimiento. En la tabla 8 además del uso de terapias alternas, se comparan la presencia de eventos adversos, la duración de la diabetes, la edad y el sexo entre personas con y sin apego. Como se puede apreciar, el uso de terapias alternas fue mayor en el grupo sin apego (68.2%) que en el grupo apegado a su tratamiento (31.8%) ($p=0.02$). No hubo diferencias estadísticamente significativas para el resto de las variables.

Tabla 12. Evaluación de posibles variables asociadas a la falta de apego a tratamiento

	Sin apego n = 23	Con apego n = 22	p
Uso de terapia alternas,			
Sí, n (%)	15 (68.2)	7 (31.8)	0.02
No, n (%)	8 (34.8)	15 (65.2)	
Efectos adversos			
Sí, n (%)	2 (100)	0 (0.0)	0.48
No, n (%)	21 (50.0)	21 (50.0)	
Duración de la diabetes			
≤ 5 años, n (%)	5 (71.4)	2 (28.6)	0.41
> 5 años, n (%)	18 (47.4)	20 (52.6)	
Edad			
> 60 años, n (%)	12 (52.2)	11 (47.8)	0.88
≤ 60 años, n (%)	11 (50.0)	11 (50.0)	
Sexo			
Mujeres, n (%)	17 (53.1)	15 (46.9)	0.67
Hombres, n (%)	6 (46.2)	7 (53.8)	

Se excluyeron del análisis a 52 sujetos que refirieron desapego en la evaluación basal.

Comparación de proporciones mediante Chi cuadrada

5.2.1.5 Efectos adversos del tratamiento farmacológico

Con respecto a los eventos adversos secundarios al tratamiento farmacológico, la Tabla 13 hace una descripción de los efectos adversos por tipo de fármaco (glibenclamida, metformina e insulina) solo 12 personas señalaron haber manifestado algún tipo de evento desfavorable por cualquiera de estos medicamentos. La glibenclamida es el medicamento que mayormente representa molestias para los pacientes con 50% de los casos presentados.

Tabla 13. Eventos adversos por tipo de fármaco

Fármaco	Frecuencia n= 18
Glibenclamida*, n (%)	9 (50.0)
Metformina†, n (%)	7 (38.9)
Insulina‡, n (%)	2 (11.1)

n= Eventos adversos reportados

*Acidez, náuseas, debilidad, mareo, temblores, molestia general

†Acidez, náuseas, diarrea, dolor estomacal, sueño

‡Dolor en el área de aplicación, aumento de peso

5.2.1.6 Asociación de las variables en estudio

Una vez identificada en un análisis univariado, la asociación del uso de las terapias alternas con la falta de apego al tratamiento, en la Tabla 14 se realizó un análisis multivariado, en donde la variable dependiente fue la falta de apego al tratamiento y las co-variadas, además del uso de terapias alternas, fueron la duración de la diabetes ≤ 5 años, la edad > 60 años y el ser mujer. En el método crudo, el riesgo de presentar desapego en presencia del uso de terapias alternas (estimado a través del exponente de Beta que equivale a la razón de momios) fue de OR= 6.4 (IC 95% 1.5 a 27.3) ($p=0.01$). No hubo asociación para el resto de las variables introducidas en el modelo crudo. En el modelo ajustado, el riesgo por el uso de terapias alternas justando por el resto de las variables fue de OR=4.0 (IC 95% 1.2 – 13.9) ($p=0.03$).

Tabla 14. Evaluación de riesgos crudos y ajustados para desapego a tratamiento en un modelo multivariado

	Modelo crudo			Modelo ajustado		
	ExpB*	IC95%	p	ExpB*	IC95%	p
Uso de terapia alternas	6.4	1.5 a 27.3	0.01	4.0	1.2 a 13.9	0.03
Duración de la diabetes ≤ 5 años	6.7	0.7 a 65.9	0.1	---	---	0.2
Edad > 60 años	1.5	0.4 a 5.6	0.6	---	---	0.7
Sexo mujer	3.3	0.6 a 16.7	0.2	---	---	0.4

Se excluyeron del análisis a 52 sujetos que refirieron desapego en la evaluación basal.

*ExpB: Razón de momios obtenida mediante regresión logística.

5.2 Resultados cualitativos

5.2.1 Contexto del estudio

El padecer alguna enfermedad o patología que pone en riesgo la salud del individuo trae consigo, además del propio fenómeno de la enfermedad, una divergencia de ideas en cuanto a la búsqueda de atención para la salud. Las patologías crónicas, por su misma dimensión, incurren en acciones las cuales tienen como principal objetivo aliviar o curar la enfermedad.

Xalapa cuenta con una superficie territorial de 124,038 Km², con una población total de 457, 928 habitantes; su población refleja una amplia diversidad debido a la influencia que deviene de los pueblos y comunidades aledañas. La ciudad cuenta con fuentes de empleo, principalmente de carácter comercial. El porcentaje de población de 60 años y más para el año 2005 fue de 8.7%, situándose por arriba de la media nacional⁴⁵. Se hace mención sobre éste dato dado que, la población objeto de estudio de ésta investigación son pacientes del IMSS con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, y ésta enfermedad es caracterizada por presentarse con más frecuencia en población adulta mayor.

La población derechohabiente del IMSS para el año 2010 fue de 171, 622 personas. Este dato resulta relevante si se considera la posibilidad de que personas que no tienen derecho-habiciencia presenten una percepción de su enfermedad diferente a las personas que si cuentan con seguridad social.⁴⁸ La enfermedad es un evento para el cual las personas no están preparadas, de igual manera, el recurrir a servicios de salud para recibir atención médica ésta fuertemente condicionado por las características culturales y sociales de cada

sujeto. Condiciones económicas, familiares y sociales participan de forma dinámica en la búsqueda de curación y sanación.

Este estudio estuvo compuesto por personas de edad mayor a los 50 años, la totalidad de éstos tienen una escolaridad nula o nivel primaria. El tiempo que tiene con la enfermedad varía desde los 6 años hasta quien ha vivido con la enfermedad por más de 25 años. Las mujeres que participaron en esta investigación se dedican al hogar, mientras que los hombres se dedican a labores del campo, oficios y, en algunos casos, están jubilados. La mayoría de las personas dijo ser casado o casada, solo un sujeto señaló ser viudo. Las creencias religiosas son múltiples, siendo más común la religión católica. En todos los casos, los sujetos entrevistados referían hacer uso de algún método de cuidado alternativo.

Los roles que juegan los pacientes en sus casas son los comunes: amas de casa o padres de familia que realizan sus actividades a su ritmo, son reconocidos por sus familiares y algunos, más que otros, sienten el apoyo de su círculo familiar en cuanto a la enfermedad y los cambios de conducta que ésta implicó en un principio.

La mayoría de los pacientes entrevistados viven en zonas periféricas de la ciudad de Xalapa; cuentan con servicios públicos como agua potable, luz eléctrica, drenaje, alcantarillado, recolección de basura, así como escuelas públicas y particulares. A estas zonas se puede acceder mediante transporte público del servicio urbano.

5.2.2 Hallazgos cualitativos

5.2.2.1 Concepto de la enfermedad

El concepto que los sujetos entrevistados tienen sobre la enfermedad es variado; algunos pacientes mencionan tener miedo y respeto hacia la diabetes, sobre todo a las complicaciones y a los daños que ésta puede causar a mediano y largo plazo; se le considera como un ente que va matando poco a poco a las personas que la padecen. La concepción es distinta dependiendo del padecer de cada sujeto: aquellos que han sentido malestar general desde el diagnóstico confirmatorio la conciben como un fenómeno patológico que paulatinamente deteriora al organismo al mismo tiempo que las funciones esenciales del mismo.

Contrario a lo anterior, también se presentaron argumentos en los cuales se simboliza una despreocupación sentida por parte de los pacientes. A pesar de tener experiencias cercanas sobre la peligrosidad y la cronicidad de la enfermedad, la idea de que éste fenómeno patológico no es grave aún sigue presentándose, consecuencia de ello son actitudes poco saludables y desapego al tratamiento farmacológico. Ejemplo de ello, lo menciona la paciente Joaquina quien con sus palabras describe así a su padecimiento:

Entrevistadora: ¿Para usted qué es la diabetes?

Joaquina: “Pues... yo no, no siento... ¡vaya!, cómo te explicaré... (Murmura)... no me siento frustrada por la enfermedad esa!, como no me da mucho problema!... tratando de llevar las cosas... pausaditas, no es una cosa grave.....!”

La diabetes es concebida como una enfermedad común, que “*todo el mundo la tiene*”, y que por ello no es necesario cuidarse ni cambiar el estilo de vida, esto lleva a pensar que padecer diabetes es algo inevitable y que haga lo que se haga no se evitará que se desarrolle la enfermedad; las influencias sociales están presentes y con ellas las conductas poco ideales, presentándose así un descuido hacia la enfermedad y hacia su atención.

Miguel: “Pues para mí la diabetes es una enfermedad queeee hablando la verdad no la tomo en cuenta. Me dicen: ‘¡tas diabético, que no comas esto, que mira que esto!’ No, no, yo la verdad ya le empecé a bajar porque según ustedes me hicieron un papel ahí y yo fui a ver un doctor particular para que me hiciera análisis y me dijo: ‘¡mira lo que te dijeron allá, que estas en ceros cab.....¡...que tu comes, arrias de lo que puedes y no tienes dieta’, porque me dijo la doctora: ‘tú vas a comer tres tortillas, cuantas te comes?’ Y le dije: ‘hay doctora la verdad yo con hambre me como hasta 15 tortillas.....”

Haber tenido experiencias cercanas de personas que hayan padecido la enfermedad, sean familiares o amigos, hacen que cada individuo perciba y exprese distinto la gravedad y el desarrollo de la misma. Algunos externan sentir miedo y otros que la noticia no les causó mayor impacto, pues han vivido de cerca la enfermedad sin haberla padecido y se han dado cuenta que tener diabetes no significa necesariamente morir en un corto plazo. Una vez más la dieta es concebida como el eje principal para la subsistencia del paciente.

Carmina: “Pues fíjese que para que yo me hubiese espantado así..... nooo.... porque como mi mamá ya tenía y una de mis hermanas, pues lo tome con calma; que habría yo dicho que me espanté o ‘¡hay Jesús!’ Nooo..... Así bien tranquila pero dije haaaa.... y como me dijo el doctor ora si tiene que llevar su dieta.....”

Es difícil asumirse enfermo cuando no hay síntomas que señalen alguna anomalía en el organismo. La mayoría de las enfermedades traen consigo sintomatología que de cierta manera las predice; en la diabetes y otras enfermedades crónicas éstos avisos no están presentes hasta que hay un avance en las complicaciones. Los pacientes van conociendo la enfermedad cuando ya está presente. En algunos casos hay una sensación de tristeza, de decepción, de incertidumbre cuando los pacientes señalan el momento en que fueron diagnosticados. El impacto de saberse de repente enfermo, viene acompañado de sensaciones físicas inexplicables para el sujeto. Esto está asociado con la gravedad percibida por el paciente.

Miguel: “Pues simplemente, simplemente cuando uno no siente nada y le dicen a uno tienes azúcar, para uno es como... pus un golpe no, ¡un golpe al corazón! Porque uno se siente normal, uno se siente normal pero al sentirse uno tiene azúcar, ¿yo azúcar? Porque azúcar si yo no tengo azúcar! ¿Por qué? ¿Qué es eso? La verdad ni sabe uno qué cosa es azúcar ¿no? Y ya... con el tiempo va uno sabiendo...”

Julio: “O sea.... me sentí como que algo me bajó de la cabeza caliente, caliente y como que me empecé a poner tembloroso.....”

Los pacientes que conciben a la diabetes como una enfermedad grave y mortal la asocian a otras patologías crónicas como el cáncer; especialmente al momento de conocer el diagnóstico visualizan una muerte cercana.

Reyna: “Sí, sí a mí cuando me dijeron... en lo personal, yo sentí así, es como si me hubieran dicho: tienes cáncer, ¡dos tres meses te vas a morir!....”

Miguel: “no no no... hora si yo le pensaba que como está uno diabético, el cáncer está a un pasito.....”

5.2.2.2 Origen de la enfermedad

Se identifican dos concepciones distintas: una según la cual la persona y su estilo de vida tiene una participación activa en el desarrollo de la diabetes; para ellos la enfermedad se deriva de una vida sedentaria, por ingerir alimentos altos en grasas y carbohidratos; algunos señalan que es una patología hereditaria.

Entrevistadora: ¿qué piensa usted que desencadena la diabetes, que situaciones cree que la propician?

Rosa: “haaay..... pus yo pienso que es el sobrepeso para mí, yo no creo que sea como dicen que por un susto o un coraje no ¡no! para mí que es el sobrepeso.....!”

La otra conceptualización la señala como un mal provocado externamente, en el que poco pudo hacer la persona para impedirlo; se le asocia a situaciones desfavorables (sustos, corajes, tristezas, preocupaciones) que generan una gran impresión a la que le sigue la aparición de la diabetes. Hay una carga animista en esta idea, que le permite a la persona mantener al margen del cuestionamiento lo que en su vida cotidiana hace para cuidar su salud.

Reyna: “Yo fue uno de los peores sustos que he sentido, que un perro de ese tamaño, de esas dimensiones iba a atacar a alguno de mis hijos, entonces fue un sustazo y desde ahí siento queeee... que se me desarrolló.....”

5.2.2.3 Cambio de vida a partir de la enfermedad

La aceptación de la patología trae consigo un temido cambio de vida, pues significa adoptar hábitos difíciles de realizar, desde hacer ejercicio hasta la modificación de la alimentación. La limitación en la comida es el aspecto más

complicado al que se enfrenta una persona con diabetes: medirse en las raciones y, en muchos casos, requerir de una redistribución del recurso económico para los gastos familiares, pues consideran que seguir la dieta instruida por el médico representa un gasto extra al antes contemplado.

Reyna: “Pues sí, si cambia uno pero la verdad yo en mi persona no le he puesto mucha atención en que digo tengo la azúcar Esteee... Ya no voy a comer esto porque... incluso una ocasión si el doctor me puso a dieta, que tenía yo que bajar y me puso pura verdura.....”

Para las personas con una historia de malestares y complicaciones asociadas a la diabetes, esta se relaciona con el temor a lastimarse y, en consecuencia, con ideas de protección y autocuidado, especialmente para asegurar su productividad laboral, pues es conocido por los pacientes que el herirse o lastimarse implica un proceso de recuperación que para ellos es aún más tardado y complicado.

Julio: “Me perjudica porque no puedo hacer mis labores como deben de ser; no puedo concentrarme en muchas cosas. Porque a veces me acuerdo que estoy enfermo del azúcar Y necesito cuidarme mucho. Principalmente en los alimentos, en el trabajo, en la alimentación... en el trabajo sí, porque en la alimentación, ahí es donde depende mi vida ¿no? De no comer muchas sales, azúcares y todo eso, medirle ¿no?.....”

El cambio en la dieta diaria es el aspecto más resistido y el más padecido; en general, los pacientes entrevistados refieren haber pasado por una primera negación a modificar sus hábitos alimenticios, hasta el momento en que llegaron a reconocer su importancia, aunque aún le sigue siendo difícil cumplirla, especialmente porque el momento de los alimentos es considerado como un espacio de unión familiar, donde es inevitable no comer lo que los demás

miembros de su familia consumen. En muchos casos, no se refiere apoyo en este sentido. Sin embargo, en otros casos la familia completa ha modificado su dieta en señal de apoyo a la persona enferma.

Miguel: “Y dije no pus ya me tocó, ni hablar ¿qué puedo hacer? Entonces, pero yoo....a mí, con perdón de usted me vale bolillo que me hayan dicho eso, yo comía ¡órale! A comer heeee y a comer, esteee.... carnitas de cochino, comer carne de res, y bueno... luego el momento, llego el momento en que todo eso ya no lo comía yo.....”

5.2.2.4 Cronicidad y efectos de la enfermedad

Algunos efectos de la diabetes en el organismo son muy resentidos. Todos son importantes y causan en el paciente un grado de impacto que, dependiendo las características de cada uno, se acentúa más. En los hombres, se observa miedo asociado al aspecto sexual. La incapacidad de lograr una erección implica sentimientos de culpabilidad, coraje, desánimo, inutilidad e incertidumbre.

José:.....“Porque en primera el diabético mmm... va uno dejando de ser hombre, ya uno se siente acabado ya no hay erección casi en el diabético, ya este... muchas veces pues pienso en nosotros ya... somos adultos ya grandes, me preocupa ya ese mmm, es problema no, pero yo pienso en los jovencitos, en los jóvenes, sí, yo sufrí bastante, al principio si sufrí bastante por la cosa que empecé a sentir el cambio, pues si sufrí.....”

El paciente diabético, especialmente el adulto mayor y con historia de complicaciones, experimenta una diversidad de reacciones y sentimientos de soledad e incomprensión, con relación a sus familiares; según ellos la familia no

logra percibir o entender lo que el enfermo dice; y el mismo paciente quiere externar todo lo que sucede en él por dentro, pero no puede.

Lorena: “Yo luego así le digo a mi hija; es que quisiera que vieran por dentro, todo lo que duele, le digo porque uno no tiene la misma fuerza, no tiene uno, pus yo así les digo, por encima no me ven nada, pero por dentro estoy toda podrida le digo yaaa.... así me siento, toda que ya, nada, nada nos sirve, si es la vista, ya no veo.....”

Los pacientes perciben una aproximación a la muerte mayor a la que consideraban antes de saberse enfermos. El relacionar la incurabilidad de la patología con un desgaste paulatino del organismo perpetúa que el sujeto no le vea sentido a adoptar hábitos saludables, considerando inútil todo lo que se haga con respecto al mejoramiento de su estado de salud. Si bien es cierto que las complicaciones son irremediables, se puede lograr retrasar su aparición con un buen control glucémico, que involucra actividades difíciles de llevar a cabo.

Joaquina: “Bueno, yo he visto personas que se dejan morir. Se dejan morir! Porque... ¡Pos que sienten que ya no hay remedio! Y que... pos, ¡no hay remedio! ¡Pa’ la diabetes no hay remedio! ¡La controlan!... va uno, controladito, pero que digan “Ya se... ya se le quitó”; ¡no!.....”

No solo las consecuencias físicas son importantes, también se deben considerar las repercusiones psicológicas, ya que ocupan un campo amplio en el padecimiento de la diabetes. Expresiones de debilidad y “desguance” están acompañadas de síntomas de depresión y de angustia. Los efectos psicológicos acarrearán comportamientos poco favorables que disminuyen la calidad de vida en los pacientes diabéticos.

Reyna: "Físicamente y psicológicamente, te va consumiendo porque se siente algo por dentro, yo, yoooo....a pesar de que hago deporte, y de que trato que,.....que me voy nutriendo, porque me tomo mi malteada temprano que está cargada de nutrientes, bueno, la otra que son puros multivitamínicos, entonces esteeee....a pesar de que me sigo cuidando, en el aspecto de no decaer, por dentro me siento, hay días que me siento débil, haz de cuenta que.... de pronto incluso no sé, por la misma depresión siento mi corazón muy débil, hay días que me siento tan casada, tan agotada, tan sin ganas a veces de nada, que y a pesar de que son días que no estoy en depresión....."

Los efectos de la enfermedad son temidos por los pacientes; la diálisis es el mayor temor que enfrentan. Hay situaciones en las que se modifican las conductas una vez que ya se ha presentado alguna complicación o disfunción. Les ha costado mucho trabajo adaptarse a una vida sin los excesos alimenticios a los que estaban acostumbrados; estas personas conciben ideas de que "la enfermedad los va consumiendo" hasta acarrearles consecuencias graves.

Carmina: "pues se enferma uno de una cosa ya ve que luego los riñones también se enferman; cuando no se enferma uno de una cosa de otra o luego así las piernas a veces me duelen y los brazos también luego me dice el doctor que es por eso por la diabetes y luego unos piquetitos que me dan a veces ¡una que otra vez, no siempre! calambres también se me desarrolla porque antes no tenía yo calambres....."

Sin embargo, como ya se mencionó, algunas personas no modifican la dieta ni otro aspecto en su vida, pues no le dan importancia a la enfermedad, por lo que no resienten ni refieren los efectos de su cronicidad.

5.2.2.5 Curación y/o control de la enfermedad

A excepción de una persona, los pacientes mencionan que la diabetes es una enfermedad que no tiene cura, sólo se controla con la dieta, ejercicio y con el medicamento. El auto cuidado participa como el elemento central el cual logra reducir los niveles de glucosa en sangre hasta un nivel ideal. Situaciones externas también están presentes en el control o no control de la enfermedad, éstos incluyen desde problemas familiares hasta laborales.

Entrevistadora: ¿Cree usted que hay alguna forma de curar la diabetes?

Rosa: “Pus yo pienso que no porque dicen que solo es tratada, no curada, siiii que es tratada no curada que hay que acostumbrarse a traerla pero no tan alta ¿verdad? Normal con uno.....”

Para el único caso que refirió creer que la diabetes es curable, el aspecto religioso es la principal razón; esta persona cree que con un buen control, dieta y fe las personas pueden curarse de su enfermedad.

Entrevistadora: ¿Cree usted que hay alguna forma de curar la diabetes?

María: “Pues... pues yo creo que sí! Sí!.....”

Entrevistadora: ¿Quién le dijo esto?

María: “Pues yo creo en Dios y yo creo que él lo hace.”

Entrevistadora: ¿Cree usted que algún día pueda llegar a sanar de su azúcar?

María: Sí, síiiii....”

5.2.2.6 Condiciones para el apego al tratamiento farmacológico

El apego al tratamiento constituye una serie de acciones que tienen como meta principal mantener los niveles de glucosa en la sangre controlados. Las indicaciones terapéuticas que hace el médico familiar deben ser comprendidas y aceptadas de manera correcta, sin embargo, la idea de saber que la diabetes implica un tratamiento de por vida hace que los pacientes tomen el medicamento de forma mecánica, automática, sin tener una concepción clara de los beneficios que esta acción conlleva.

Miguel: “No, no, nada, yo la tomo hora sí que por educación, por por....porque me la indicaron sí, pero yo así que me sienta mal, no.....”

En los casos en que se cumplen con las prescripciones médicas, los pacientes reconocen el bienestar físico que provoca tomar el medicamento adecuadamente; estos casos refieren facilidad para tomar a horas específicas ya acostumbradas sus medicamentos.

Patricia: “Sí, si me ayuda a controlarla, por lo menos lo que llevo ahoritaaa... bien.....”

Julio: “Yo creo, pienso que a lo mejor si me ha hecho provecho, porque ya tengo más de 20 años de azúcar ¿no? y pus estoy normal, vaya, yo me siento normal.....”

En estos casos, se refiere contar con el apoyo de una figura familiar, que está presente en el proceso de la enfermedad y su tratamiento, ya sea porque se ha acompañado de esta persona por un largo tiempo o porque también padece la patología y se encuentra un apoyo mutuo y correspondido.

5.2.2.7 Condiciones para la falta de apego

Desafortunadamente la falta de apego está presente en casi todos los pacientes referidos, ésta se da por diversos factores, principalmente por olvido o malestar que provoca el medicamento. La molestia estomacal que produce el hipoglucemiante provoca que no se tome el medicamento en forma adecuada desapegándose así parcial o completamente al tratamiento farmacológico indicado por el médico.

También se observa desconfianza hacia la medicina, provocada principalmente por influencia social; el paciente manifiesta un miedo infundado sobre las consecuencias de tomar el medicamento; temen padecer gastritis severa y, en ciertas ocasiones dañar el riñón por la cantidad de medicamento administrado.

José: “Pues... es dejadez mía, no me la tomo porque me choco de tanta medicina y pienso eso porque a veces algunas personas me dicen: descansa unos dos tres días porque también mucha medicina te va a causar un día algún este... un tumor, un tumor de tanta medicina, y si es cierto, tienen razón, porque hay muchas personas que padecen de tumores por la... pues de tanta medicina que les cae pesado.....”

Miguel “La doctora me dice: ¿Toma usted sus pastillas? Y le digo no doctora, ¡he de tener un santo peñonón adentro de puro carbonato! de eso que me dan las pastillas, pero si eso me ayuda, no es problema, como no tengo úlcera en el estómago, no tengo nada, pues no siento que me arda. Porque a mucha gente le hace daño la pastilla, las pastillas le hacen daño, entonces tiene gastritis. Entonces eso les mata el estómago.....”

Las personas dan más importancia a otras actividades caseras o laborales que a llevar correctamente el control y administración de sus medicamentos. La

poca confianza que se le tiene a la medicina del Seguro Social propicia que no se siga adecuadamente el tratamiento; las indicaciones del médico son olvidadas o no se muestra interés suficiente en ellas.

La incertidumbre es un factor importante dentro del apego al tratamiento, pues se señaló que, aun cuando se toma el medicamento de manera adecuada y como se lo indico el médico, sus niveles de glucosa no disminuyen, sintiendo así que el medicamento no le sirve, y resulta de manera inútil el seguirlo tomando. Los problemas emocionales y/o personales también son elementos que fungen como distractores para tomar la medicina de forma correcta, se le toma más importancia a éstos problemas que al cuidado de su enfermedad.

5.2.2.8 Origen del uso de las terapias alternas

La necesidad de controlar la enfermedad y de hasta lograr una sanación de los malestares y males colaterales lleva a los pacientes diabéticos a recurrir a terapias alternas. Si bien saben que el medicamento prescrito por el médico familiar es el principal elemento para mantener niveles de glucosa ideales, también buscan, por otro lado, remedios y tratamientos que les aseguran nivelar el azúcar en la sangre. En este estudio, sólo un paciente señala no administrarse ningún tipo de tratamiento farmacológico, sustituyéndolo por completo con la terapia alterna.

Una idea de sanación tiene su origen en el reciente diagnóstico de diabetes, pues, según mencionan, se puede desaparecer si apenas ha sido diagnosticada, y con el uso de terapias alternas, esto se ve más señalado. En este sentido, la influencia social y/o familiar está presente, pues la mayoría de

pacientes manifiesta haber empezado a tomar medicina alternativa debido a recomendaciones de amigos y/o familiares.

“Rosa:.....Me dijeron mis hermanos: ésto es muy bueno y si te está empezando a lo mejor ya después ni la tienes.....”

El uso de terapias alternas también se inicia asociado al efecto de los medios de comunicación y la mercadotecnia; los productos alternativos se ofrecen con beneficios irreales, casi mágicos y esto se asocia con la necesidad imperiosa de las personas por sentirse bien, restablecer el estado familiar y personal que tenían antes del diagnóstico.

Carmina: “Ah! pues no ve que comooooo.....o lo estaban anunciando que era naturista y luego pensaba yo que lo tomaré o lo voy a conseguir, pero trataba de conseguirlo pero no podía porque siempre se terminaba donde lo iba a buscar y ya esteeeee después como uno de mis hermanos también tiene azúcar me dijo que él se la estaba tomando y que había salido bien.....”

Concebir la medicina alternativa como algo natural fue un elemento esencial para empezar a utilizarla, dado que se tiene la concepción de que lo natural siempre hace bien o es bueno para el organismo. Las cosas naturales son vistas como un recurso que puede ser utilizado para mitigar males que afectan a las personas. Bajo este razonamiento el paciente o sus propios familiares buscan el tratamiento natural para complementar las indicaciones médicas.

Esposa de Don Julio: “.....y es que le buscan, una cosa u otra, el chiste es que se componga.....”

5.2.2.9 Efectos benéficos de la terapia alternativa

El bienestar que produce este tipo de tratamiento es una característica que crea la necesidad de que se sigan utilizando, pues según los pacientes, sienten un bienestar en su cuerpo debido a la ingesta de tés u otros remedios para mitigar sus enfermedades. La sensación de bienestar está acompañada por el pensamiento de que los tés limpian por dentro, son como un baño interno que lava el cuerpo y lo libra de elementos que pueden estar dañándolo.

Patricia: “Pues yo, yo digo, en mí siento que si me funciona porqueee pus yo me siento ¿no?, por ejemplo los tés es para, siento que para controlarme y estee los demás pues me dan energíaaa, estee me siento bien; he escuchado que el Noni pues es bueno para muchos problemas de salud y el herbalife pues también....”

Joaquina: “Porque... yo le tengo mucha fe al té que tomo... Y con eso me siento bien! Me tomo un té y santo remedio! No siento... ¡nada!... y así como le funcionó a mi mamá, yo me lo voy a tomar! ¡Con fe! y con..... pero sí me funcionó... tan me funcionó que aquí estoy.....”

La confianza que tienen sobre estas terapias está representada como una fuerza religiosa, una creencia que con sólo tenerse fervientemente logra disminuir los estragos de la enfermedad. Quienes refieren una fuerte fe religiosa y en los beneficios de los productos naturales o los tratamientos alternativos pueden, incluso, reconocer el beneficio también de combinarlo con el medicamento prescrito por el médico.

Julio: “Yo creo que la creencia, más que nada, en la fe, porque pues yo digo que cuando está uno enfermo, ya con lo que le den a uno, se toma uno.....”

Cuando se toma el té o el remedio alternativo, se tiene una idea o imagen de que es algo que purifica y limpia el organismo. La diabetes es una enfermedad que contamina, y para ello se necesita limpiarse por dentro.

Reyna: “Limpia, limpia, nos dicen a nosotros ahí donde lo venden, porque voy a juntas de información, nos dicen que este es como un baño como quee... nos dicen que así como te bañas por fuera, también por dentro tu té te vas a limpiar, te va limpiando todo, y te dan ganas de ir al baño.....”

5.2.2.10 Complementariedad o alternativa al tratamiento farmacológico

Los pacientes contemplan a las terapias alternas como un elemento complementario que, junto con el tratamiento farmacológico, ayudan a mantener los niveles de glucosa óptimos. Sin embargo, también se ha contemplado el sustituir por completo el tratamiento farmacológico por las terapias alternas, manifestando que se tiene mucha más confianza en los tés, yerbas u otros remedios que a la medicina que receta el médico. Cuando señalan que la terapia alterna es buena, mencionan no sentir ningún malestar, la ausencia de dolor significa que la terapia alterna, en conjunto con el tratamiento farmacológico está haciendo efecto. Si algo no anduviera bien, los síntomas se presentarían de inmediato.

María: “Y... por lo mismo que es natural me siento bien.....”

Miguel: “Pus yo pienso queeeee, tanto la pastilla, tanto las pastillas como hee...los tecitos me van ayudando, me van ayudando.....”

Las personas señalan estar conscientes de que, a pesar de que se haga lo que se haga y se busquen diversos remedios, la enfermedad permanecerá en ellos y el recurrir a éstas terapias solo y únicamente servirá como control.

Julio: “¡Sí!, si ayudan los teces si ayudan ¡cómo chingaos no!, pero le vuelvo a repetir, para azúcar no creo, yo ya yo ya he hecho, el té es un control nada más. Igual que la pastilla, yo sé que esa es ya de por vida ¿no? que me la voy a estar tomando, pero yo sé, estoy seguro que el azúcar jamás se me va a quitar....!”

Contrario a quienes refieren confiar en la efectividad de los tratamientos en su conjunto, hay argumentos que señalan que un tratamiento le quita la efectividad a otro, ya sea por su concentración, su sabor, su funcionamiento, etc.

Julio: “Yo creo que le disminuye la fuerza a la medicina, ha de ser más fuerte lo amargo que esto.....”

Rosa: “Yo siento que no porque pus no es una cosa que tome uno muy cargado que digamos le puse el montón de hojas no nada más dos hojitas y ya.....”

Como ya se mencionó, sólo un caso de las personas entrevistadas utiliza los remedios alternos como sustitutos de los medicamentos recetados por el médico, pues se les tiene más confianza; considera que algo natural no provocaría reacciones adversas como gastritis, diálisis, etc.

El abandono o desapego también se presenta en las terapias alternas; el sabor es la principal característica que influye de forma más directa para que se produzca el abandono. De igual forma, el conseguir la planta u otro remedio dificulta su uso continuo, provocando el abandono temporal o permanente.

5.2.3 Discusión

El uso de terapias alternas y complementarias es cada vez más común entre la población; la finalidad de recurrir a este tipo de tratamientos es mitigar los síntomas y tratar de retardar las complicaciones devenidas por la enfermedad. En este proceso de búsqueda de complementos alternos, existe un elemento que constantemente se ve afectado: el apego al tratamiento farmacológico.

Como se vio en el marco referencial de este trabajo, se han realizado diversas investigaciones que miden el apego al tratamiento en pacientes con alguna enfermedad crónica. Para ello se utilizan instrumentos como el cuestionario de Morisky-Green, para medir la frecuencia de desapego en general al tratamiento para la diabetes. Este estudio evaluó a 102 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que fueron seguidos durante dos años (de 2009 a 2011). Del total de estos, 54 personas mencionaron haber hecho uso de terapias alternas (52.9%) refiriéndose a las terapias bioquímicas como aquellas que fueron las más utilizadas por los pacientes.

En general, el apego al tratamiento disminuyó en la segunda evaluación con respecto a la primera en un 24%. En aquellos que usan terapias alternas la disminución fue de 14%. Sin embargo, llama la atención que la mayor disminución se dio en el grupo que no usó estas terapias, en casi un 39% (diferencia estadísticamente significativa).

Además de evaluar el apego al tratamiento, también se identificaron los niveles de HbA1c contrastándola con el apego mediante dos puntos de corte. La NOM-015 señala que un paciente diabético se considera controlado cuando sus

niveles de HbA1c son menores a 7%. Este estudio encontró que persiste un descontrol glucémico de éstos pacientes, demostrando así que no se están cumpliendo las metas establecidas conforme a la normatividad. Cabe señalar que las personas que mencionaron haber utilizado terapias alternas para la diabetes presentan nivel de HbA1c superior que en aquellas que dijeron no haber hecho uso de éstos recursos. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

Para el punto de corte de HbA1c $\geq 8\%$, en la evaluación basal se observó que el 66% presentaban niveles $\geq 8\%$, el grupo contrario ($<8\%$) solo fue de 38% ($p=0.006$). El uso de terapias alternas también mostro resultados similares ($p=0.05$) para la primera evaluación y ($p= 0.03$) para la segunda evaluación.

La asociación de no apego al tratamiento se estimó excluyendo a aquellos sujetos que presentaron desapego al tratamiento al inicio de la evaluación. Además del uso de terapias alternas, se compararon la presencia de eventos adversos, duración de la diabetes, edad y sexo entre aquellas personas con y sin apego. El uso de terapias alternas fue mayor en el grupo sin apego al tratamiento (31.8%). No hubo diferencias estadísticamente significativas para el resto de las variables.

En este estudio se realizó un análisis multivariado, la variable dependiente fue la falta de apego al tratamiento y las co-variadas, además del uso de terapias alternas, fueron la duración de la diabetes ≤ 5 años, edad > 60 años y ser mujer. El riesgo de presentar desapego al tratamiento en presencia del uso de terapias alternas en el modelo crudo fue de fue de OR= 6.4% (IC 95% 1.5 a 27.3) ($p=0.01$), no hubo asociación para el resto de las variables medidas. Para

el modelo ajustado el riesgo por el uso de terapias alternas fue de OR= 4.0 (IC 95% 1.2 a 13.9) ($p=0.03$).

El desapego al tratamiento se presentó en este estudio con una frecuencia alta para las dos mediciones (basal y a los dos años posteriores); 53.6% y 64.6% respectivamente, estos resultados fueron superiores a los encontrados por Kalyango N. Joan y Cols., quienes en Uganda, en el 2008, determinaron la prevalencia y los factores asociados a la no adhesión al tratamiento de la diabetes. La prevalencia de no adherencia fue del 28.9%, uno de los factores identificados para la no adhesión fue sexo (femenino).¹⁹

Otro estudio realizado en Jordania por Khattab Mayssa, en el 2010, encontró un mal control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Los resultados arrojaron que el 65.1% de los pacientes tienen niveles elevados de HbA1c, éste resultado es muy similar al obtenido en ésta investigación, donde menciona que el 66% de los pacientes presentaban niveles de HbA1c $>8\%$.²⁰

Metcalf A. y Cols. En Canadá, en el año 2010, encontraron que, de las personas diabéticas encuestadas, el 8% de ellos había recurrido al uso de terapias alternas (IC 95% 7.4-8.6)⁸. Superior a los resultados mencionados anteriormente, Abed N. en Chile para el 2010 encontró que el 64% de las personas con diabetes ha hecho uso de terapias alternas de manera complementaria para tratar su enfermedad, en esta investigación este resultado fue menor, pues la frecuencia del uso de terapias alternas fue de 54, lo que representa el 53.5%⁴⁶.

En el 2006, en Taiwan se realizó un estudio transversal donde se exploró el uso de terapias alternas en pacientes diabéticos. Los participantes informaron un

extenso uso de estos recursos. La prevalencia de uso de terapias alternas en personas diagnosticadas con diabetes mellitus fue de 61%⁴⁷; de forma similar, en una investigación llevada a cabo en Arabia Saudita se encontró una prevalencia de uso de terapias alternas del 64%.⁴⁸ Estos resultados son superiores a lo encontrado en este estudio (53.5%).

En el año 2001, Durán Varela y Col. en México realizaron un estudio transversal donde se determinó apego al tratamiento de diabetes en 54%, éste fue mayor comparado con el resultado de esta investigación con 35.4%. También se reveló que de los 140 pacientes, 49.2% estaban apegados al tratamiento y usaban terapias alternas.¹⁷ En nuestro estudio, de las 53 personas que han usado terapias alternas 30.2% estaban apegadas al tratamiento.

Diversidad de estudios han identificado la asociación entre apego/desapego al tratamiento y el uso de terapias alternas. Cabe mencionar que, si bien la mayoría de los análisis estadísticos no fueron significativos, se logra ver una disminución al apego en los tres grupo: general, los que usan terapias alternas y los que no.

Los resultados cualitativos son ilustrativos de la necesidad de profundizar y comprender en mayor medida las necesidades, creencias y expectativas del paciente diabético con respecto no sólo a la enfermedad como ente biomédico, sino al malestar, al padecimiento experimentado a partir de su diagnóstico y a lo largo de su tratamiento.

Los resultados estadísticos del estudio señalan que el apego al tratamiento disminuyó al paso de dos años, tanto en las personas que usaron terapias alternativas, como en las que no; la fase cualitativa del estudio permitió

acercarse a las razones de los sujetos del primer grupo, confirmando en lo general, lo señalado por el abordaje teórico de la antropología médica¹² y por el modelo de creencias en salud¹⁴ con relación a que el sujeto enfermo responde a su enfermedad y a las medidas de tratamiento en función de una compleja interacción de ideas, patrones culturales y percepciones sobre su nivel de vulnerabilidad ante la enfermedad.

Los pacientes diabéticos construyen ideas en torno a la enfermedad y a su padecimiento, identificadas en dos potenciales polos opuestos: se trata de una cercana amenaza de muerte, un doloroso riesgo contra el que poco se puede hacer; o bien, se trata de una dolencia que se puede mantener al margen de su vida cotidiana en la medida que la persona le reste importancia, continúe sus actividades y, si acaso, atienda en mínima forma a las indicaciones médicas. Tal como Menéndez y la antropología médica lo señalan¹³, las personas tienen formas subjetivas de entender y vivir la enfermedad; sus ideas en torno a ella parecen en ocasiones irracionales, pero responden a concepciones construidas por el grupo social y familiar en torno al rol de la persona, lo que se espera de ella, lo que se cree en torno al origen de la enfermedad y, en consecuencia, a las formas de resolver el problema.

El discurso recuperado permite confirmar lo que el modelo de creencias en salud¹⁴ señala respecto a que quienes conciben que la diabetes es una enfermedad severa, capaz de generar síntomas y secuelas dramáticas, quienes han tenido experiencias con familiares diabéticos y, por lo tanto, se piensan o sienten en riesgo de padecerla, son más susceptibles a apegarse al tratamiento; quienes refieren una alta motivación hacia mantener un estado saludable, que les permita ser autónomos, independientes, activos laboralmente, buscan la sanación tanto con el tratamiento farmacológico como con las terapias alternativas, tipo tés naturales y productos bioenergéticos.

Un elemento que las entrevistas permitieron observar –aunque no se tenía contemplado indagarlo a profundidad- es que en el grado de apego que el paciente muestre al tratamiento participa en alguna medida el tipo de relación que mantiene con su médico familiar, así como la calidad y suficiencia de la asesoría que recibe en materia de la naturaleza, características y consecuencias de la enfermedad, o en los beneficios y efectos del tratamiento. Las personas refieren no sentir confianza con el médico para plantearles inquietudes, preguntarles o incluso confiarles que están haciendo uso de terapias alternativas; guardan silencio, ocultan detalles y se quedan con dudas. Ninguno de los estudios revisados considero la calidad de la asesoría médica, el nivel de empatía o la comunicación entre paciente y médico, como factores significativos que participen en el desapego al tratamiento.

El conocimiento que se tenga sobre las enfermedades que aquejan a la población es un factor importante para saber cómo manejarla adecuadamente, esto, con apoyo de las instituciones de salud podría ser una herramienta para lograr disminuir la incidencia de las mismas, o en su caso, retardar las complicaciones que repercuten en el estado anímico, psicológico y físico del paciente. Aquellos sujetos que mencionaron tener conocimiento sobre la diabetes, reflejan un cierto grado de entendimiento de su enfermedad y con ello afirman que tienen como cierto compromiso el “tener controlada la azúcar”.

Los resultados estadísticos señalan que el 53% de la población estudiada usa terapias alternativas; cifra mayor que la encontrada por otros estudios en nuestro país (de alrededor del 42%).²³ Entre los factores frecuentemente relacionados con el uso de tratamientos alternos en el caso de la diabetes y otras enfermedades crónicas se mencionan las creencias y el deseo de evitar

los efectos secundarios de los medicamentos; los resultados cualitativos de nuestro estudio lo confirman; la influencia social y familiar también es un elemento encontrado, ya sea bajo la invitación de familiares a consumir los productos, o por observar directamente los beneficios en otras personas.

El peso de las creencias y las ideas propias en torno a la severidad de la enfermedad, al riesgo de los medicamentos o a los beneficios de un tratamiento alternativo se confirma en los casos donde los pacientes expresan sentirse bien y mantenerse saludables a partir de llevar su tratamiento médico en combinación con alguna terapia alternativa; la realidad es que en algunos casos, esas personas están más descontroladas que quienes no usan terapias, pero ellas no lo identifican ni lo asocian con los productos que consumen.

La mayoría de los pacientes entrevistados señalan profesar la religión católica, esto es entendido como un recurso alterno y complementario al tratamiento farmacológico, pues como lo señala Kemper la fe, manifestada por la oración constante, es una forma de terapia alternativa clasificada en el grupo de terapias bioenergéticas. Una paciente concibe su enfermedad como controlada y, que con la gracia divina puede llegar a curarse por completo.

María: “..... Pues la diabetes es una enfermedad, así, incurable, que nada más se controla... y si, y si sana uno es por una gracia de Dios tan grande y maravillosa, que se pueda quitar... definitivamente.....”

La ideología, perspectiva y forma de pensar de las personas es muy variado, sin embargo logran identificarse ciertos patrones que describen a la diabetes, su origen o causalidad, formas de curación, tratamiento farmacológico,

adherencia, no adherencia y uso de terapias alternas. Le descripción cualitativa de éste estudio es un parte aguas para poder realizar futuras investigaciones que traten de analizar el comportamiento de la gente ante un padecimiento tan común como lo es la diabetes y, cuales son las razones que los conducen a no apegarse al tratamiento adecuadamente.

5.2.3.1 Fortalezas y aportaciones generales del estudio

Entre las fortalezas del estudio se cuentan el apoyo financiero para la adquisición de reactivos y material para extracción hemática, así como la colaboración de personal de pregrado del área de química clínica que apoyó en el análisis de las muestras, y el respaldo institucional de la unidad de salud.

Una fortaleza importante del estudio fue su propio diseño que permitió dar seguimiento a los pacientes durante las dos evaluaciones y con ello responder a los objetivos de investigación, además de que se obtuvo información para realizar posteriormente informes sobre la evolución de la cohorte.

Entre sus aportaciones en el corto plazo, fue haber realizado HbA1c y entregar los resultados a los pacientes. Cabe señalar que al momento de incluir al paciente y explicar en qué consistía el estudio, algunos de ellos mencionaron que el médico particular les había indicado que se realizaran la prueba de HbA1c (éste análisis no se solicita en la Unidad Médica porque el laboratorio no cuenta con este tipo de prueba). Esta prueba se realizó sin costo alguno y es de gran utilidad para el médico tratante en la toma de decisiones en el tratamiento terapéutico.

Se considera que la información obtenida en esta investigación genera conocimientos que pueden ser de utilidad para el personal de salud de la clínica 66 de IMSS, especialmente en materia de decisiones y estrategias que contemplen medidas para incrementar la frecuencia de apego al tratamiento, la cual ha venido disminuyendo con el paso del tiempo; así como la consideración del papel que juegan el uso de terapias alternas en el grado de apego a las prescripciones medicas y al control glucémico del paciente diabético.

5.2.3.2 Limitaciones generales del estudio

El tamaño original de la cohorte fue de 321 pacientes. Debido al tiempo con el que se contaba para realizar la tesis, se decidió a priori incluir al menos a 100 pacientes de la cohorte original, por lo tanto se hizo una búsqueda de pacientes a conveniencia, captándose conforme tuvieran sus citas programadas a medicina familiar.

A pesar de que se seleccionó una muestra no probabilística, los resultados obtenidos son similares que al de otras investigaciones. Se recomienda continuar con el seguimiento de la cohorte y aumentar el tamaño de la muestra para posibles futuras investigaciones.

Los sesgos de información también pudieron haberse presentado, los auto reportes permiten que los pacientes plasmen en el instrumento una respuesta ideal o correcta, según ellos. A pesar de esto, este sesgo no debió de haber interferido en la asociación entre las variables.

Se reconoce que el tamaño y estructura del muestreo cualitativo debió ajustarse, en función de necesidades operativas (insuficiente tiempo para su realización, transcripción y análisis). La reducción de entre 15 y 20 entrevistas deseables –para alcanzar la saturación del discurso- a 10 realizadas, disminuyó la heterogeneidad de los sujetos seleccionados, en función de características sociodemográficas que permitieran en la recuperación del discurso mayor riqueza y oportunidad para identificar patrones más sólidos en la información, posibles diferencias entre subgrupos del tipo social o coincidencias.

5.2.4 Conclusiones generales del estudio

Con relación a la fase cuantitativa y cualitativa del estudio y sus resultados, se concluye que:

- El apego al tratamiento disminuyó en 14% entre la primera y la segunda evaluación, siendo esta disminución mayor en aquellos que no usaron terapias alternas.
- La falta de un control glucémico con valores de HbA1c $\geq 7\%$ aumentó de la primera a la segunda evaluación. De igual forma, para valores de HbA1c $\geq 8\%$ también hubo un incremento entre la primera y segunda evaluación.
- El apego al tratamiento es un fenómeno dinámico en donde hay interacción de diversos factores que pueden favorecer a que la persona se desapegue a su tratamiento, tales como resistencia al cambio de estilo de vida, malestares físicos provocados por el medicamento, temor a sus efectos, olvido y falta de apoyo familiar, desinterés por su propia salud y una percepción de no ser vulnerables o no estar en riesgo ante la enfermedad.
- La forma como los pacientes reaccionan a la enfermedad está directamente relacionada con sus ideas, creencias y temores acerca del origen, la severidad y los efectos de la diabetes; de igual manera, el camino que busquen para su sanación, la atención que presten a las prescripciones médicas está influida por esas ideas.
- El apoyo y acompañamiento familiar, especialmente de las parejas es un elemento importante en el apego o no del paciente diabético al tratamiento.
- El uso de terapias alternas se asoció significativamente con la falta de apego al tratamiento.

- Los resultados reflejan que en ambos grupos estudiados –con y sin uso de terapias alternativas- disminuyó el apego al tratamiento farmacológico; también señaló que los pacientes que usan terapias alternativas están más descontrolados que quienes no las usan; la antropología médica señala que la base del apego está en la forma como la persona entiende la enfermedad y el tratamiento, elemento semejante a las razones para acudir a terapias alternas, que tienen un enfoque más holístico, natural e incluso religioso; todo ello reitera la importancia de que los profesionales de la salud consideren los aspectos individuales y socioculturales del paciente, en la definición y ejecución de medidas para la atención y prevención de la enfermedad.

5.2.5 Recomendaciones generales del estudio

1. Realizar estudios similares con la población de pacientes diabéticos, con muestras más grandes que permitan abundar en el comportamiento del apego al tratamiento farmacológico, según otras variables como tipo de seguridad social.
2. Continuar con el seguimiento de la cohorte.
3. Ampliar las investigaciones a la adherencia del diabético a los diversos elementos de su tratamiento integral.
4. Realizar informes dirigidos a los tomadores de decisiones y directivos del IMSS sobre las investigaciones realizadas en esta unidad de medicina familiar de la ciudad de Xalapa.
5. Instaurar la medición de HbA1c como parte del control glucémico del paciente diabético.
6. Favorecer que el personal de salud procure una mayor comunicación y confianza con los pacientes, a fin de que les proporcionen información real y oportuna sobre el seguimiento que están haciendo de las prescripciones médicas, así como de sus posibles dificultades para seguirlas o de sus razones para acudir a medidas terapéuticas de apoyo.
7. Fortalecer el trabajo de los grupos de autoayuda, enfatizando la importancia de que permitan al paciente comprender las consecuencias de su desapego y descontrol glucémico.
8. Que el personal de salud de la clínica del IMSS tenga más conocimiento sobre el uso de terapias alternas utilizadas por sus pacientes, a fin de que esta situación se maneje como un apoyo para el apego al tratamiento.
9. Un estudio cualitativo con un número mayor de muestreo permitirá contemplar más discurso el cual puede aportar mayores conocimientos en torno a las motivaciones de los pacientes para acudir de forma complementaria o sustitutiva a otras terapias curativas.

Anexos

Anexo 1

Calendarización del estudio

Fechas 2011	Actividades de la Fase	
	Cuantitativa	Cualitativa
Diciembre	Autorización del protocolo	Autorización del protocolo
Enero	Identificación de los pacientes y revisión de expedientes	Piloteo de instrumento y selección de potenciales informantes
Febrero	Toma de HbA1c (Hemoglobina Glucosilada) y aplicación de instrumentos	Entrevistas y transcripción
Marzo	Plan de Análisis SPSS V.18	Entrevistas y transcripción
Abril	Análisis de la información	Codificación
Mayo	Resultados preliminares	Análisis de la información
Junio	Preparación de Resultados Finales	Análisis de la información y preparación de resultados
Julio	Revisión y redacción final	Redacción de reporte final del estudio

Anexo 2

Descripción de las co-variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Fuente	Escala de medición
Duración de la Diabetes < 5 años	Tiempo transcurrido entre el diagnóstico de la enfermedad y el tiempo actual. Factor determinante para la adherencia terapéutica. ⁷	Paciente que al momento de encuestarlo señalara padecer diabetes no más de 5 años	Instrumento de recolección de datos	Discreta
Edad >60 años	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista. (mayor a 60) ⁸	Paciente que al momento de encuestarlo señalara tener 60 años o más	Instrumento de recolección de datos	Discreta
Sexo femenino	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres. (en este caso femenino). ⁴	Paciente que al momento de encuestarlo refiriera sexo femenino	Instrumento de recolección de datos	Nominal dicotómica
Eventos adversos	Factor relacionado con el medicamento que influye directamente sobre la falta de apego al tratamiento. ⁵	Paciente que al momento de encuestarlo refiriera presentar eventos adversos por el medicamento	Instrumento de recolección de datos	Nominal dicotómica

Fuente: Elaboración propia

⁷ <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>

⁸ <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/glogen/default.aspx?dg=s>

Anexo 3

Procedimiento para la toma de hemoglobina glucosilada

En el momento en que los pacientes eran identificados, se les aplicaba el instrumento de recolección de datos, posteriormente se les daba un citatorio para que acudieran a realizarse la toma de muestra hemática en el día y la hora señalados, para esta actividad se contó con el espacio del consultorio 23. Cuando llegaban los pacientes, se procedía a realizarles la antropometría y la toma de muestra de sangre.

Para la toma de muestra, se conto con tubos EDTA, para que posterior a la toma de sangre, se procediera a analizarla en el laboratorio de Ecología y Salud del Instituto de Salud Pública. Los análisis de la muestra hemática para determinar el valor de hemoglobina glucosilada se hizo mediante el Equipo DCA 2000. El análisis se basa en un método de inmunoaglutinacion de partículas de látex. Cada caja tiene un código de barras para ser reconocido por el equipo para su calibración, de igual forma, cada cartucho cuenta con su código para que también sea leído y reconocido por el equipo.

El DCA 2000 cuenta con una cámara de reacción donde se llevan a cabo las reacciones químicas correspondientes. El equipo debe trabajar a una temperatura adecuada y bajo una correcta manipulación por parte del investigador, ya que el sobrecalentamiento del mismo o mal manejo por parte del personal puede provocar reacciones que afecten el funcionamiento del aparato. Una vez que se ha introducido el cartucho con la muestra correspondiente, deben pasar 6 minutos para que en la pantalla del equipo aparezca el resultado de HbA1c.

Recursos materiales para la toma de la muestra:

- Tubos con EDCA
- Holders
- Agujas
- Alcohol
- Torundas
- Ligaduras
- Recipiente para torundas
- Gradillas para tubo de ensaye

Anexo 4

Carta de consentimiento informado para participar en protocolos de investigación clínica

Xalapa, Ver., a ____ de _____ de 2011

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: **Grado de adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 66 del IMSS y sus creencias sobre el uso de medicina alternativa**, que investigadores del Instituto Mexicano del Seguro Social y de la Universidad Veracruzana tienen autorizado para su desarrollo, registrado ante el Comité Local de Investigación con el número _____.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Identificar los factores que se asocian a niveles altos de glucosa en pacientes diabéticos tipo 2 que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

EN QUÉ CONSISTE MI PARTICIPACIÓN:

1. Contestar un cuestionario cuya información será confidencial en todo momento.
2. Permitir que se me tomen las siguientes medidas sobre mi persona: peso, talla, índice de cintura y tensión arterial.
3. Autorizo que se obtengan dos gotas de sangre capilar de los dedos medio y anular de mi mano izquierda.
4. Además, estoy de acuerdo en que se revise mi expediente clínico para recabar los antecedentes más importantes sobre mi enfermedad.

RIESGOS Y BENEFICIOS

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

a) Riesgos e inconvenientes: Derivado de la toma de una muestra de sangre capilar, que consiste en la extracción de dos gotas de sangre de los dedos medio y anular de mi mano izquierda (o derecha en las personas zurdas), puedo presentar un discreto dolor local que cederá espontáneamente y que no requerirá ningún manejo médico especializado.

b) Beneficios: Derivado de mi participación en este estudio, podré obtener los siguientes beneficios: Se me realizará una prueba que me permitirá conocer el estado de mi glucemia en los últimos tres meses así como el nivel de lípidos en mi sangre. Se me ha informado que, estos estudios no tendrán

costo alguno para mí, ni para el IMSS. Adicionalmente, esta información será muy importante para que mi médico familiar conozca mi nivel metabólico y realice posibles ajustes a mi tratamiento.

COMPROMISOS DEL INVESTIGADOR

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre mi participación, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que yo lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha asegurado que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

DATOS DE CONTACTO CON LOS INVESTIGADORES DEL ESTUDIO

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

En el **Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana**: (01 228) 8418900 Ext. 13310, con el Dr. Jaime Morales Romero

Nombre y firma del paciente: _____

Nombre y firma del investigador: _____

Nombre y firma de los testigos:

Anexo 5

Cuestionario de Morisky-Green

FECHA: _____ NÚM. DE CUESTIONARIO: _____

Instrucciones: Escriba con un bolígrafo los datos que se le piden en las líneas, en los puntos de opción marque con una "X" la opción que más se aproxime a su respuesta. Todos los puntos tienen que ser contestados. La información es confidencial. Gracias por participar.

1. ¿Durante el último mes, ha olvidado tomar los medicamentos para la diabetes mellitus tipo 2?

(SI) (NO)

2. ¿Durante el último mes, tomó los medicamentos a la hora indicada?

(SI) (NO)

3. Durante el último mes, cuando se sentía bien, ¿dejó alguna vez de tomar sus medicamentos?

(SI) (NO)

4. Durante el último mes, si alguna vez le sentaron mal, ¿dejó de tomar su medicamento?

(SI) (NO)

En caso de que en el último mes, no haya tomado sus medicamentos como su médico se lo indicó, por favor describa los motivos que tuvo para ello (puede anotar más de uno)⁹

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____

⁹ Gil V, Pineda M, Martínez JL, Belda J, Santos ML, Merino J. Validity of 6 indirect methods to assess treatment compliance in arterial hypertension. Med. Clin. (Barc) 1994; 102(14):532-6.

Anexo 6

Cuestionario de terapias alternas

Fecha _____ No. de Registro: _____ AT

Instrucciones: Escriba con bolígrafo de tinta oscura los datos que se le piden en las líneas, en los puntos de opción **marque con una “X”** la opción que más se aproxime a su respuesta. La información es confidencial. Gracias por participar.

1. ¿Durante el último mes, usó tratamiento alternativo para tratar su diabetes?
(SI) (NO)

2. Durante el último mes, ¿usó tratamiento alternativo para apoyar o complementar el tratamiento que su médico le indicó para diabetes **sin interrumpir** su tratamiento médico?
(SI) (NO)

3. Durante el último mes, ¿ha usado tratamiento alternativo **para sustituir por completo o disminuir en parte**, el uso de los medicamentos para su diabetes?
(SI) (NO)

4. En caso de haber contestado “SI” a cualquiera de las dos preguntas anteriores describa, ¿cuál fue el tratamiento alternativo utilizado para tratar su diabetes durante el último mes?
 - a) _____
 - b) _____
 - c) _____

Anexo 7

Guía temática para entrevista semiestructurada con pacientes diabéticos que utilizan medicina alternativa

Mi nombre es Guadalupe Camarillo Guzmán y estudio en el Instituto de Salud Pública, de la Universidad Veracruzana; le agradezco su participación en este estudio, que tiene como fin explorar las ideas y creencias que personas como usted tienen acerca de su enfermedad, del tratamiento médico y de algunas otras medidas terapéuticas utilizadas para su control; es importante que usted sepa que la información que me proporcionará será confidencial, es decir, su nombre y el de cualquier otra persona que usted mencione permanecerá en el anonimato, aunque sus palabras y experiencias si son muy importantes en el estudio, por lo que le pido su permiso para grabar. Si está de acuerdo con lo anterior, agradeceré por escrito su disposición a colaborar.

Dados de identificación:

Sexo, Edad, Estado civil, No. hijos, Escolaridad, Profesión y/o actividad en la que trabaja, Dirección, Tiempo con la enfermedad, Religión.

La enfermedad

Concepto de la enfermedad

1. ¿Para usted qué es la diabetes?

Origen/Causalidad de la enfermedad

2. ¿Qué clase de cosas o situaciones hacen que las personas enfermen de diabetes?
3. En su caso ¿Por qué cree que enfermó de diabetes?

Diagnóstico de la enfermedad

4. ¿Cómo se manifiesta la diabetes? ó ¿Qué síntomas presentan las personas cuando enferman de diabetes?
5. Usted ¿Cuándo y cómo supo que tenía diabetes?

Cronicidad y efectos de la enfermedad

6. ¿Cambia la vida de una persona cuando enferma de diabetes? ¿En qué aspectos cambia?
7. {*Si no ha hablado de esto: ¿Cómo es su vida a partir de la diabetes?*}
8. ¿Cómo se va desarrollando la enfermedad a lo largo del tiempo?

Curación de la enfermedad

9. ¿Hay alguna forma de curar la diabetes? ¿Quién le dijo eso?

Control de la enfermedad

10. ¿Qué hace usted para conservar su salud? {*en este caso indagar sobre los hábitos alimenticios, de higiene y de activación física*}

El tratamiento

Tratamiento farmacológico y no farmacológico

11. ¿En qué consiste el tratamiento que el médico le indicó para su enfermedad?
12. ¿Cómo le ha ayudado este tratamiento durante la enfermedad?

Condiciones para la no adherencia

13. ¿Ha tenido alguna dificultad para seguir el tratamiento que el médico le indicó?
14. ¿Ha hecho algo para resolver esas dificultades para seguir su tratamiento?
15. ¿Alguien le ayuda a seguir su tratamiento?
16. {*En caso de que no haya hablado de esto: ¿Cómo le hace sentir física o emocionalmente este tratamiento?*}
17. Recuerda si alguna vez ha dejado de tomar sus medicamentos ¿Por qué los dejó? ¿Cómo se sintió? ... ¿Cómo retomó los medicamentos?

Tratamiento alternativo

Origen del uso

18. ¿Qué otros productos o tratamientos utiliza usted para atender su enfermedad?
19. ¿Cómo empezó a utilizar estos otros tratamientos? *{Aquí se indaga sobre cuándo y cómo conoció de estas otras terapias, quién le hablo de ello}*
20. *{Si no ha hablado de ello: ¿Cómo es que tiene acceso a estos medicamentos alternativos, donde los consigue o quien se los facilita?}*

Efectos/beneficios sobre la enfermedad

21. ¿Sabe usted cómo funcionan estos tratamientos o productos para atender su enfermedad?
22. ¿Cómo le han ayudado estos productos o tratamientos durante la enfermedad? *{Otra forma de preguntar lo mismo ¿Por qué utiliza estos otros tratamientos? ¿En qué le ayudan?}*
23. ¿Utiliza éste tipo de productos o cuidados para otro malestar o padecimiento diferente a la diabetes?

Complementariedad o alternativa al tratamiento farmacológico

24. ¿Cómo utiliza estos otros tratamientos, en relación con los medicamentos indicados por el médico? *{Indagar si los combina o si ha sustituido los medicamentos farmacológicos por los productos alternativos}*
25. ¿Cómo cree que se relacionan o afectan entre si estos tratamientos o productos con los medicamentos que el médico de la clínica le indica?

6 Referencias bibliográficas

- ¹ Página de la OMS. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.htm>
- ² Vélez H, Rojas W, Borrero J, Restrepo J. Endocrinología. Sexta ed. Colombia: Corporación para investigaciones biológicas; 2004.
- ³ Federación Internacional de Diabetes. Atlas de Diabetes. ¿Qué es la diabetes? (Página Web). Disponible en: <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/que-es-la-diabetes?language=es>
- ⁴ Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de diabetes mellitus en la atención primaria.
- ⁵ Zárate A. Diabetes Mellitus: Bases para su tratamiento. México: Trillas; 1989.
- ⁶ Hanko B, Kazmer M, Kumpli P, Hragyel Z, Samu A, Vincze Z, et al. Self-reported medication and lifestyle adherence in Hungarian patient with Type 2 Diabetes. Pharm World Sci. 2007 Apr; 29(2):58-66.
- ⁷ Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. Medicina tradicional. (Página Web). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/es/index.html>
- ⁸ Aedo FJ. La medicina complementaria en el mundo. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación; 2000;12:91-99. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2000/mf004d.pdf>
- ⁹ Saucedo M y cols. La práctica de la medicina alternativa una realidad en el paciente diabético en Hermosillo, Son., México. RESPYN Revista Salud Pública y Nutrición. 2006 Oct-Dic;7(4). Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/vii/4/articulos/medalternativa.htm>
- ¹⁰ Durán-Varela B. y otros. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Salud Pública de México; 2001; 43(3): 233-6. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10643311>

¹¹ Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Washington, D.C.: OMS, OPS; 2003. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf>

¹² Moreno Altamirano L. Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención. Una mirada soioantropológica. Salud Pública de México; 2007; 49(01):63-70. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10649109>

¹³ Menéndez E. El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. Revista Relaciones; 1997; 18(69):237-70. Disponible en: <http://etzakutarakua.colmich.edu.mx/relaciones/069/pdf/EduardoLMenendez.pdf>

¹⁴ D' Anello K S. Cumplimiento del tratamiento médico: aspectos psicosociales. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/14886/1/capitulo10.pdf>

¹⁵ Ehrenzweig Y. Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. Avances en Psicología Latinoamericana; 2007; 25(1):7-21.

¹⁶ Sistemas de salud tradicionales en América Latina y el Caribe: Información de base. Washington, D.C: Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública; 1999.

¹⁷ American Diabetes Association. Standards of medical care-2009. Diabetes care 2009;32 Suppl1:S13-S61. / Cohen A, Horton ES. Progress in the treatment of Diabetes type 2: New pharmacologist approaches to improve glycem control. Curr. Med Res. Opin 2007; 23:905-917.

¹⁸ Durán B y cols. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnostico de diabetes mellitus tipo 2. Salud pública de México 2001, 43(3):233-6.

¹⁹ Villareal-Ríos E, Paredes-Chaparro A, Martínez-González L, Galicia-Rodríguez L, Vargas-Daza E, Garza-Elizondo ME. Control de los pacientes con diabetes tratados sólo con esquema farmacológico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44(4):303-8. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenI.cgi?IDREVISTA=46&IDARTICULO=8809&IDPUBLICACION=970>

²⁰ Kalyango N Joan, O.E., Nambuya Agatha, Non-adherence to diabetes treatment at Mulago Hospital in Uganda: prevalence and associated factors. African Health Sciences; 2008; 8(2):67-73. Disponible en: <http://dspace.mak.ac.ug/handle/123456789/1584>

-
- ²¹ Khattab Mayssa, Al-Khawaldh Abdelkarim, Factors associated with poor glycemic control among patients with Type 2 diabetes. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 2010.
- ²² Ronny A. y Cols. Complementary and alternative medicine use and diabetes self-management among rural older adults. *Complement health pract Rev.* 2006 april 1; 11(2): 95-106.
- ²³ Cereceros Romero Ofelia, R.M.H., tortoriello García J. Uso de plantas medicinales por pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 en Morelos, México. *Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas*, 8 (5), 380 - 388, 2009. 5.
- ²⁴ J.A., G.A., Actitud de aceptación y práctica de la medicina tradicional herbolaria en el tratamiento de la Diabetes Mellitus por los derechohabientes usuarios del sistema médico familiar del hospital general de la zona número 2 del IMSS en Hermosillo Sonora. . 1986, Universidad Nacional Autónoma de México: Hermosillo, Sonora
- ²⁵ Gutiérrez Aguilar J.A. 1986. Actitud de aceptación y práctica de la medicina tradicional herbolaria en el tratamiento de la Diabetes Mellitus por los derechohabientes usuarios del sistema médico familiar del hospital general de la zona número 2 del IMSS en Hermosillo Sonora. Tesis. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto Mexicano del Seguro Social. Hermosillo, Sonora México.
- ²⁶ Adeghate E, Schattener P, Dunn E. An up date on the etiology and epidemiology of diabetes mellitus. *Ann N Y AcadSci* 2006; 1084 :1-29
- ²⁷ FID, Atlas de Diabetes. Disponible en: <http://www.idf.org/diabetesatlas>.
- ²⁸ Lerman Garber I. La atención del paciente más allá del primer nivel de atención. *Salud Pública de México*; 2007; 49(Sup.1):99-103.
- ²⁹ López-Amador KH y 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):80-6.
- ³⁰ Alfonso L. y otros. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina Integral*; 2003; 19(2).

-
- ³¹ Castro Ríos A y cols. Evaluación de un programa de educación médica continua para la atención primaria en la prescripción de Hipoglucémicos. Salud Pública de México. 2008; 50(Supl. 4).
- ³² Denzin, 1978 citado por Rodríguez, Gil y Jiménez, 2004; Álvarez Valdivia, 2004
- ³³ Mayumi Okudi B. Métodos de investigación cualitativa: triangulación. Revista colombiana de psiquiatría, 34(1). Asociación colombiana de psiquiatría. Bogotá Colombia. 2005. Pp.118-124.
- ³⁴ Hernández Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. Cuarta edición. México: McGraw-Hill; 2006.
- ³⁵ Hernández-Ávila M, Garrido-Latorre F, López-Moreno S. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública de México. 2000 Mar-Abr; 42(2):144-54.
- ³⁶ OMS, Hans Reinauer y cols. Diagnóstico y Monitorización de la Diabetes Mellitus desde el laboratorio. 2003
- ³⁷ Ingaramo R y cols. Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT). Rev Fed Arg Cardiol; 2005; 34(1):104-11. Disponible en: <http://pcvc.fac.org.ar/1/revista/05v34n1/hta/ingaramo.pdf>
- ³⁸ Mercado F. Reflexiones sobre el análisis cualitativo de los datos. El caso de los servicios de salud (109-135). En: Magalhaes y Mercado, organizadores. Investigación cualitativa en los servicios de salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.
- ³⁹ Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Morata; 2004.
- ⁴⁰ Navarrete MJ. El muestreo en la investigación cualitativa; 2000; 4(5).
- ⁴¹ Montañés, SM. Dinámica, funcionamiento y contenido de las entrevistas individuales y grupales. Universidad Complutense de Madrid.
- ⁴² Mejía Navarrete Julio. Sobre la investigación Cualitativa. Nuevos conceptos y campos de desarrollo. Investigaciones sociales Año VIII No. 13, p.p. 277-299. Lima 2004.

⁴³ Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colombia Médica, 2003; 34(3):164-7.

⁴⁴ Pla M. El rigor en la Investigación Cualitativa. Departamento de salud comunitaria. Escuela universitaria Cruz Roja. Universidad Autónoma de Barcelona; 1999; 24(5):295-300.

⁴⁵ INEGI. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?ent=30>

⁴⁶ Abed N. Burgos. Estudio cualitativo del uso de plantas medicinales en forma complementaria o alternativa con el consumo de fármacos en la población rural de la ciudad de Bulnes, Región del Bio-Bio, Chile.

⁴⁷ Hsiao-yun A. Ch. y cols. Use of complementary and alternative medicine among people with Type 2 Diabetes in Taiwan: A cross-sectional survey. Evid Based Complement Alternat Med. 201

⁴⁸ Abber J. K. The use of complementary and alternative medicine by patients with diabetes mellitus in Bahrain: a cross-sectional study BMC complement Altern Med. 2010; 10:35