



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
TESIS DE POSGRADO

CREENCIAS EN SALUD DE LAS PERSONAS CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2
HOSPITAL I NAYLAMP DE ESSALUD CHICLAYO 2018

PRESENTADA POR
ROCÍO RICARDINA MIRANDA MESÍAS

ASESOR
DR. JOAN MANUEL NEYRA QUIJANDRÍA

TESIS
PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE DOCTORA EN
SALUD PÚBLICA

LIMA – PERÚ
2020



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**CREENCIAS EN SALUD DE LAS PERSONAS CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2
HOSPITAL I NAYLAMP DE ESSALUD CHICLAYO 2018**

TESIS

**PARA OPTAR
EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTORA EN
SALUD PÚBLICA**

**PRESENTADA POR
ROCÍO RICARDINA MIRANDA MESÍAS**

**ASESOR
DR. JOAN MANUEL NEYRA QUIJANDRÍA**

LIMA, PERÚ

2020

JURADOS

Presidente: Dr. José Carlos Del Carmen Sara

Miembro: Dra. Rosa Bertha Gutarra Vílchez

Miembro: Dr. Ricardo Alberto Aliaga Gastelumendi

A los pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2, quienes día a día enfrentan la difícil batalla contra la enfermedad y que motivan el desarrollo de la presente investigación

AGRADECIMIENTOS

A Dios Todopoderoso, quien me permite gozar de salud para poder cumplir con mis objetivos académicos.

A mis amados padres, Luis y Ketty, motor y empuje para la realización de mis sueños en cada etapa de mi vida.

A Julia, mi hermana y amiga, presente desde mis primeros llantos; alegría y apoyo del día a día.

A Víctor, mi gran amor y amigo, quien me brinda aliento, seguridad y confianza para seguir ascendiendo académica y profesionalmente.

A los doctores Pedro Javier Navarrete Mejía y Joan Manuel Neyra Quijandría, asesores de proyecto y tesis respectivamente, quienes motivaron y apoyaron el surgimiento de la presente investigación.

A las enfermeras del Hospital Naylamp de Chiclayo, quienes amablemente contribuyeron con valiosa información para la tesis.

A todos ellos, mi profundo agradecimiento.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Asesor y jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. METODOLOGÍA	32
III. RESULTADOS	36
IV. DISCUSIÓN	70
CONCLUSIONES	88
RECOMENDACIONES	90
FUENTES DE INFORMACIÓN	92
ANEXOS	
1. Instrumento de recolección de datos (etapa cuantitativa)	
2. Entrevistas a pacientes con diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	

RESUMEN

Objetivo: Identificar las creencias que constituyen una barrera para el control metabólico y los factores asociados al buen control de los pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2.

Método: Se realizó un estudio mixto. El cuantitativo, es un diseño observacional, de tipo transversal y analítico, donde se encuestó a 350 pacientes sobre datos sociodemográficos, comorbilidades, tratamiento, estilos de vida y de la historia clínica se obtuvo el índice de masa corporal y hemoglobina glicosilada. El cualitativo es un diseño etnográfico y se efectuó una entrevista abierta semiestructurada a 22 pacientes, número escogido por técnica de saturación. Se realizó la grabación y transcripción manual. Se usó SPSS Statics 20 para el análisis descriptivo, bivariado y multivariado. Se empleó Chi cuadrado, se consideró el valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: El 52% tuvo un buen control metabólico. La frecuencia del sobrepeso, obesidad e hipertensión arterial fue de 57%, 19% y 48% respectivamente. 48% reportó consumir una dieta baja en hidratos de carbono, 36% realizar actividad física y 62% usar terapia complementaria. Yacón, moringa, alpiste y canela fueron las cuatro plantas más usadas. Grupo etario ($p = 0.002$), grado de instrucción ($p = 0.002$), índice de masa corporal ($p = 0.000$) y dieta baja en carbohidratos ($p = 0.000$) fueron asociadas al buen control. Acontecimientos vitales estresantes y estilos de vida no saludable son las principales creencias respecto al origen de la enfermedad. Se cree que las únicas complicaciones son microvasculares; que la ausencia de síntomas, efectos adversos y la fe de curación a través del poder de Dios justifican la suspensión del tratamiento; que la insulina es una medida extrema e innecesaria y que la actividad diaria es el equivalente a la actividad física aeróbica.

Conclusiones: Se identificaron distintas creencias que representan una barrera para la adherencia terapéutica. Los factores asociados al buen control fueron: grupo etario, grado de instrucción, índice de masa corporal y dieta baja en carbohidratos.

Palabras clave: Diabetes *mellitus*, creencias.

ABSTRACT

Objective: To identify the beliefs that constitute a barrier to metabolic control and the factors associated with the good control of patients with type 2 diabetes *mellitus*.

Method: A mixed study was carried out. The quantitative one is an observational, cross-sectional, and analytical design where 350 patients were surveyed on sociodemographic data, comorbidities, treatment, lifestyles, and clinical history. Body mass index and glycosylated hemoglobin were obtained. The qualitative part is an ethnographic design and a semi-structured open interview was conducted on 22 patients: a number chosen by saturation technique. Manual recording and transcription were performed. The information was worked on in a Microsoft Excel database and imported into the IBM SPSS Statics 20 statistical program for descriptive, bivariate and multivariate analysis. Chi square was used as hypothesis test and for the interpretation of results the value of $p < 0.005$ was considered as statistically significant.

Results: 52% had good metabolic control. The frequency of overweight, obesity and hypertension were 57%, 19% and 48% respectively. 48% reported consuming a diet low in carbohydrates, 36% doing physical activity and 62% using complementary therapy; being *yacon*, *moringa*, *alpiste* and cinnamon, the four most used plants. The variables associated with good control of the disease were: the age group ($p = 0.002$), the degree of instruction ($p = 0.002$), the body mass index ($p = 0.000$) and the low carbohydrate diet ($p = 0.000$). Stressful life events and unhealthy lifestyles are the two main beliefs regarding the origin of the disease. It is believed that the only complications are microvascular; that the absence of symptoms, adverse effects and faith of healing through the power of God justify the suspension of treatment; that insulin is an extreme and unnecessary measure and that daily activity is the equivalent of aerobic physical activity.

Conclusions: Different beliefs were identified that represent a barrier to therapeutic adherence. The factors associated with good control were age group, degree of instruction, body mass index and low carb diet.

Keywords: Diabetes *mellitus*, beliefs.

I. INTRODUCCIÓN

La diabetes *mellitus* tipo 2 es uno de los principales problemas de Salud Pública del siglo XXI, en aumento desde hace décadas a pesar del énfasis actual en educación sanitaria, detección temprana y nuevos tratamientos para su manejo y control. Millones de personas en el mundo están siendo afectadas por esta enfermedad que actualmente es considerada una pandemia según la Federación Internacional de Diabetes, referente mundial para la estimación de la prevalencia y carga de la enfermedad ⁽¹⁾. En el primer y segundo nivel de atención, el control de enfermedades crónicas como hipertensión arterial y diabetes *mellitus*, representan uno de los principales motivos de consulta.

Esta enfermedad se puede originar por una producción insuficiente de insulina por las células beta del páncreas o por la presencia de insulinoresistencia. Su morbimortalidad está determinada por las complicaciones macrovasculares (enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular) y microvasculares (retinopatía, nefropatía, neuropatía) consecuencia de la hiperglicemia crónica que genera disfunción endotelial y aceleración del proceso de aterosclerosis; convirtiéndola en una de las principales causas de enfermedad cardiovascular, ceguera, enfermedad renal y amputación de las extremidades inferiores ⁽²⁾. También puede exacerbar enfermedades infecciosas como la tuberculosis y el VIH/SIDA ⁽²⁾.

Según la octava edición del Atlas de Diabetes de la Federación Internacional de Diabetes, existen 425 millones de personas en el mundo con esta enfermedad, lo que representa una prevalencia de 8.8%. En 2017, la prevalencia en América Central y del Sur fue de 8%, es decir, 26 millones de personas afectadas por esta condición, con una proyección al año 2045, de 42 millones ⁽¹⁾.

Asimismo, alrededor de 4 millones de muertes son atribuidas a la enfermedad, lo que representa un 6.8% de mortalidad global por todas las causas. El 80% de mortalidad se produce en países en vías de desarrollo ⁽³⁾.

En nuestro país, la prevalencia es de 5.6% y el número de personas con este problema viene en aumento. Una de las principales causas según la Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicos, Socioeconómicos y Culturales relacionados con las enfermedades crónico-degenerativas, es el estilo de vida del peruano, caracterizado por un aumento del consumo de alimentos de alto contenido calórico y la inactividad física ⁽⁴⁾. Estilos de vida que promueven el sobrepeso y la obesidad, provocan alteraciones en la homeostasis de la glucosa, insulinoresistencia e hiperglicemia.

Los tres pilares fundamentales para el manejo de la diabetes *mellitus* tipo 2 son la actividad física, la alimentación saludable y el tratamiento farmacológico (con el uso de antidiabéticos orales o insulina). Sin embargo, no todos los pacientes logran alcanzar las metas de control metabólico establecidas (glucosa en ayunas menor a 130mg/dl, glucosa posprandial menor a 180 mg/dl, y hemoglobina glicosilada menor a 7%) ⁽⁵⁾.

En Estados Unidos, solo el 2% de los pacientes cumplen con todas las recomendaciones de la Asociación Americana de Diabetes; la adherencia al tratamiento farmacológico hipoglicemiante es del 75%, al plan alimentario saludable 52% y a la actividad física solo 26% ⁽⁶⁾. En países desarrollados, la adherencia se encuentra alrededor del 50% y en países en vías de desarrollo es menor ⁽⁷⁾. En nuestro país, el reporte de Vigilancia de Diabetes de la Dirección General de Epidemiología encuentra una mala adherencia al tratamiento (definida como una hemoglobina glicosilada mayor a 7%) en el 66.6% de los pacientes ⁽⁸⁾.

Las proyecciones mundiales a largo plazo no son alentadoras, el porcentaje de pacientes con buena adherencia, tampoco lo es, sobre todo en países como el nuestro. Existen estrategias implementadas para su abordaje, sin embargo, no se están teniendo los resultados esperados: la mortalidad sigue aumentando y el número de personas con reciente diagnóstico también. Tenemos que hacerle frente a este problema mediante el conocimiento a fondo de sus barreras y la elaboración de nuevas estrategias de prevención, manejo y control.

¿Qué es lo que ocurre para que los pacientes no logren un buen control de la enfermedad a pesar del conocimiento de la efectividad de los pilares del tratamiento? Algunos estudios han demostrado que el solo hecho de dar recomendaciones en términos educativos, no genera los resultados esperados en cuanto a cumplimiento terapéutico y prevención de complicaciones. Es la confianza generada en la relación médico-paciente el factor más importante e influyente en la adherencia ⁽⁹⁾. Al hablar de adherencia no solo se hace referencia al cumplimiento farmacológico, sino también, a las recomendaciones sobre cambios en estilos de vida u otras en materia de salud. La falta de adherencia intencionada o no, es un problema influido por diversos factores.

Si bien las personas con diabetes *mellitus* tipo 2 comparten la misma condición desde el punto de vista fisiopatológico; el significado en la vida de cada uno es diferente, ya que los valores, creencias y actitudes lo son. Las definiciones de salud y enfermedad se relacionan con un sistema conceptual que se transmite de generación en generación; tratar de cambiarlas significa reestructurar una idea que se ha aprendido de forma diferente y válida. Es ahí donde debemos distinguir la diferencia entre enfermedad y dolencia; no se puede esperar un cambio de comportamiento si no la conocemos. La enfermedad es la alteración estructural o funcional que afecta negativamente al paciente. La dolencia es la experiencia personal y subjetiva del paciente sobre la enfermedad que está viviendo e incluye sus sentimientos, ideas, creencias y expectativas ⁽¹⁰⁾.

Si queremos lograr que los pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2 logren un buen control de su enfermedad, el primer paso es identificar cuáles son las creencias o barreras que pueden interferir en la aceptación y adherencia a las recomendaciones proporcionadas. No es raro observar en las calles, anuncios de periódicos que aseguran la cura de la enfermedad con el uso de productos sin evidencia científica; más aún con el auge de las redes sociales, esta problemática se ha visto incrementada. Desde épocas antiguas, es frecuente el uso de medicina tradicional en el tratamiento de esta enfermedad, algunos de los productos más usados son el yacón, hercampuri, uña de gato, caigua, hoja de mora, pasuchaca, muña, cola de caballo, entre otros. Sin embargo, en nuestro país, no hay suficientes estudios que avalen la efectividad de los mismos, y muchas veces, su uso es oculto ⁽¹¹⁾.

La educación es la base del tratamiento para evitar las complicaciones. Ensayos clínicos mundiales y reconocidos como el UKPDS (United Kingdom Prospective diabetes Study), muestran la importancia de la participación activa de los pacientes en el manejo de su enfermedad, adquiriendo conocimientos sobre la misma y, sobre todo, interactuando estrechamente con el equipo de salud, para alcanzar mejores controles metabólicos ⁽¹²⁾.

Es necesario ver más allá de lo evidente, conocer al paciente, lograr una buena relación con él; la conducta de cumplir un tratamiento va a depender de las creencias que tenga sobre su enfermedad y de la confianza con su equipo de salud. Se hizo necesario este trabajo para conocer cómo es que las creencias repercuten en el logro de las metas terapéuticas de la diabetes *mellitus* tipo 2. La presente investigación nos dará una mejor visión del perfil del paciente con diabetes *mellitus* tipo 2 de un hospital del segundo nivel de atención de la provincia de Chiclayo, ciudad del norte del país culturalmente caracterizada por sus creencias mágico-religiosas y el uso de medicina tradicional para el tratamiento de una variedad de enfermedades.

Por todo lo mencionado, se planteó el siguiente objetivo general:

Identificar las creencias que constituyen una barrera para el control metabólico y determinar los factores asociados al buen control de las personas con diabetes *mellitus* tipo 2 del Hospital I Naylamp de Chiclayo.

Así como los siguientes objetivos específicos:

- Conocer las creencias sobre el origen, definición y complicaciones de la diabetes *mellitus* tipo 2.
- Explorar las creencias sobre el tratamiento farmacológico, no farmacológico y complementario o alternativo.

Como parte de la investigación se presentan los siguientes antecedentes: PERUDIAB es uno de los estudios realizados a nivel nacional que nos muestra una

prevalencia de diabetes *mellitus* tipo 2 de 7% en mayores de 25 años ⁽¹³⁾. Un porcentaje algo menor (5.5%) es el que reporta la Dirección General de Epidemiología, a través del Servicio de Vigilancia de Diabetes que se viene desarrollando desde el año 2010. Además, informa que este aumento de prevalencia es mayor a partir de los 40 años con predominio en el sexo femenino y en la zona urbana ⁽¹⁴⁾.

La mediana de hemoglobina glicosilada fue de 8.1%, marcador que refleja el promedio de glucosa de las últimas semanas y evalúa la efectividad del tratamiento hipoglicemiante. Estudios demuestran que valores menores a 7% reducen el riesgo de complicaciones macro y microvasculares de la enfermedad ⁽¹⁵⁾. Dentro de las complicaciones reportadas, 2.5% tuvieron insuficiencia renal al momento del diagnóstico, 5.6% pie diabético, 2.1% retinopatía diabética y 26% comorbilidades como hipertensión arterial, obesidad, dislipidemia, entre otras ⁽¹⁴⁾. Alrededor del 40% de los pacientes desconocen su situación por meses o años (sobre todo en las zonas rurales donde el porcentaje llega casi al 100%), por lo que la prevalencia de complicaciones al momento del diagnóstico puede ser mayor ⁽¹⁴⁾.

Otro estudio realizado en pacientes del Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima-Perú, reporta una adherencia de 68.9% en contraste con la literatura global ⁽¹⁶⁾. Esta inadecuada adherencia al tratamiento es un problema prevalente en el manejo de las enfermedades crónicas y es responsable de las complicaciones a largo plazo de la enfermedad.

En 2001, se realizó una investigación en 21 pacientes con diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2 atendidos en un centro de atención primaria de Barcelona-España, cuyo objetivo fue comprender las actitudes, comportamientos y creencias de la enfermedad. Se encontró que los pacientes se sintieron más o menos diabéticos según si usaban insulina o no y la pérdida que consideraron más importante luego del diagnóstico fue “dejar de comer algunas cosas” ⁽¹⁷⁾.

En 2003, se realizó una investigación en la ciudad de México, en 350 pacientes con el diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2. El objetivo fue evaluar las atribuciones al origen y evolución de la enfermedad. Sin importar el nivel socioeconómico “el susto” fue el origen más mencionado seguido de “el coraje”; “la herencia” fue la respuesta en pacientes del sexo masculino, con grado de instrucción secundaria como mínimo, con remuneración económica y antecedente familiar de la enfermedad. Seis de cada diez pacientes refirieron sentirse mejor gracias al medicamento. Una gran parte, no conocen el origen de su enfermedad ⁽¹⁸⁾.

En 2004, 60 mexicanos con diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2 fueron estudiados con el objetivo de identificar las creencias respecto a su enfermedad. Se encontró poco interés en el autocuidado, “el susto y el coraje” como los principales motivos del origen de la enfermedad, automodificación del tratamiento médico y complementación con herbolaria, la insulina como principal causante de ceguera, consciencia de que la alimentación inadecuada y la falta de actividad física empeoran el problema, sin embargo, hubo poco cumplimiento de ello ⁽¹⁹⁾.

En 2014 se realizó en la República Turca de Chipre del Norte, un estudio descriptivo de corte transversal en 271 pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2, en quienes aplicaron la escala de Likert para evaluar las actitudes y conocimientos acerca del uso de insulina. 60.9% fueron mujeres con una media de edad de 60 ± 32 años, 34% con un tiempo de enfermedad entre cinco y diez años, 49% con otras comorbilidades, 25% con retinopatía diabética como la principal complicación, 41% usaban únicamente insulina, 35% antidiabéticos orales y 23% insulina más terapia oral. En este estudio se encontró que el 32% de los pacientes opinó que el uso de insulina afectaría su vida social, 38% que aumentaría de peso, 54% que sería doloroso, 53% que representaría una falla al tratamiento con medicamentos por vía oral, 38% que se volvería más dependiente del médico y 75% que sería causante de depresión ⁽²⁰⁾.

En ese mismo año se llevó a cabo en Irán un estudio mixto para evaluar el nivel de conocimientos, actitudes, prácticas, autocuidado y calidad de vida de los pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2 que asistieron a un hospital universitario de Teherán. Se realizaron encuestas y se aplicaron cinco cuestionarios a 120 pacientes con edad mayor a 30 años y en tratamiento con antidiabéticos orales. La edad media fue de 56 ± 9 años. Se encontró un buen nivel de conocimiento, actitud y práctica, pero un bajo nivel de autocuidado y calidad de vida entre los pacientes ⁽²¹⁾.

De igual forma, se realizó en Arabia Saudita un estudio descriptivo de corte transversal cuyo objetivo fue evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2 hacia la medicina complementaria y alternativa. Se seleccionaron a 302 pacientes que fueron entrevistados con un cuestionario prediseñado. 43% de los pacientes pertenecía al sexo masculino con una edad media de 52 ± 11 años. La prevalencia del uso de medicina alternativa y complementaria fue de 31% de los cuales 30% usó hierbas, 21% ventosas húmedas (wet cupping) y 18% suplementos nutricionales y otras terapias. Los factores predictores para el uso de medicina alternativa fueron: pacientes con edad superior a 51 años, desempleo y conocimiento de la eficacia de la terapia alternativa ⁽²²⁾.

En 2016, se realizó un estudio cualitativo en 48 pacientes de Nepal con diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2, cuyo objetivo fue evaluar las percepciones acerca de las distintas modalidades de tratamiento.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas en pacientes que vivían en la capital (Katmandú) y en aquellos viviendo en Sidney – Australia. El 62% fueron varones con una media de edad de 56 años. La mediana del tiempo de enfermedad fue de ocho años. 46 pacientes usaban antidiabéticos orales y seis, insulina.

Se encontró que las percepciones del tratamiento fueron similares entre los participantes nepaleses en Australia y Nepal. Hubo una resistencia general a iniciar medicamentos antidiabéticos orales que fue aún mayor al inicio de la terapia parenteral con insulina, por el miedo a los efectos adversos a largo plazo de la medicación.

Los pacientes prefirieron adoptar modificaciones en sus estilos de vida y el uso de tratamientos alternativos como hierbas y medicamentos tradicionales. La falta de voluntad de tomar medicamentos se asoció principalmente con la creencia de que una vez iniciados debían ser consumidos para toda la vida. La terapia con insulina fue percibida como la "última opción". Los medicamentos antidiabéticos fueron percibidos como perjudiciales e imparables una vez iniciados.

Estas percepciones impactaron significativamente la voluntad de los participantes de comenzar un tratamiento antidiabético. Sin embargo, una vez iniciado, la mayoría tuvo fe en el efecto hipoglicemiante de los mismos. Los definieron como necesarios para vivir y evitar las complicaciones de la enfermedad. Asimismo, algunos pacientes se mostraron confusos cuando su control glicémico no era adecuado a pesar del uso de la medicación.

La terapia alternativa que fue usada por algunos pacientes fue: remedios caseros (canela, especias y verduras específicas), hierbas (flores de jazmín, calabaza) y una técnica coreana de terapia de luz infrarroja. Fue percibida mejor que la terapia convencional al ser "natural" y segura con menos efectos a largo plazo. Consideraban además que mientras más amarga la medicina, mejor para contrarrestar los efectos dulces de la elevación de la glucosa en sangre ⁽²³⁾.

Con la base de datos del estudio anterior, en 2018, se publicó un estudio cualitativo cuyo objetivo fue evaluar el impacto de la dieta en la enfermedad. Se estudió a un grupo de pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2 viviendo en Katmandú - Nepal y a otro en Sidney – Australia.

Los pacientes reconocieron a la dieta como parte fundamental del tratamiento, esta incluía: eliminación de los alimentos con alto contenido de azúcar y una reducción en la cantidad total de alimentos ingeridos. Se percibió una restricción en la dieta que generó malestar social y emocional en los pacientes. La mayoría de ellos percibió la cultura alimentaria del país como una barrera para adoptar la dieta recomendada, sobre todo en los que vivían en Katmandú. En Sidney, los pacientes informaron de una mayor disponibilidad y acceso a la alimentación adecuada y opciones de cocción más saludables. Otras barreras identificadas como significativas fueron las prácticas de alimentación durante los eventos

socioculturales. A pesar de que la dieta fue reconocida como pieza clave del manejo de su enfermedad y la mayoría de los pacientes adoptó una modificación de la misma luego del diagnóstico, reconocieron que cambios sostenidos en el tiempo eran difíciles de lograr ⁽²⁴⁾.

Respecto al uso de medicina alternativa, en la literatura se encuentra las siguientes investigaciones:

Entre los meses de abril y septiembre 2004, en los consultorios externos del Hospital General de Filipinas se realizó un ensayo clínico aleatorizado doble ciego cuyo objetivo fue evaluar el efecto de la adición de melón amargo a la terapia convencional en el control glicémico de pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2 mal controlada. Se estudiaron a 40 pacientes mayores de 18 años con niveles de hemoglobina glicosilada entre 7 y 9% quienes fueron asignados al azar a recibir dos cápsulas de extracto de melón amargo, tres veces al día después de las comidas durante un período de tres meses versus un grupo placebo.

El resultado primario fue la determinación de la hemoglobina glicosilada y de forma secundaria los niveles de glucosa en ayunas, colesterol, creatinina, transaminasas, sodio, potasio, modificaciones en el peso y efectos adversos. La disminución de la hemoglobina glicosilada fue de 0.22% a favor del grupo de intervención (IC del 95%: -0.40 a 0.84) sin embargo, no fue significativo. Tampoco hubo efecto significativo en la glicemia, colesterol total, peso, creatinina, transaminasas y electrolitos. Los efectos adversos que se presentaron fueron pocos y leves, sin embargo, no se pudo llegar a una conclusión definitiva acerca de su eficacia ⁽²⁵⁾.

En 2005, se realizó en Hannover - Alemania un ensayo clínico aleatorizado doble ciego sobre los efectos de un extracto de canela sobre la glicemia, hemoglobina glicosilada y perfil lipídico de pacientes con el diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2. 79 pacientes en tratamiento con antidiabéticos orales o dieta fueron asignados a dos grupos para tomar ya sea un extracto de canela (tres gramos en polvo) o una cápsula de placebo tres veces al día durante cuatro meses. Concluyeron el estudio 65 pacientes (44 del sexo masculino y 21 del sexo femenino), con un tiempo de

enfermedad de 7 ± 5 años. 28% usaba metformina, 12% sulfonilúreas, 5% glitazonas, 31% terapia combinada y 23% controlaba su enfermedad con dieta y actividad física. Hubo una disminución significativa de la glicemia en el grupo que recibió canela, sobre todo en aquellos con niveles más altos, con un valor de p menor a 0.05. No se observaron diferencias respecto a la hemoglobina glicosilada y el perfil lipídico. Tampoco se observaron efectos adversos ⁽²⁶⁾.

En ese mismo año, se realizó un estudio cualitativo en dos centros de salud comunitarios de Arizona – Estados Unidos que evaluó el uso de remedios herbales en las mujeres hispanas con diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2. Se realizaron entrevistas abiertas a 23 pacientes, de las cuales, 21 reportaron el uso de uno o más remedios herbales. De forma complementaria se hizo una revisión aleatoria de historias clínicas y se encontró que siete tenían información específica de plantas herbales usadas para el manejo de la enfermedad de los pacientes y 16 mostraban información general. Se identificaron 77 hierbas medicinales diferentes, las cuales fueron usadas en su mayoría de forma complementaria al tratamiento convencional ⁽²⁷⁾.

En 2011, se realizó una revisión sistemática y metaanálisis sobre los efectos de la canela en el control glicémico de los pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2. Se realizó una revisión de la literatura y se encontraron seis ensayos clínicos que reunieron los criterios de inclusión. Se examinó a 435 pacientes, quienes tuvieron un seguimiento entre 40 días y cuatro meses, con dosis de canela que fueron de 1 gramo a 6 gramos por día. El metaanálisis mostró una disminución significativa en la media de hemoglobina glicosilada y de la glicemia basal en ayunas ⁽²⁸⁾.

En ese mismo año, se realizó en una zona rural de Kerala-India un ensayo clínico aleatorizado sobre el efecto del yoga y de los grupos de apoyo en el control glicémico de pacientes mujeres con diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2. Se estudió durante un período de tres meses a 124 pacientes con edades comprendidas entre los 30 y 65 años, con niveles de hemoglobina glicosilada entre 7 y 10%, divididos en tres grupos: uno de ellos realizaba una sesión de yoga de una

hora de duración dirigida por un instructor, dos veces por semana; otro grupo de apoyo con un mentor con el diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2, seleccionado y previamente entrenado por un equipo de salud (médico, psicólogo y nutricionista), que hacía visitas domiciliarias semanales de una hora de duración a 14 de sus compañeras, seguido de una llamada telefónica y un tercer grupo control que recibió las recomendaciones generales acerca del uso de antidiabéticos orales, cambios en la dieta y actividad física de 150 minutos semanales. Los tres grupos fueron comparables al no encontrarse diferencias significativas en las características sociodemográficas ni en los niveles de hemoglobina glicosilada previos. Se encontró una disminución no significativa de los niveles de glucosa en sangre en el grupo de yoga versus el grupo de ayuda y control. Solo el grupo de yoga mostró una disminución en 0.3% de la hemoglobina glicosilada que no fue significativa. De forma secundaria se encontró una disminución significativa de los niveles de presión arterial en el grupo de yoga ⁽²⁹⁾.

Asimismo, Hanie S et al. realizaron en Irán, un ensayo clínico aleatorizado en 64 pacientes con diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2, cuyo objetivo fue determinar si el consumo de yogurt probiótico es beneficioso para mejorar el estatus antioxidante. Los pacientes fueron divididos en dos grupos de forma aleatoria, y luego de seis semanas hubo una mejora estadísticamente significativa en los niveles de hemoglobina glicosilada y glucosa en ayunas en aquellos pacientes que consumieron yogurt probiótico ⁽³⁰⁾.

En 2012, se realizó en Irán un ensayo clínico aleatorizado doble ciego que evaluó el efecto del jengibre (*Zingiber officinale*) en los marcadores de glicemia de los pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2. Durante los meses de mayo a noviembre se incluyeron en el estudio 50 pacientes no fumadores con edades comprendidas entre los 20 y 60 años, sin tratamiento de insulina, con un tiempo de enfermedad de al menos dos años, índice de masa corporal menor a 30 Kg/m² y niveles de hemoglobina glicosilada entre 6 y 8%. Se excluyeron a pacientes con otras enfermedades crónicas y con un cambio reciente en el tipo o dosis de hipoglicemiante o el uso de otros fármacos o vitaminas. El grupo de intervención recibió 3 gramos de polvo de jengibre al día durante tres meses. La comparación de los índices glicémicos mostró diferencias estadísticamente significativas entre los

grupos de jengibre y placebo: glucosa en sangre (-19.41 ± 18.83 Vs. 1.63 ± 4.28 mg/dl., $p < 0.001$), hemoglobina glicosilada (-0.77 ± 0.88 Vs. $0.02 \pm 0.16\%$, $p < 0.001$), insulina (-1.46 ± 1.7 Vs. 0.09 ± 0.34 IUI/ml., $p < 0.001$), resistencia a la insulina (-16.38 ± 19.2 Vs. 0.68 ± 2.7 , $p < 0.001$) y proteína C reactiva (-2.78 ± 4.07 Vs. 0.2 ± 0.77 mg/L, $p < 0.001$)⁽³¹⁾.

En ese mismo año, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Carolina del Norte cuyo objetivo fue evaluar el uso de tés, licuados, cápsulas y medicinas a base de hierbas de los inmigrantes latinos o hispanos con diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2. Se estudiaron a 75 pacientes a través de entrevistas bilingües. Se encontró que el 79% reportó el uso de medicina a base de hierbas para el autocuidado de su enfermedad, de las cuales se identificaron cuarenta y nueve. Los productos más usados fueron el cactus de pera, aloe vera, apio y chayote. La eficacia percibida fue variable, algunos manifestaron que “les ayudó bastante” y otros que presentaron efectos secundarios. Asimismo, el 77% de los pacientes que usaron estos remedios, lo hicieron de forma concomitante con su medicación habitual. Algunos refirieron que suelen saltar o alterar las dosis de estos últimos cuando emplearon medicina a base de hierbas. El 77% de los pacientes no revelaron el uso de medicina alternativa a sus médicos⁽³²⁾.

De igual manera, se realizó en Irán, un ensayo clínico aleatorizado sobre el efecto del consumo de canela, cardamomo, azafrán y jengibre en la presión arterial, función endotelial y medidas antropométricas de pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2. Se estudió a 204 pacientes asignados aleatoriamente a cuatro grupos de intervención que recibieron 3 gramos de canela, 3 gramos de cardamomo, 1 gramo de azafrán o 3 gramos de jengibre con tres vasos de té negro, y un grupo de control que consumió solo tres vasos de té sin ninguna base de hierbas, durante ocho semanas. No se encontró diferencia significativa entre las diferentes plantas medicinales usadas. Sin embargo, los grupos que consumieron azafrán y jengibre redujeron significativamente la presión arterial. De forma paralela se llevó a cabo otra investigación con los mismos pacientes y productos naturales buscando el efecto en los marcadores de control glucémico, estrés oxidativo y perfil lipídico.

Después de ocho semanas de seguimiento el consumo de canela, cardamomo, jengibre y azafrán redujo significativamente los niveles de colesterol total, colesterol LDL y colesterol HDL con un valor de $p < 0.05$ en comparación con los controles. Sin embargo, no hubo efectos significativos en los niveles de glicemia. De forma individual, la ingesta de canela redujo significativamente la glucosa basal en ayunas ⁽³³⁾.

Adicionalmente, se hizo una revisión sistemática actualizada sobre los efectos de la canela en la diabetes *mellitus* tipo 2. Previamente se habían realizado ensayos clínicos pequeños con resultados contradictorios y un metaanálisis no mostró resultados significativos, por lo que desde entonces hay nuevas publicaciones al respecto. Para esta revisión se evaluaron 10 ensayos clínicos aleatorizados para un total de 543 pacientes. La dosis de canela empleada fue de 120 mg/día a 6g/día durante 4 a 18 semanas. El metaanálisis mostró una disminución de la glucosa en ayunas (-24.59 mg/dl.; CI 95%, - 40.52 – 8.67 mg/dl.), colesterol total (-15.60 mg/dl.; CI 95%, -29.76 – 1.44 mg/dl.), colesterol LDL (-9.42 mg/dl.; CI 95%, -17.21 – 1.63 mg/dl.) y triglicéridos (-29.59 mg/dl.; CI 95%, -48.27- 10.91 mg/dl). También aumentó los niveles de colesterol HDL (1.66 mg/dl.; 95% CI, 1.9 – 2.24 mg/dl.). No se encontró ningún efecto significativo sobre los niveles de hemoglobina glicosilada. Hay un alto grado de heterogeneidad en los resultados (por las diferentes dosis y duración del tratamiento), por lo que su aplicabilidad se puede limitar ⁽³⁴⁾.

Se encontró otra revisión sistemática sobre el uso de camote (*Ipomoea batatas*) en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2. Se incluyeron tres ensayos clínicos controlados aleatorizados realizados por el mismo autor. Se investigaron a 140 pacientes con un rango de seis semanas a cinco meses de duración. Se comparó el efecto del camote versus placebo en el control glicémico de los pacientes y se evidenció una mejora estadísticamente significativa en la hemoglobina glicosilada con el uso de 4 gramos al día por un período de tres a cinco meses, diferencia media – 0.3% (95% de intervalo de confianza – 0.6 a -0.04); con un valor de $p = 0.02$. No se reportaron efectos adversos graves ⁽³⁵⁾.

En 2013, una investigación novedosa es la que presentó Estrada P quien realizó mediante técnicas de biología molecular y electroforesis de proteínas, la identificación de las propiedades biológicas de los péptidos de alpiste. Demostró un efecto inhibitorio dosis dependiente de la actividad de la DPP IV (dipeptidil peptidasa IV); dentro de la fisiopatología de la diabetes *mellitus* se sabe que se presenta un déficit o inacción de incretinas que favorecen la secreción de insulina. La función de la DPP IV sería la degradación de las incretinas, por lo que, las proteínas del alpiste, inhibirán esta acción, favoreciendo la presencia de incretinas. Adicionalmente, se demostró inhibición de la enzima convertidora de angiotensina y efectos vasodilatadores gracias a la producción de óxido nítrico, lo que sería útil también en el manejo de la hipertensión arterial ⁽³⁶⁾.

En 2014, realizaron en China una revisión sistemática sobre el uso de *Allium cepa* (cebolla) en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2. Se encontró efectos antidiabéticos significativos con una reducción considerable de los niveles de glucosa en ayunas ⁽³⁷⁾.

En ese mismo año se realizó en Irán un ensayo clínico controlado aleatorizado para evaluar los efectos del consumo de té de manzanilla en el índice de glicemia y el estado antioxidante de los pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2. Se seleccionaron a 64 pacientes con edades comprendidas entre los 30 y 60 años. A la mitad de los participantes se les dio té de manzanilla (3 gramos en 150 ml. de agua caliente, tres veces al día) inmediatamente después de las comidas y durante ocho semanas; el grupo control recibió agua. Se evidenció que el té de manzanilla disminuyó significativamente los niveles de hemoglobina glicosilada y de insulina con un valor de $p < 0.05$ ⁽³⁸⁾.

En 2015, se realizó en Israel un estudio descriptivo de corte transversal cuyo objetivo fue evaluar el uso de medicina complementaria y alternativa (CAM) en pacientes hospitalizados con el diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2. El objetivo de este estudio fue encontrar información sobre el uso de CAM entre los pacientes y explorar las posibles interacciones con los medicamentos usados en la terapia

convencional. Se incluyeron a pacientes que fueron hospitalizados en un servicio de Medicina Interna en Zerifin - Israel, entre el 2013 y 2014.

De 111 pacientes, el 23% reportó el uso de medicina complementaria y alternativa. No hubo diferencia significativa entre los consumidores y no consumidores en cuanto a edad, educación, ingresos, consumo de tabaco y alcohol. De los 26 pacientes que usaron terapia alternativa, solo 11 lo informaron a sus médicos.

Se encontró una interacción importante con omega 3 y antiagregantes. Otras interacciones menores se encontraron con la vitamina E, ginkgo biloba, coenzima Q10, té verde, piridoxina y diente de león ⁽³⁹⁾.

En 2016, se publicó un ensayo clínico aleatorizado doble ciego sobre el efecto del consumo de un té especial llamado “Diabetea” (medicina alternativa usada en algunos países asiáticos) en los marcadores metabólicos de pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2. El principal componente es el té negro procedente de la planta *Camellia sinensis* con un alto contenido de flavonoides; complementado con otras 12 plantas medicinales, cuyos principales efectos son antiinflamatorios y antioxidantes. Se buscaba con esta combinación un efecto aditivo y sinérgico. Se estudiaron 50 pacientes (30 hombres y 20 mujeres) divididos en dos grupos: el primero de ellos recibió tres tazas (600 ml) al día de Diabetea y el segundo fue el grupo placebo. Los pacientes continuaron usando antidiabéticos orales de forma habitual. Al cabo de 12 semanas, se evidenció una disminución significativa de la hemoglobina glicosilada y el colesterol LDL en el grupo que consumió el preparado de té especial, con un valor de $p < 0.05$. Asimismo, se observó una disminución de los marcadores inflamatorios que se midieron de forma secundaria ⁽⁴⁰⁾.

En ese mismo año, Gui Q et al. realizaron una revisión sistemática y metaanálisis para evaluar la eficacia del uso de ginseng en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2. El objetivo primario fue determinar si existió disminución de los niveles de hemoglobina glicosilada; los secundarios, glucosa basal y posprandial, insulina basal y posprandial, resistencia a la insulina y perfil lipídico; en un período de tres meses, no encontrándose disminución significativa de los niveles de glicosilada, pero sí cambios favorables en la glucosa basal, insulina posprandial y resistencia a la insulina ⁽⁴¹⁾.

En 2017, se realizó en un hospital italiano un ensayo clínico cuyo objetivo fue determinar si un “pan especial” preparado con alto contenido de fibra y bajo en almidón, mejora los niveles de glucosa posprandial y logra un adecuado control metabólico en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2.

Para ello, dividieron a los pacientes de similares características (incluyendo valores de hemoglobina glicosilada semejantes) en dos grupos: uno que recibió el pan especial y otro pan blanco, y tuvieron un seguimiento de seis meses. Se encontró que el pan especial disminuyó los niveles de hemoglobina glicosilada en 0.5% unidades absolutas versus los valores pretratamiento ($p = 0.028$) y en 0.6% respecto al grupo control ($p = 0.027$) ⁽⁴²⁾.

En ese año también se realizó una revisión sistemática y metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados publicados desde el 2008 al 2016 sobre los efectos de la suplementación con vitamina C en el control glicémico. Se evaluaron 22 ensayos y 937 pacientes. Se encontró que de forma general la vitamina C no modificó los niveles de glucosa, insulina y hemoglobina glicosilada. Sin embargo, mostró que redujo los niveles de glucosa en pacientes adultos mayores con diabetes *mellitus* tipo 2 con un tiempo de suplementación mayor a 30 días ⁽⁴³⁾.

Otro estudio publicado en el mismo año fue realizado por investigadores tailandeses que evaluaron el efecto de *Moringa oleífera* en pacientes con diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2, para ello, realizaron un ensayo clínico aleatorizado con una cápsula de 4 gramos de moringa que fue consumida por 16 pacientes versus un grupo control que recibió placebo por un período de 30 días. Al finalizar el estudio encontraron una disminución no significativa de la hemoglobina glicosilada evidenciada en ambos grupos. Adicionalmente, se observó disminución de la presión arterial sistólica y diastólica en el grupo que consumió moringa, sin embargo, tampoco fue significativo. La gran limitación del estudio fue el número de pacientes y el corto tiempo de seguimiento ⁽⁴⁴⁾.

En 2018, Padilla F et al. revisaron más de 100 artículos en donde se describían las propiedades antioxidantes de las hojas de moringa que serían útiles en el estado de estrés oxidativo observado en la diabetes *mellitus* y en la reducción periférica a la resistencia a la insulina. Todos los estudios en mención fueron realizados en roedores con hiperglicemia inducida y al cabo de un seguimiento variable en semanas, demostraron una disminución significativa de la glicemia. Se planteó que los efectos encontrados estarían en relación con los flavonoides. Asimismo, los efectos tóxicos se presentaron con dosis altas y terapias crónicas ⁽⁴⁵⁾.

En Perú, en 2009, Arroyo J et al. realizaron en Tingo María, un ensayo clínico aleatorizado doble ciego cuyo objetivo fue determinar la seguridad y eficacia de cápsulas de hojas de *Annona muricata* (guanábana) en 60 pacientes con diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2, quienes fueron divididos en dos grupos: aquellos que recibieron glibenclamida y guanábana versus los que recibieron únicamente glibenclamida, siendo seguidos por 30 días con pruebas de glicemia al inicio y al final del ensayo, encontrándose una mayor disminución de la glicemia en el primer grupo ⁽⁴⁶⁾.

En 2014, investigadores de la Universidad de la Amazonía Peruana evaluaron el efecto hipoglicemiante de *Phalaris canariensis* (alpiste) en ratas con hiperglicemia inducida. Con una muestra de 40, dividida en cuatro grupos: uno control, otro que recibió glibenclamida (grupo dos) y otros dos con dosis de un extracto acuoso de alpiste de 100 mg/Kg. (grupo 3) y 200 mg/Kg. (grupo cuatro). Encontraron una disminución significativa de la glicemia a las 24 horas en el grupo tres y a las 3, 6, 12 y 24 horas en el cuatro ⁽⁴⁷⁾. Las limitaciones observadas fueron: la evaluación del efecto inmediato de la semilla y la no determinación de los efectos tóxicos. En la bibliografía se encuentran adicionalmente otros estudios experimentales realizados en ratas con resultados similares y evaluaciones solo de efecto inmediato ⁽⁴⁸⁾.

En 2016, Gutierrez M, investigadora arequipeña, realizó un estudio experimental en roedores para comprobar el efecto de *Geranium dielsianum knyth* (pasuchaca) en

la hiperglicemia inducida. Empleó cinco roedores: el grupo A fue el control, el B recibió tratamiento con glibenclamida, el C 100 mg/kg. de pasuchaca, el D 300mg/Kg. y el E 500 mg/Kg. Midió los niveles de glucosa basal y a la primera, segunda, tercera y cuarta semana de tratamiento. A partir de la tercera semana de tratamiento, hubo una disminución significativa de la glicemia en los grupos B y E; a partir de la cuarta, en los grupos B, D y E, lo que constituye un efecto dosis respuesta. Se concluyó que una dosis de 500 mg/Kg. de pasuchaca es similar al efecto hipoglicemiante de la glibenclamida ⁽⁴⁹⁾.

En 2017, Yataco T et al. investigadores de la Universidad de San Marcos, realizaron un estudio experimental en roedores para evaluar el efecto hipoglicemiante del extracto de las hojas de *Smallantus sonchifolius* (yacón); para ello, utilizaron un grupo control, otro grupo que recibió glibenclamida a dosis de 10mg/kg, y otro más que recibió 500 mg/kg, de yacón. Realizaron una inducción del estado de hiperglicemia y, posteriormente, mediciones de glucosa cada semana por treinta días. En el grupo que usó yacón, encontraron un descenso gradual de la glucosa similar a lo observado con glibenclamida, resultado que fue estadísticamente significativo. Asimismo, no encontraron efectos adversos luego de hacer mediciones de transaminasas, urea y creatinina. Sugirieron la presencia de flavonoides que ejercen protección frente al estado de estrés oxidativo que se encuentra en la diabetes *mellitus* ⁽⁵⁰⁾.

Unos años después, Gordillo G et al. investigadores de la misma universidad, hicieron el estudio en humanos. Para ello, emplearon a un grupo de pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2 en tratamiento con glibenclamida a quienes dividieron en dos grupos según si tenían o no un adecuado control metabólico; los primeros continuaron con el tratamiento habitual mientras que los segundos, recibieron yacón en infusión (en preparado filtrante) a dosis de 1 gramo, tres veces al día por 90 días. El grupo control estuvo conformado por personas sin diabetes *mellitus* que fueron divididas en dos grupos según si tenían o no alteraciones en su perfil metabólico; las primeras recibieron también la misma dosis de yacón que los pacientes con diabetes *mellitus*, las segundas no recibieron ningún tratamiento. Encontraron disminución estadísticamente significativa de los niveles de glicemia, hemoglobina

glicosilada y adicionalmente del índice de masa corporal en los pacientes que consumieron yacón, al cabo de 60 y 90 días de tratamiento. Asimismo, no se reportó toxicidad ⁽⁵¹⁾.

Hay un estudio más antiguo, publicado en 1996, por médicos del servicio de Endocrinología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima, cuyo objetivo fue determinar el uso de medicina tradicional en 102 pacientes con diagnóstico de diabetes *mellitus* no insulino dependiente. Se encontró que el 68.6% usó alguna medicina tradicional, siendo las más usadas: la *Gentianella arboracea* (hercampuri) en 52.86%, *Uncaria sp.* (uña de gato) en 31.43%, y *Cyclanthera pedata* (caigua) en 18.56%. Otras fueron: *Geranium ayabacenses* (pasuchaca) en 8.57%, chancapiedra en 5.71% y *Cheilanthes myriophylla* (kuti kuti) en 2.86%. Asimismo, el 73% utilizó dos o más productos y el 60% refirió efecto favorable, sin evidenciarse diferencia entre los sexos ⁽⁵²⁾.

Como parte de las bases teóricas, se define a la diabetes *mellitus* como el conjunto de enfermedades metabólicas que tienen como característica la presencia de hiperglicemia por defectos en la secreción de insulina. La hiperglicemia crónica provoca alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas y complicaciones o daño de órganos vitales ⁽¹⁾.

La clasificación, según su etiología, es:

- Diabetes *mellitus* tipo 1
- Diabetes *mellitus* tipo 2
- Diabetes gestacional
- Otros tipos de diabetes

Inicialmente se usaban los términos insulino dependiente y no insulino dependiente para hacer referencia a los dos primeros tipos de diabetes, sin embargo, este tipo de clasificación cambió debido a que pacientes con diabetes tipo 1 pueden tener una forma de progresión de enfermedad lenta que no requiere el uso de insulina,

así como pacientes con diabetes tipo 2 pueden requerirla como parte de las estrategias de tratamiento de control de la glicemia ⁽¹⁾.

La diabetes *mellitus* tipo 1 es producida por la destrucción inmunológica de las células beta del páncreas y, como consecuencia, un déficit total de insulina. Suele presentarse durante la pubertad; sin embargo, existe una forma de progresión lenta que se puede iniciar en etapas tempranas de la adultez y no requerir insulina hasta la posterioridad, llamada Diabetes Latente del Adulto ⁽¹⁾.

La teoría inmunológica del origen de la enfermedad es la más frecuente, sin embargo, no todos los pacientes presentan anticuerpos positivos, por lo que existe una forma adicional denominada idiopática ⁽¹⁾.

La diabetes *mellitus* tipo 2 se caracteriza por la producción insuficiente o resistencia a la insulina. Es una enfermedad crónica heterogénea con alta morbimortalidad. La morbilidad está asociada a las complicaciones microvasculares (nefropatía, neuropatía, retinopatía) y la mortalidad a las macrovasculares (enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular) ⁽¹⁾.

Los principales factores que contribuyen al aumento de la prevalencia y el progreso de la enfermedad son la hiperglicemia, dislipidemia, resistencia a la insulina, insuficiencia en la secreción de insulina y la activación de mediadores proinflamatorios ⁽⁵³⁾.

Algunos pacientes presentan resistencia periférica a la acción de la insulina, mientras que otros, una deficiencia en la producción de la misma.

Generalmente, se observa en los adultos, aunque su frecuencia ha aumentado en la infancia y adolescencia relacionada a la obesidad.

La diabetes *mellitus* gestacional es una alteración del metabolismo de los hidratos de carbono que se presenta por primera vez durante la gestación.

Otros tipos de diabetes son ⁽¹⁾:

- Defectos genéticos de la función de las células beta.
- Defectos genéticos en la acción de la insulina.
- Enfermedades del páncreas exocrino (Ejemplo: pancreatitis, neoplasia de páncreas, pancreatectomía, etc.).
- Endocrinopatías (Ejemplo: hipertiroidismo, feocromocitoma, síndrome de Cushing, etc.).
- Inducida por drogas (Ejemplo: glucocorticoides, hormonas tiroides, tiazidas, etc.)

Las etapas de la diabetes *mellitus* son ⁽¹⁾:

Normoglicemia: Los niveles de glucosa en sangre son normales, pero los procesos fisiopatológicos que conducen a la enfermedad ya se han iniciado.

Hiperglicemia: Los niveles de glucosa superan los 100 mg/dl. Se divide en dos categorías:

- Regulación alterada de la glucosa (glucosa basal en ayunas y tolerancia a la glucosa).
- Diabetes *mellitus* propiamente dicha.

Para el diagnóstico, se utilizan los siguientes criterios ⁽⁵⁾:

- Glicemia en ayunas, medida en plasma venoso igual o mayor a 126 mg/dl. en dos oportunidades, tras ocho horas de ayuno.
- Síntomas de diabetes más una glicemia casual medida en plasma venoso igual o mayor a 200mg/dl. Los síntomas clásicos incluyen polidipsia, polifagia, poliuria y pérdida de peso.
- Glicemia medida en plasma venoso mayor o igual a 200mg/dl. a las dos horas de una prueba de tolerancia oral a la glucosa con 75 gramos de glucosa vía oral.

Dentro de las complicaciones, existen las microvasculares y macrovasculares. Las primeras hacen referencia a la nefropatía, neuropatía y retinopatía; las segundas al infarto agudo de miocardio y enfermedad cerebrovascular ⁽⁵⁾.

El estrés oxidativo es un factor importante en la patogénesis de complicaciones de la diabetes.

Algunos estudios muestran que la gravedad de la enfermedad se debe a la falta de conocimiento, fracaso de los tratamientos no insulínicos, malas percepciones sobre la terapia con insulina, falta de información sobre el uso de la misma, miedo a las inyecciones, uso de tratamientos herbales tradicionales, inadecuadas condiciones socioeconómicas e inadecuada relación entre el paciente y el personal de salud ^(19,54).

Según ADA (American Diabetes Association), los criterios de control metabólico para la disminución de las complicaciones asociadas a la enfermedad son:

- Glicemia en ayunas menor a 130 mg/dl.
- Glicemia posprandial menor a 180 mg/dl.
- Hemoglobina glicosilada menor a 7% con individualización según la edad y criterio médico hasta 8% en algunos pacientes.
- Colesterol total menor a 200mg/dl.
- Colesterol HDL mayor a 40 mg/dl., en hombres y mayor a 50 mg/dl., en mujeres.
- Colesterol LDL menor a 100mg/dl.
- Triglicéridos menores a 150 mg/dl.
- Tensión arterial menor igual a 130/85mmHg.

El tratamiento se divide en no farmacológico y farmacológico.

Para el primero, se recomienda una dieta con alimentos de bajo contenido hipoglicémico, además de la realización de 150 minutos semanales de actividad física de moderada intensidad ⁽⁵⁾.

Para el segundo, se cuenta con una amplia variedad de antidiabéticos orales con distintos mecanismos de acción. Los principales son las biguanidas, sulfonilúreas, inhibidores de la alfa-glucosidasa, tiazolidindionas e inhibidores de la DPP4. El tratamiento se inicia generalmente con un fármaco perteneciente al grupo de las biguanidas, según tolerancia del paciente. Posterior a ello, según el cumplimiento de las metas de control metabólico se pueden adicionar fármacos de otros grupos hasta llegar al manejo óptimo de la enfermedad.

Asimismo, se utilizan distintos tipos de insulina de acción rápida y/o lenta en aquellos pacientes en los que a pesar del uso de dosis tope de antidiabéticos orales no se llega a un control metabólico adecuado o si en un inicio los niveles de hemoglobina glicosilada superan los niveles deseados.

Debido a que los fármacos antidiabéticos convencionales son conocidos por sus potenciales efectos adversos como aumento de peso, hipoglicemia aguda, edema, entre otros, existen otras formas de tratamiento.

El uso de medicina complementaria y alternativa ha ido en aumento en los últimos años en la población general, así como entre los pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes *mellitus* tipo 2. Un importante número lo utilizan mientras reciben su tratamiento médico convencional. Aunque los productos a base de hierbas naturales son las formas más comunes, los tratamientos mente-cuerpo están ganando popularidad e interés científico. Los resultados de algunas investigaciones muestran que la medicina alternativa y complementaria puede ayudar a promover un modelo integrador y participativo del cuidado en diabetes *mellitus* basado en el conocimiento profesional de terapias avaladas por la evidencia ⁽⁵⁵⁾.

Existen resultados favorables para algunos productos naturales en los niveles de glicemia, marcadores de riesgo cardiovascular y calidad de vida de los pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2, pero se necesitan aún más estudios. El Centro Nacional de Medicina Alternativa y Complementaria refiere que la evidencia científica aún resulta insuficiente, que no reemplaza a la terapia convencional y que no debería usarse de forma oculta ⁽⁵⁵⁾.

Los pacientes tienen acceso a este tipo de terapia a través de los centros de medicina complementaria, por su propia cuenta basado en su conocimiento personal o por la recomendación de algún amigo o familiar.

Las familias de plantas que han demostrado efectos hipoglicémicos son Leguminosae, Lamiaceae, Liliaceae, Cucurbitaceae, Asteraceae, Moraceae, Rosaceae, Euphorbiaceae, Araliaceae y Ranunculaceae ⁽⁵⁶⁻⁵⁹⁾.

El uso de plantas medicinales aún no está bien regulado, por lo que los productos pueden estar contaminados con otras sustancias, o no contener el ingrediente deseado. Existe aún incertidumbre sobre la seguridad, eficacia, contraindicaciones y efectos adversos de los mismos, hay pocos ensayos clínicos publicados con tamaños muestrales pequeños como para obtener conclusiones confiables.

Algunas de las plantas empleadas se detallan a continuación

Cebolla (*Allium cepa*)

Allium cepa, conocida comúnmente como cebolla, pertenece a la familia de las liliáceas. Desde la antigüedad, se ha utilizado tradicionalmente para el tratamiento de diferentes enfermedades. Farmacológicamente es reconocida como antiasmático, antihipertensivo y antioxidante. Entre las diversas acciones de *Allium cepa*, su efecto hipoglicemiante se considera uno de los más importantes en la diabetes *mellitus*, gracias a que está formada por compuestos de azufre y flavonoides que ayudan a disminuir los niveles de glucosa y lípidos en sangre, el estrés oxidativo y la peroxidación lipídica, así como a aumentar la actividad antioxidante y la secreción de insulina. Los extractos de cebolla también han demostrado tener efectos hipoglucémicos e hipolipidémicos por la normalización de las actividades de la hexoquinasa, glucosa 6 fosfatasa e HMG coenzima-A reductasa ⁽³⁷⁾.

Canela (*Cinnamomum cassia*)

La canela puede tener un efecto positivo sobre el control de la glucemia y el perfil lipídico en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2. Se utiliza como hierba medicinal en Asia, mientras que en países occidentales es usada como especia.

Varios estudios in vitro realizados en animales desde 1990, mostraron que puede imitar los efectos de la insulina mediante el aumento de la captación de glucosa en el adipocito y el músculo esquelético ⁽⁶⁰⁾. Mejora la captación de glucosa mediante la activación del receptor de insulina, la síntesis de glucógeno y la actividad de la glucógenosintetasa. Debido a estos resultados se ha planteado un papel beneficioso en el control de la glicemia de los pacientes con diabetes. Además, puede inhibir la actividad de la reductasa de la HMG-CoA hepática con la disminución de los niveles de colesterol en animales y seres humanos ⁽⁶¹⁾. Los efectos adversos más frecuentes son los trastornos gastrointestinales. Asimismo, al tener un componente cumarínico debe ser usada con precaución en pacientes anticoagulados. Muchos pacientes con diabetes *mellitus* 2 ya están tomando productos a base de canela a pesar de que la evidencia aún es limitada.

Jengibre (kion)

El jengibre (*Zingiber officinale*) es una planta de la familia Zingiberaceae que se utiliza frecuentemente en países de todo el mundo, sobre todo en el Oriente Medio. Antiguamente en la práctica médica se empleó para el tratamiento de trastornos gastrointestinales (náuseas, estreñimiento, anorexia) ⁽⁶²⁾. Contiene compuestos biológicos como gingerol, shogaol, paradol, zingerona, β -bisaboleno, vitaminas B y C, calcio, magnesio, potasio y fósforo ⁽⁶³⁾. Se ha propuesto que tiene efectos antineoplásicos, antitrombóticos, antiinflamatorios, antiartríticos, hipolipidémicos, hipoglicémicos y analgésicos ^(64,65). Los componentes del jengibre (gingerol y shogaol) inhiben a la enzima α -glucosidasa que interviene en el metabolismo de los carbohidratos y la hiperglicemia; en las células pancreáticas β , estimula la secreción de insulina ⁽⁶⁵⁾.

Melón Amargo (*Momordica Charantia*)

Planta perteneciente a la familia Cucurbitaceae, una de las hortalizas más amargas. Los componentes del extracto favorecen una mejor secreción de insulina por las células pancreáticas y una disminución de la gluconeogénesis hepática. Basado en estudios de animales, se encontraron propiedades abortivas, por lo que se debe usar con precaución en mujeres en edad fértil. Asimismo, no se debe usar en personas con déficit de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa ni en pacientes que usan digoxina ⁽⁶⁶⁾.

Diente de león (*Taraxacum officinale*)

Planta perteneciente a la familia Asteráceas que crece en zonas templadas. Proporciona fibra, potasio, hierro, calcio, magnesio, fósforo, tiamina y riboflavina. Tradicionalmente ha sido empleada para el tratamiento de trastornos gastrointestinales, pero recientemente han salido a la luz sus propiedades hipoglicémicas. La FDA aprobó su uso como aditivo alimentario, ingrediente de ensaladas y sustitutos del café. Los efectos adversos reportados con mayor frecuencia son los dermatológicos por contacto directo. Asimismo, teóricamente estimula la secreción biliar por lo que no debe emplearse en personas con enfermedades hepáticas o biliares. Puede producir además aumento de la secreción de ácido gástrico y aumentar el riesgo de sangrado, por lo que debe usarse con precaución en pacientes que usan antiácidos, anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios. Falta aún información de seguridad más allá de los cuatro meses de uso ⁽²⁵⁾.

Camote (*Ipomoea batatas*)

Es una planta perteneciente a la familia Convolvulaceae que crece en zonas tropicales y subtropicales, originaria de Sudamérica y América Central, cultivada desde hace 8000 años en nuestro país. Contiene almidón, fibra, vitaminas (A, B1, C y E), minerales y potasio. Su alto contenido en fibra digerible acelera el tránsito intestinal, controla la glicemia, disminuye el colesterol y produce sensación de saciedad. En medicina tradicional se viene usando para el manejo de la diabetes *mellitus* tipo 2. Hay algunas investigaciones en animales y seres humanos que muestran un posible papel en la regulación de la glicemia ⁽³⁵⁾.

Ginseng (*Panax ginseng*)

Como ginseng se catalogan varias plantas del género *Panax* con propiedades similares, sin embargo, *Panax ginseng* propiamente dicho es de origen chino. Presenta en su composición vitaminas B y D, proteínas, aminoácidos, cobre y hierro. Es estimulante del sistema nervioso central, por lo que suele usarse como tratamiento antiestrés y antianémico, sin evidencia concluyente que lo avale. Se ha visto que presenta un efecto a largo plazo en la reducción de la hiperglicemia, aumentando el metabolismo de hidratos de carbono, lípidos y proteínas. El efecto secundario más frecuentemente reportado es el insomnio. Otros síntomas que pueden presentarse son cefalea, taquicardia y ansiedad. No hay datos exactos que evalúen interacciones medicamentosas con otros fármacos ⁽⁴¹⁾.

Guanábana (*Annona muricata* L)

Con propiedades anticancerígenas, antiespasmódicas, antidiabéticas y antimaláricas. La reducción de los niveles de glicemia se explicaría por la presencia de compuestos fenólicos y flavonoides presentes en la guanábana ⁽⁴⁴⁾.

DiabeTea

Es una mezcla de polvos de varias plantas medicinales que se utilizan tradicionalmente como bebidas para la diabetes y otras enfermedades en algunos países como Irán, Pakistán, Sri Lanka ⁽⁶⁷⁾.

Los componentes herbales son principalmente *Camellia sinensis*, *Nuga Ficus bengalensis* ⁽⁶⁸⁾, *Attikka Ficus racemosa* ⁽⁶⁹⁾, *Trigonella foenum graecum* ⁽⁷⁰⁾, *Terminalia chebula* y *Terminalia arjuna*, entre otras. Cada hierba tiene un número de funciones fisiológicas principalmente hipoglicémicas. *Nuga Ficus bengalensis* mostró su efecto en estudios en ratas con diabetes mientras que *Attikka Ficus racemosa* mostró un efecto hipoglicémico en seres humanos ⁽⁶⁹⁾. Estudios anteriores han demostrado que la ingestión de extractos de las semillas de *Trigonella foenum graecum* disminuyó los niveles de glucosa y colesterol en sangre, con propiedades antioxidantes tanto en animales como en seres humanos ⁽⁷⁰⁾.

Otro tipo de terapias empleadas incluyen:

Yoga

Las revisiones sistemáticas concluyen que, según las pruebas actuales, el yoga puede ser eficaz, pero un ensayo clínico bien diseñado y aleatorizado es necesario para probar su eficacia ⁽⁷¹⁾.

Apoyo de iguales

Se ha encontrado que el apoyo proporcionado entre personas con el mismo diagnóstico es útil en el manejo de la diabetes *mellitus*, incluyendo el control glucémico. El apoyo de los compañeros se ha definido como la ayuda de un individuo con conocimiento experiencial basado en un intercambio de experiencias de vida similares o planes de prevención en la vida diaria ^(72,73).

Wet cupping

Utilizado en China como medicina tradicional, bajo la creencia que la enfermedad se produce por el bloqueo del “chi”. Para desbloquearlo, calientan aire dentro de una taza y la colocan invertida en alguna parte del cuerpo, generando un vacío que tira la piel hacia arriba, previo a ello perforan la piel para permitir que las toxinas sean eliminadas con mayor facilidad ⁽²²⁾.

Respecto a las creencias en diabetes *mellitus* tipo 2, sabemos que Perú es un país pluricultural y multiétnico, que usa desde épocas antiguas la medicina alternativa en el tratamiento de múltiples enfermedades a pesar de los avances tecnológicos. Asimismo, las atribuciones al origen de las enfermedades, en muchos casos tienen una teoría mágica espiritual. En ese contexto, algunas de las entidades nosológicas tradicionalmente conocidas son el mal de ojo, el susto, la pérdida del alma, etc. ⁽⁷⁴⁾

Las atribuciones, explicaciones empíricas de los sucesos que les ocurren a las personas, guían algunas cogniciones y comportamientos dentro del contexto de una enfermedad y están relacionadas con estrategias específicas de afrontamiento. Cada ser humano tiene una visión particular del mundo; en la vida cotidiana coexisten tanto el pensamiento científico como el mágico, por ejemplo, un paciente con diabetes que aqueja de dolor en miembros inferiores de tipo neuropático también es posible que tenga un mal de ojo ⁽⁷⁵⁾.

Las percepciones y creencias son a menudo moldeadas por el contexto sociocultural de los pacientes y pueden influir en la adherencia al tratamiento; el conocimiento cultural es construido sobre la memoria y las experiencias. Las creencias culturales de los pacientes con diabetes tienen un impacto en sus comportamientos respecto al tratamiento tanto positiva como negativamente. Conocer las atribuciones que los pacientes le dan a las enfermedades facilita el canal de comunicación y la implementación de estrategias de toma de decisiones compartidas. Comprender las creencias culturales y cómo pueden entrar en conflicto con el conocimiento biomédico, puede generar un mejor manejo de la enfermedad.

En la definición de términos de la presente investigación, se incluyen:

Hemoglobina glicosilada: Proteína de la sangre que resulta de la unión de la hemoglobina con glúcidos. Su valor es reflejo del promedio de glicemias de los últimos tres meses.

Control metabólico: Presencia de hemoglobina glicosilada menor a 7%, glicemia en ayunas menor a 130 mg/dl y glicemia posprandial menor a 180 mg/dl ⁽⁵⁾.

Medicina tradicional: Según la Organización Mundial de la Salud, son los conocimientos, técnicas y prácticas fundamentadas en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas que se utilizan para mantener la salud física y mental ⁽⁷⁶⁾.

Medicina complementaria: Según el Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa es el conjunto de sistemas, prácticas, productos médicos y de atención de la salud que no se consideran parte de la medicina convencional y se usan de forma complementaria. Cuando se usan solas se denomina medicina alternativa ⁽⁷⁷⁾.

Resistencia a la insulina: Actualmente conocido como síndrome metabólico. Hace referencia a un conjunto de características como la disminución de la sensibilidad a

la insulina producida por las células beta del páncreas, obesidad central, dislipidemia, hiperglicemia, hipertensión arterial e inflamación crónica ⁽⁷⁸⁾.

Hiperglicemia: Elevación de los niveles de glucosa en sangre. Es considerada un factor de riesgo cardiovascular ⁽⁷⁹⁾.

Dislipidemia: Concentración anormal de lipoproteínas en sangre que puede provocar un conjunto de enfermedades asintomáticas. Es considerada un factor de riesgo cardiovascular ⁽⁸⁰⁾.

Lipoproteína: Partícula formada por la combinación de una proteína con una grasa. Se clasifican en: quilomicrón, VLDL (lipoproteína de muy baja densidad), IDL (lipoproteína de densidad intermedia), LDL (lipoproteína de baja densidad) y HDL (lipoproteína de alta densidad) ⁽⁸¹⁾.

Obesidad: Según la Organización Mundial de la Salud es una enfermedad crónica que tiene como característica principal el aumento de la grasa corporal. Según el índice de masa corporal (relación del peso con la talla al cuadrado) se define por un valor encima de 30 Kg/m² de superficie corporal ⁽⁸²⁾.

Riesgo cardiovascular: Aumento de la probabilidad de sufrir una enfermedad vascular cardíaca (angina o infarto de miocardio) ⁽⁸³⁾.

Endotelio: Tejido que cubre la parte interior de los vasos sanguíneos ⁽⁸⁴⁾.

Disfunción endotelial: Presencia de daño en el endotelio que predispone al desarrollo de arterioesclerosis ⁽⁸⁴⁾.

Arteriosclerosis: Daño vascular caracterizado por la pérdida de la elasticidad y endurecimiento de los vasos sanguíneos ⁽⁸⁵⁾.

Estrés oxidativo: Desequilibrio entre antioxidantes y radicales libres, con un incremento de estos últimos ⁽⁸⁶⁾.

Educación sanitaria: Proceso de aprendizaje sobre temas relacionados con la salud, busca el empoderamiento de la población hacia el autocuidado y mejora de su estilo de vida ⁽⁸⁷⁾.

Estilo de vida: Actitudes y comportamiento que adoptan los seres humanos para satisfacer sus necesidades ⁽⁸⁸⁾.

Adherencia terapéutica: Grado en el que la conducta de los pacientes coincide con las recomendaciones dadas por el personal de la salud ⁽⁸⁹⁾.

II. METODOLOGÍA

Los tipos de estudio se dividieron en etapas:

Etapa cuantitativa

Estudio observacional, analítico, transversal y retrospectivo.

Etapa cualitativa

Estudio que usó la metodología de entrevista abierta semiestructurada como forma de interacción entre el investigador y los participantes del estudio.

El diseño es de tipo no experimental analítico para la etapa cuantitativa y etnográfico para la cualitativa.

La población estuvo conformada por los asegurados del Hospital I Naylamp, establecimiento del segundo nivel de atención perteneciente a la Red Asistencial Lambayeque – EsSalud; localizado en la avenida Bolognesi N° 200 en la provincia de Chiclayo del departamento de Lambayeque, el cual, en diciembre del año 2017 registró una población de 109105 asegurados con una prevalencia global de diabetes *mellitus* tipo 2 de 3.5% según el Informe Final de la Encuesta Socioeconómica de Acceso a la Salud de los Asegurados de Essalud del año 2015.

Según la fórmula del tamaño muestral para la estimación de prevalencias, se calculó una muestra de 350 pacientes para detectar una prevalencia de diabetes *mellitus* tipo 2 de 3.5%, con un nivel de confianza de 95%, un margen de error de 5% y un poder estadístico de 80%.

Los criterios de selección fueron:

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2 sin historia de complicación macro o microvascular, que realizaron sus controles en el establecimiento cada tres meses (correspondiente al tiempo establecido de control de pacientes con enfermedades crónicas).

Criterios de exclusión

- Pacientes cuyas historias clínicas no contaron con un resultado de hemoglobina glicosilada realizada en los últimos seis meses.

Las técnicas y procedimiento de recolección de datos se describen por etapas:

Etapas cuantitativa

Cada día escogido para el recojo de información, se revisó previamente la historia clínica de los pacientes citados para verificar la presencia de un examen de hemoglobina glicosilada realizado dentro de los últimos seis meses, así como la ausencia de un diagnóstico de complicación micro o macrovascular.

En los pacientes que cumplieron con estos requisitos y previo consentimiento informado, se procedió a realizar una encuesta sociodemográfica que recogió los principales datos de filiación, así como preguntas puntuales sobre la presencia de otras comorbilidades, la realización de actividad física, la alimentación, el uso de tratamiento farmacológico, no farmacológico y complementario o alternativo.

Al terminar la encuesta, se recogió de la historia clínica los valores de peso y talla, para el cálculo del índice de masa corporal.

El instrumento para el recojo de información fue validado por el Centro de Investigación de Salud Pública de la Universidad de San Martín de Porres, mediante opinión de expertos. (Anexo 1)

Las variables utilizadas para el análisis fueron:

Variable dependiente: diabetes *mellitus* controlada.

Covariables: grupo de edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, índice de masa corporal, hipertensión arterial, actividad física, dieta, antidiabéticos orales, insulina y medicina alternativa.

Etapas cualitativa

Las últimas semanas de recojo de información, se fueron seleccionando del grupo de pacientes que participaron en la etapa cuantitativa, a aquellos que estuvieron dispuestos a brindar una mayor parte de su tiempo para una entrevista a

profundidad. De esta forma, se inició la etapa cualitativa del estudio que consistió en la realización de entrevistas abiertas semiestructuradas. Se usó un instrumento con algunas preguntas previamente planteadas con la finalidad de obtener respuestas verbales sobre las creencias de los pacientes respecto a su enfermedad. Se realizó la grabación de estas para obtener la descripción global de los discursos para luego proceder a la transcripción de estos sin alterar su contenido y así facilitar el análisis respectivo. (Anexo 2)

El número de participantes se definió mediante la técnica de saturación, es decir, cuando los discursos se hicieron repetitivos, se concluyó con las entrevistas para profundizar con las ya existentes.

Para garantizar la calidad de la información obtenida, las entrevistas fueron realizadas únicamente por el investigador. Sin embargo, para la parte cuantitativa del estudio, sí se contó con la valiosa colaboración del equipo de enfermeras del Programa de Enfermedades Crónicas del Adulto quienes fueron capacitadas para realizar la lectura de las preguntas a los pacientes, y posterior llenado del cuestionario por ellas mismas. Ningún paciente respondió las preguntas por sí solo.

El procesamiento y análisis de datos se describe por etapas:

Etapa cuantitativa

Se obtuvo los datos del instrumento de recolección sociodemográfica. Se hizo un primer control de calidad de forma manual para verificar que los cuestionarios contaran con un resultado de hemoglobina glicosilada.

Al mismo tiempo que se recogió la información, se ingresó de forma semanal en una base de datos del programa Microsoft Excel 2016, la misma que fue diseñada en función de las variables establecidas. Al finalizar el llenado de información; se realizó un segundo control de calidad, esta vez de la base de datos, aplicando filtros para verificar el llenado completo y correcto de todas las celdas.

Posterior a ello, se importó la base de datos al programa estadístico IBM SPSS Statics 20 y se realizó el análisis descriptivo, bivariado y multivariado de cada una de las variables. Se empleó Chi cuadrado para determinar la asociación entre variables categóricas; y se consideró un valor $p < 0.005$ como estadísticamente significativo. Para el análisis multivariado se empleó la técnica de regresión logística. Finalmente, se elaboraron figuras y tablas para la presentación de los hallazgos.

Etapas cualitativas

Se realizó la transcripción de las encuestas de forma manual, resumiendo las ideas principales que dieron respuesta a los objetivos de la investigación. Se usó el análisis temático que permitió la categorización según la repetición de las respuestas.

Finalmente, en cumplimiento de los aspectos éticos, la presente investigación no se contrapuso de ninguna forma a cualquier aspecto bioético, por ello fue aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres.

Se contó con el permiso del Director Médico del Hospital I Naylamp, EsSalud-Chiclayo, y su compromiso de facilitación de todo lo necesario para que se lleve a cabo con éxito.

Asimismo, se coordinó con las enfermeras encargadas del Programa de Enfermedades Crónicas del Adulto y los pacientes, para la firma del consentimiento informado donde se indicó que la participación sería voluntaria, anónima, confidencial, sin riesgos de daño a la salud y que los resultados permitirían un mayor conocimiento de la enfermedad para establecer estrategias para un mejor control metabólico y adherencia.

III. RESULTADOS

Etapa cuantitativa

Control de los pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2

Para fines de investigación y en concordancia con las guías de práctica clínica, se consideró el nivel de hemoglobina glicosilada menor a 7% como índice de buen control de la enfermedad; se encontró que el 52% de los pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2 del Hospital Naylamp de Chiclayo cumplieron con esta meta de control metabólico.

La media de hemoglobina glicosilada fue de $6.7 \pm 1.4\%$ (Tabla 1).

Tabla 1. Hemoglobina glicosilada de los pacientes con diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2 del Hospital Naylamp – Chiclayo 2018

Variable	N	%
Diabetes <i>mellitus</i> controlada (hemoglobina glicosilada menor 7%)		
No	167	47.7
Sí	183	52.3

Perfil sociodemográfico de los pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2

El 53% de los pacientes entrevistados fue del sexo femenino, el 43% perteneció al grupo etario de mayores de 65 años; seguido por el grupo de 55 a 64 años (la media de edad fue de 59 ± 13 años), el 83% era casado o conviviente y el 57% con el grado de instrucción secundaria como el máximo nivel alcanzado (Tabla 2).

Tabla 2. Perfil sociodemográfico de los pacientes con diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2 del Hospital Naylamp – Chiclayo 2018

Variable	N	%
Género		
Femenino	187	53.4
Masculino	163	46.6
Grupo etario		
25 a 34 años	11	3.1
35 a 44 años	42	12.0
45 a 54 años	54	15.4
55 a 64 años	92	26.3
Mayores de 65 años	151	43.1
Estado civil		
Soltero	29	8.3
Casado o conviviente	290	82.9
Separado o viudo	31	8.9
Grado de instrucción		
Educación mínima	25	7.1
Secundaria	200	57.1
Superior	125	35.7

Antecedentes personales de los pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2

Al hacer la revisión de las historias clínicas se obtuvo el peso y talla para el cálculo del índice de masa corporal. Se encontró que solo el 23% de los pacientes entrevistados tuvo el peso normal, mientras que el 57% tuvo sobrepeso y el 19% obesidad; la media del índice de masa corporal fue de 27.1 ± 4.8 Kg/m². Asimismo, el 48% de los pacientes presentó hipertensión arterial como comorbilidad.

En el aspecto de estilo de vida saludable se encontró que solo el 36% reportó realizar actividad física; variable que se definió como la realización de 30 minutos de ejercicios aeróbicos al día, tres veces por semana como mínimo, según lo recomendado por la Organización Mundial de La Salud.

Respecto a la dieta baja en carbohidratos, el 48% de los pacientes manifestó que sí cumplió con ella (Tabla 3).

Tabla 3. Antecedentes personales de los pacientes con diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2 del Hospital Naylamp – Chiclayo 2018

Variable	N	%
Índice de masa corporal		
Normal	82	23.4
Sobrepeso	201	57.4
Obesidad	67	19.1
Presencia de hipertensión arterial		
No	183	52.3
Sí	167	47.7
Realiza actividad física		
No	225	64.3
Sí	125	35.7
Dieta baja en carbohidratos		
No	181	51.7
Sí	169	48.3

Tratamiento farmacológico de los pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2

El 98% de los pacientes reportó el uso de algún antidiabético oral; de los cuales el 40% solo usó un grupo farmacológico mientras que el 58% dos. Ningún paciente refirió recibir más de dos grupos de medicamentos orales.

La terapia con insulina se encontró en el 12%, de forma concomitante con los antidiabéticos orales (Tabla 4).

Tabla 4. Tratamiento farmacológico de los pacientes con diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2 del Hospital Naylamp – Chiclayo 2018

Variable	N	%
Uso de insulina		
No	309	88.3
Sí	41	11.7
Uso de antidiabéticos orales		
No	7	2.0
Sí	343	98.0
Número de antidiabéticos orales		
0	7	2.0
1	140	40.0
2	203	58.0

Uso de medicina natural de los pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2

El 62% de los pacientes reportó el uso de medicina natural; se encontró una diversidad de plantas en su mayoría empleadas como monoterapia y de forma complementaria al tratamiento convencional.

El perfil del usuario de medicina natural es el siguiente: sexo femenino, edad mayor a 65 años, casado o conviviente, grado de instrucción secundaria e índice de masa corporal en niveles de sobrepeso (Tabla 5).

Tabla 5. Perfil de los pacientes con diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2 usuarios de medicina natural del Hospital Naylamp – Chiclayo 2018

Variable	N	%
Género		
Femenino	135	62.2
Masculino	82	37.8
Grupo etario		
25 a 34 años	8	3.7
35 a 44 años	31	14.3
45 a 54 años	43	19.8
55 a 64 años	51	23.5
Mayores de 65 años	84	38.7
Estado civil		
Soltero	17	7.8
Casado o conviviente	186	85.7
Separado o viudo	14	6.5
Grado de instrucción		
Educación mínima	17	7.8
Secundaria	125	57.6
Superior	75	34.6
Índice de masa corporal		
Normal	56	25.8
Sobrepeso	127	58.5
Obesidad	34	15.7

Se reportó el empleo de más de 20 plantas. El yacón fue usado por el 28%, la moringa por el 13%, el alpiste por el 8% y la canela por el 7% de los pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2, siendo las cuatro terapias naturales más usadas en el presente grupo de estudio (Tabla 6).

Tabla 6. Terapia complementaria de los pacientes con diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2 del Hospital Naylamp – Chiclayo 2018

Variable	N	%
Uso de terapia complementaria		
No	133	38.0
Sí	217	62.0
Número de terapia complementaria		
1	173	49.4
Mayor igual a 2	46	13.1
Terapia complementaria usada		
Yacón	99	28.3
Moringa	44	12.6
Alpiste	28	8.0
Canela	23	6.6
Arándano	10	2.9
Ajo	9	2.6
Guanábana	9	2.6
Té verde	8	2.3
Linaza	7	2.0
Pasuchaca	6	1.7
Cebolla	6	1.7
Hojas de mango	6	1.7
Sábila	3	0.9
Apio	1	0.3
Piña	1	0.3
Ortiga verde	1	0.3
Kuti kuti	1	0.3
Maracuyá	1	0.3
Achiote	1	0.3
Chancapiedra	1	0.3
Almendras	1	0.3
Preparado de culantro, perejil y limón	1	0.3
Preparado naturista no especificado	1	0.3
Agua de papa	1	0.3
Aguaymanto	1	0.3
Albahaca	1	0.3

En el análisis de la terapia detallada se encuentra que solo el 0.3% de los pacientes usa medicina natural de forma alternativa. El 54% la consume de forma conjunta a los antidiabéticos orales (Tabla 7).

Tabla 7. Terapia detallada de los pacientes con diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2 del Hospital Naylamp – Chiclayo 2018

Variable	N	%
Terapia detallada		
Antidiabéticos + terapia natural	190	54.3
Solo antidiabéticos orales	117	33.4
Antidiabéticos + insulina + terapia natural	22	6.3
Antidiabéticos + insulina	14	4
Solo insulina	3	0.9
Insulina + terapia natural	2	0.6
Solo terapia natural	1	0.3
Ninguna	1	0.3

En el análisis bivariado de las variables asociadas al buen control de la enfermedad, se encontró que el grupo etario (valor de $p = 0.002$), el grado de instrucción (valor de $p = 0.002$), el índice de masa corporal (valor de $p = 0.000$) y la dieta baja en carbohidratos (valor de $p = 0.000$) tuvieron asociación estadísticamente significativa. No se encontró asociación con el uso de medicina complementaria (Tabla 8).

Tabla 8. Análisis bivariado de las variables asociadas al buen control de los pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2 del Hospital Naylamp – Chiclayo 2018

Variable	Diabetes <i>mellitus</i> controlada				Valor p
	No		Sí		
	N	%	N	%	
Género					
Femenino	87	46.5%	100	53.5%	0.633
Masculino	80	49.1%	83	50.9%	
Grupo etario					
25 a 34 años	10	90.9%	1	9.1%	0.002
35 a 44 años	24	57.1%	18	42.9%	
45 a 54 años	32	59.3%	22	40.7%	
55 a 64 años	35	38.0%	57	62.0%	
Mayores de 65 años	66	43.7%	85	56.3%	
Grado de instrucción					
Educación mínima	4	16.0%	21	84.0%	0.002
Secundaria	94	47.0%	106	53.0%	
Superior	69	55.2%	56	44.8%	
Estado civil					
Soltero	18	62.1%	11	37.9%	0.068
Casado o conviviente	139	47.9%	151	52.1%	
Separado o viudo	10	32.3%	21	67.7%	
Índice de masa corporal					
Normal	12	14.6%	70	85.4%	0.000
Sobrepeso	114	56.7%	87	43.3%	
Obesidad	41	61.2%	26	38.8%	
Hipertensión arterial					
No	84	45.9%	99	54.1%	0.477
Sí	83	49.7%	84	50.3%	
Actividad física					
No	112	49.8%	113	50.2%	0.300
Sí	55	44.0%	70	56.0%	
Dieta baja en carbohidratos					
No	129	71.3%	52	28.7%	0.000
Sí	38	22.5%	131	77.5%	
Uso de insulina					
No	145	46.9%	164	53.1%	0.417
Sí	22	53.7%	19	46.3%	

Variable	Diabetes <i>mellitus</i> controlada				valor p
	No		Sí		
	N	%	N	%	
Uso de antidiabéticos orales					
No	3	42.9%	4	57.1%	0.795
Sí	164	47.8%	179	52.2%	
Número de antidiabéticos orales					
0	3	42.9%	4	57.1%	0.053
1	56	40.0%	84	60.0%	
2	108	53.2%	95	46.8%	
Uso de terapia complementaria					
No	58	43.6%	75	56.4%	0.229
Sí	109	50.2%	108	49.8%	
Número de terapia complementaria					
0	59	45.0%	72	55.0%	0.156
1	80	46.2%	93	53.8%	
Mayor igual a 2	28	60.9%	18	39.1%	

En el análisis multivariado mediante la técnica de regresión logística de las variables asociadas al buen control de la enfermedad se concluye que, a mayor grado de instrucción (odds ratio 8.7) e índice de masa corporal (odds ratio 7.3), hay un riesgo de mal control.

Asimismo, la dieta baja en carbohidratos (odds ratio 0.1) está asociada a un mejor control metabólico. Ni con el uso de terapia complementaria ni de antidiabéticos orales se pueden obtener conclusiones, ya que los intervalos de confianza de sus odds ratio incluyen la unidad (Tabla 9).

Tabla 9. Análisis multivariado de las variables asociadas al buen control de los pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2 del Hospital Naylamp – Chiclayo 2018

Variables	POR no ajustado	POR	I.C. 95% para POR	
			Inferior	Superior
Uso de terapia complementaria				
No	Ref.	Ref.		
Sí	1.305	1.462	0.85	2.515
Grado de instrucción				
Primaria	Ref.	Ref.		
Secundaria	4.656	5.659	1.58	20.266
Superior	6.469	8.764	2.338	32.857
Índice de masa corporal				
Normal	Ref.	Ref.		
Sobrepeso	7.466	6.563	3.106	13.868
Obesidad	9.199	7.349	2.999	18.006
Presencia de hipertensión arterial				
No	Ref.	Ref.		
Sí	1.165	1.623	0.944	2.788
Uso de antidiabéticos orales				
No	Ref.	Ref.		
Sí	1.222	1.122	0.2	6.301
¿Hace dieta?				
No	Ref.	Ref.		
Sí	0.117	0.136	0.08	0.231

El modelo se ajustó por las siguientes variables: grado de instrucción, índice de masa corporal, presencia de hipertensión arterial, uso de antidiabéticos orales y si sigue dieta.

Etapa cualitativa

Se seleccionaron por saturación a 22 pacientes que estuvieron incluidos en la parte cuantitativa de la investigación a quienes se les realizó de forma individual una entrevista abierta semiestructurada.

Se utilizó la técnica de análisis de contenido para la agrupación en categorías, con un muestreo por saturación de las creencias en diabetes *mellitus* tipo 2.

Atribución del origen de la enfermedad

Para indagar sobre las creencias respecto al origen de la enfermedad, se efectuó la pregunta: ¿Por qué cree usted que tiene diabetes?

Se encontró que la mayoría de los pacientes lo atribuye a un acontecimiento vital estresante seguido de un estilo de vida no saludable.

Las otras categorías fueron: herencia y desconocimiento de la existencia de la enfermedad.

1. Acontecimientos vitales estresantes

Se define como acontecimiento vital al suceso evolutivo que es relevante en cada etapa de vida de la persona, que se vuelve estresante cuando existe un fracaso en el proceso de adaptación al mismo.

En esta categoría de respuesta se colocó a los pacientes que consideraron ciertas experiencias ambientales como amenazantes para la salud y el bienestar, dando origen o desencadenando la enfermedad.

“Bueno, el doctor me dijo que fue por una emoción fuerte que tuve, mi esposo falleció de un momento a otro y dicen que es por eso” (Paciente 1).

“Pienso yo que la preocupación, el dejar la casa, el ir al trabajo, a mí me ha cogido ya de mayor. Pienso que ha sido eso porque no tengo familiares diabéticos” (Paciente 9).

“Me dio diabetes porque tenía mucho problema, tenía la carga de familia, hacía de padre y madre, eso me hacía daño emocionalmente, las preocupaciones, empecé a trabajar, no dormía casi, estaba despierta hasta las 2 o 3 de la mañana, a las 6 ya estaba levantada, tenía un ritmo muy agitado. Tengo un hijo que tiene esquizofrenia y verme yo a cargo de toda la responsabilidad, con otra hija de 7 años, mi vida era bastante pesada” (Paciente 10).

“Mi hermana se murió un 15 de diciembre, un 19 de diciembre se murió mi prima, un 28 de diciembre se murió mi hermano, ahí nomás fue y todo eso se me fue

acumulando, paraba llorando, estresada, no quería salir, no quería comer, todo se me complicó. Me parece que todo eso desencadenó mi diabetes, porque familia diabética no tenemos” (Paciente 14).

“Es de lo que uno mucho piensa, la tensión, todo eso, preocupación más que todo” (Paciente 20).

“Será por la tensión, de lo que uno anda preocupado” (Paciente 21).

“Por la preocupación, por mi mamá, yo la tenía que atender a mi mamá solita” (Paciente 22).

2. Herencia

En este grupo se encuentran los pacientes que consideran el origen hereditario de la enfermedad.

“... Tengo descendientes de diabetes, tengo a mi padre, por ejemplo” (Paciente 1).

“Tengo antecedentes de familia con diabetes por parte de mi mamá y mi papá, entonces me imagino que todo eso influye dentro de tu organismo. Hermanos con diabetes también tengo. Mi hermano al que no le gusta el azúcar (risa irónica), es diabético” (Paciente 8).

“Es hereditaria, por mi mamá y mis hermanos” (Paciente 12).

3. Estilo de vida no saludable

En esta categoría se encuentran los pacientes que consideran los malos hábitos alimenticios o el sedentarismo como el origen de la enfermedad.

“Yo creo que la diabetes me ha dado porque he tenido una vida desordenada en la comida y en los tragos y quizás poco ejercicio...” (Paciente 2).

“No me controlaba bien con mi alimentación, era diferente. Salía en las tardes con mi esposo, como ya soy cesante, a tomar un lonchecito y esos lonchecitos son los que poco a poco fueron engordándome” (Paciente 5).

“De repente por ser muy adicto al dulce o a la cerveza. Después en mi familia que tenga antecedentes de diabetes: ninguno” (Paciente 7).

“Estaba gorda, pesaba como 80 kilos” (Paciente 12).

“Por la alimentación, la mala alimentación, porque no hay diabéticos en mi familia. Yo soy la primera” (Paciente 16).

“De repente por la alimentación porque familia no tengo, directamente así familia, no. De repente mis abuelos o tatarabuelos, no sé” (Paciente 18).

4. Desconocimiento de la existencia de la enfermedad

En esta categoría se ubicó a un paciente cuyo discurso se centró en el poco conocimiento con respecto a la enfermedad diabética.

“No tenía yo una adecuada orientación, ignoraba yo de la enfermedad, comía sin saber lo que me hacía daño. Era la falta de conocimiento, esa fue la razón, yo no me cuidaba, si hubiese sabido, hubiera tomado las precauciones” (Paciente 15).

5. Etiología desconocida

En esta categoría se agrupan los pacientes que desconocen la causa del origen de la enfermedad.

“No sé, de la noche a la mañana me descubrieron que soy diabético” (Paciente 3).

“Me han dicho que del páncreas medio que se descontrola, pero realmente no he sabido por qué” (Paciente 13).

Conocimiento de la definición de diabetes *mellitus*

Para indagar sobre el conocimiento de la enfermedad se hizo la pregunta: ¿Qué es la diabetes mellitus?, que buscaba saber si los pacientes conocían la definición de la enfermedad utilizando su propia terminología.

Se encontró que a pesar de que la mayoría identifica al páncreas como el órgano principalmente afectado, solo una persona la definió correctamente.

Las respuestas se agrupan en las siguientes categorías

1. Desconocimiento de la definición de diabetes *mellitus*

“No sé bien ni qué es” (Paciente 13).

“Sé que es una enfermedad como un cáncer, poquito a poquito nos va destruyendo los órganos” (Paciente 14).

“No, no le puedo decir” (Paciente 21).

2. Conocimiento parcial de la definición de diabetes *mellitus*

“Es una enfermedad que te afecta el páncreas, el hígado, que se ven afectados para producir la insulina suficiente para poder disolver las grasas y azúcares buenas para la sangre (Paciente 1).

“Es una enfermedad que afecta al páncreas” (Paciente 9).

“El azúcar en la sangre” (Paciente 17).

“Me imagino que es una enfermedad que se produce por el exceso de comidas” (Paciente 18).

3. Conocimiento de la definición de diabetes *mellitus*

“Es la subida del azúcar en la sangre” (Paciente 8).

Conocimiento de las complicaciones de la diabetes *mellitus*

Aproximadamente las tres cuartas partes del grupo de pacientes entrevistados mencionó las complicaciones de la enfermedad, haciendo mayor énfasis en las renales y oftalmológicas. Otras complicaciones identificadas fueron las circulatorias periféricas.

Las respuestas fueron agrupadas en las siguientes categorías:

1. Identificación de complicaciones renales y oftalmológicas

“Sé que afecta el riñón, también a la vista, es una enfermedad que degenera si uno no se cuida” (Paciente 1).

“Las complicaciones son múltiples, principalmente a los órganos internos: los riñones, la vista” (Paciente 9).

“Sé que afecta al riñón, a la vista” (Paciente 11).

“De los riñones, de los ojos, de tantas cosas” (Paciente 13).

“Se destruyen los riñones principalmente, las vistas y poco a poco nos va destruyendo todo hasta llevarnos a la muerte” (Paciente 14).

“El mal funcionamiento del riñón, pero con una dieta, sin hacer que el riñón trabaje tanto, puedes vivir tranquila, porque mi padre ha sido diabético todo el tiempo y no murió por diabetes” (Paciente 8).

2. Identificación de complicaciones circulatorias periféricas

“Ocasiona daño al riñón, a los ojos, después a los miembros” (Paciente 10).

“La vista y los problemas que tenemos en las piernas, en la circulación de la sangre” (Paciente 17).

3. No identificación o identificación errada de la complicación

“Un diabético está propenso a una infección de los órganos más sensibles como la vista, quizás el estómago o el hígado” (Paciente 7).

“No conozco las complicaciones” (Paciente 19).

“Me ha dado aneurisma diabética, me hinca acá” (Paciente 3).

Conocimiento del tratamiento farmacológico

Para identificar el nivel de conocimiento acerca de las medicinas que utilizan para el tratamiento de la enfermedad, se hizo la pregunta: ¿Qué medicinas toma para controlar la diabetes?

Se encontró que la mitad de los pacientes no conoce el nombre de sus medicamentos.

Los principales problemas percibidos fueron: confusión del nombre del medicamento e identificación de acuerdo con sus características.

Las respuestas se agruparon en las siguientes categorías

1. Confusión del nombre del medicamento

“Uso la gliben... glicon...” en referencia al uso de Glibenclamida (Paciente 1).

“La gli...mida. Glidi...glidia” también en referencia al uso de Glibenclamida (Paciente 13).

“Uso la morfina” en referencia al uso de Metformina. (Paciente 15).

2. Identificación del medicamento de acuerdo con sus características

“No me acuerdo, son unas cápsulas grandecitas” (Paciente 10).

“Unas chiquitas, la glimida o algo así” (Paciente 20).

“Unas chiquitas, no sé el nombre” (Paciente 19).

3. Desconocimiento del nombre del medicamento

“No recuerdo” (Paciente 7).

Adherencia al tratamiento farmacológico

Para conocer la adherencia al tratamiento se preguntó si consumían los medicamentos según la prescripción médica o si había olvidos en la toma de la medicación, encontrándose que solo la tercera parte de los pacientes presentó adherencia terapéutica sin reporte de olvidos en las dosis.

La falta de adherencia se dividió en dos categorías: intencionada y no intencionada, para este último, el principal motivo de olvido manifestado fue el apuro.

Las respuestas se agrupan en las siguientes categorías

1. Falta de adherencia no intencionada

“Hoy en el desayuno me he olvidado, a veces me olvido la del almuerzo también porque estuve con la hora y me olvidé” (Paciente 1).

“A veces me olvido de tomar mis pastillas, no tomo a la hora” (Paciente 2).

“De vez en cuando me olvido cuando estoy en la calle, tengo que hacer otras cosas y no regreso a mi casa, porque no las ando en mi cartera. Debería de andarlas en mi cartera, ando las de la presión, pero no ando las de la diabetes” (Paciente 8).

“A veces con el trajín me olvido de las pastillas, por ejemplo, hoy me he olvidado de tomar, de ahí llego a casa a hacer las cosas y me olvido, no tengo todavía un

orden" (...) "A la semana me olvido unas dos o tres veces, si me olvido ya no la tomo, espero hasta el día siguiente porque no sé si la puedo tomar" (Paciente 12).

"A veces cuando viajo me olvido, pero no es algo usual" (Paciente 14).

"Mayormente por la preocupación me olvido de tomar las pastillas, la de la presión no, porque es temprano" (Paciente 16).

2. Falta de adherencia intencionada

"Yo, la verdad, confío en Dios, me encomiendo a Dios y para mí, la diabetes no le temo. Le voy a ser franco y sincero, soy cristiano. Sé que Dios no me va a abandonar (...), el Señor es el que me va a curar. Ya no quiero tomar las pastillas, que sea la voluntad de Dios, de vez en cuando las tomo, la Metformina me afecta al corazón, ya no la tomo y me siento mejor así. La Glibenclamida no la tomo, a veces la tomo. Me siento tranquilo (...). Tanta medicina digo yo, vaya a hacerme daño, el cuerpo no va a dar mucho con tanta medicina" (Paciente 15).

"Me siento triste, porque hace un mes me cortaron la pierna. En realidad, no venía a hacerme mis controles hace un año, no estuve tomando mis pastillas, no tuve un buen control" (Paciente 19).

"Ahorita no estoy tomando medicamentos, pero es que yo me siento bien. El médico me ha dicho que de todas maneras tome la pastilla, aunque sea una al día. Más me preocupan las convulsiones que la diabetes" (Paciente 21).

"No estoy tomando ninguna pastilla, lo que estoy haciendo es tomar agua, todas las mañanas estoy tomando un litro de agua pura, lo leí en internet. Es un cambio que tú le haces a tu riñón. Cada vez que tomo Metformina me da diarrea, entonces digo, no voy a tomar" (Paciente 22).

Uso de insulina

Ninguno de los pacientes entrevistados era usuario de insulina, sin embargo, se preguntó por su opinión respecto a ella, encontrándose que en general hubo sentimientos negativos hacia su uso.

Las respuestas se agrupan en las siguientes categorías

1. Sentimientos de rechazo

“A veces hace bien para una cosa, pero afecta a otra, ese es el problema. No la usaría” (Paciente 5).

“Bueno, la insulina es, no diría venenosa, pero sí ataca a la sangre, no la purifica” (Paciente 7).

“La insulina controla, pero pienso que al menos yo no pienso llegar a ese extremo, no me gustaría” (Paciente 18).

“No aceptaría la insulina, ya me quedaría ahí nomás, qué vamos a hacer. Yo ya viví, ya mis hijos están hechos, son profesionales. El día que me enferme, no quiero que me lleven al hospital y estar intubada, quiero que me dejen en mi cama, no aceptaría que me pongan la insulina tampoco” (Paciente 20).

2. Sentimientos de miedo

“La insulina me da miedo, porque sé que cuando uno es paciente diabético y se coloca insulina es porque prácticamente está bien mal porque ya su organismo no produce sus defensas propias, ya tiene que ayudarlo la insulina” (Paciente 1).

“Me da miedo porque la insulina es cuando estás bien mal” (Paciente 11).

“Le tengo un poco de miedo, la verdad es que yo nunca quise tener diabetes” (Paciente 13).

3. Desconocimiento

“No tengo conocimiento de la insulina ni en qué momento debe usarse ni para qué ni cómo porque no nos han explicado, ni siquiera nos han dicho lo que es, en cambio cuando me diagnosticaron la presión, ahí sí” (Paciente 16).

“No tengo conocimiento de la insulina”. (Paciente 17).

Adherencia a la dieta

La mayoría de los pacientes entrevistados considera importante la dieta en el tratamiento de la diabetes *mellitus*. Se ve reflejado con las siguientes respuestas:

“Es importante porque creo que por ahí es la vía por la que uno puede lograr un resultado más o menos que te favorezca en la salud” (Paciente 1).

“Es importante sobre todo el consumo de verduras” (Paciente 9).

“La alimentación es lo principal, sino lo mismo que nada” (Paciente 14).

Sin embargo, la tercera parte de los pacientes manifestó no haber realizado aún algún tipo de cambio en la alimentación después del diagnóstico.

Los principales motivos para la ausencia de un cambio en la dieta fueron: alimentación fuera de casa, presencia de costumbres alimentarias adquiridas en otra ciudad y ausencia de síntomas.

Las respuestas se agruparon en dos categorías

1. Presencia de cambios en la dieta

“Antes de tener diabetes comía frituras, bastante azúcar, dulces, por ejemplo, tortas. Ahora ya no como frituras, todo es al vapor, he suprimido todo lo que son dulces, como verduras, pescado, huevos” (Paciente 1).

“Antes comía de todo, por ejemplo, dulces, harinas, de todo comía. Ahora como igual pero reservado. Para endulzar me han dado una medicina Stevia, mi doctora me la ha recomendado” (Paciente 2).

“Antes comía más frituras, cosas con más grasa, carne de chanco, los chicharrones, acá en Chiclayo es eso. Eso es lo que me hizo engordarme y ya no controlarme. Ahora, consumo verduras, frutas y hago ejercicios, me controlo en mi alimentación, no consumo gaseosas” (Paciente 5).

“Antes comía demasiadas harinas, arroz, pan. Ahora también como un solo pan, últimamente verduras como más que otra cosa” (Paciente 7).

“Yo comía bien, no comía grasas, dulces sí, desde niña he consumido mucho chocolate, ahora pruebo dulce pero mínimo, porque la boca ya no acepta” (Paciente 9).

“Antes comía de todos, los dulces, era full dulcera. Ahora, más verduras y sopas. Casi harinas no consumo, a las quinientas hago unos tallarines, papa no consumo, yuca a veces, porque me dijeron también que la yuca no se puede comer. Ahora sé lo que hace daño” (Paciente 12).

“Ahora ya no como frituras, no como harinas, no tomo gaseosas, licor ni qué se diga porque no me gusta” (Paciente 13).

“Antes comía de todo, ahora ya no como harinas, como tostadas integrales, avena sin dulce o la endulzo un poquito con Stevia, mi sopa de verduras, pollito sin pellejo, choclito, arroz casi nada” (Paciente 14).

“Antes comía como un animalito: pan, gaseosa, carnes, no me cuidaba como ahora que tengo conocimiento que hace daño, ya comprendo que uno debe cuidarse. Ahora ya no consumo azúcar, uso Stevia, ya no tomo gaseosa. Antes tomaba cerveza, ahora ya no tomo nada. No fumo tampoco. No fumo ni tomo” (Paciente 15).

“Cuando vivía con mis padres comía verduras, posteriormente cuando me casé ha sido una alimentación más criolla, mi esposa me cambió la alimentación, comía más guisos, harinas, menestras. Ahora nuevamente estoy consumiendo más verduras” (Paciente 17).

“Antes comía de todo, a base de papa, arroz, sobre todo, harinas y como soy serrana, ahí la alimentación es a base de yuca y papa. Ahora, es restringida, ya no como como antes, si preparo el arroz, como poquito, dos cucharitas, si como yuca ya no como papa” (Paciente 18).

2. Ausencia de cambios en la dieta

“La alimentación es difícil cuando uno está trabajando, cuando uno está en actividad y estamos todavía en la calle, yo trabajo en diferentes sitios viajando y como en la calle. Ahí es el problema y grande, no es como en la casa que uno se cuida y en la casa le hacen su dieta bajo de grasa, tantas cosas, en la calle es un poco difícil” (Paciente 4).

“A mí me dan ganas de comer de vez en cuando, pero mis hijas no me dejan, cuando no me ven mis hijas estoy pellizcando el queso” (Paciente 10).

“Yo trabajaba en la sierra, trabajar y vivir en la sierra hace que te acostumbres a comer papa, yuca y queso porque no hay pan. Ahora te acostumbras a las comidas, me cuesta trabajo no dejar de comer comidas, yo quiero comida en el desayuno, estoy acostumbrada a tomar sopa, comer arroz” (Paciente 16).

“Antes mi alimentación era normal, mi desayuno era mi palta con mi café y mis dos panes. Ahora no hay cambios, porque yo me siento bien” (Paciente 21).

“A veces hago algunos desarreglos, por ejemplo, cuando estamos en un cumpleaños, un caramelo. En estos días me han regalado un King Kong, usted sabe, como chiclayana, a veces apetece, efectivamente he comido pero una lengüita” (Paciente 9).

Adherencia a la actividad física

A pesar de que la mayoría de los pacientes considera que la actividad física es importante en el control de la enfermedad, la tercera parte manifestó no realizar ejercicios aeróbicos al menos tres veces por semana por 30 minutos de duración.

Los principales motivos manifestados fueron la presencia de enfermedades osteoarticulares y circulatorias y la creencia que la actividad diaria es el equivalente del ejercicio.

Las causas de inactividad física se agrupan en las siguientes categorías

1. Presencia de enfermedades osteoarticulares

“Yo caminaba hace medio año, iba a caminar dos veces a la semana media hora o una hora, pero me han detectado artrosis, me duele la cadera, me he moderado, poco camino ya. Salgo así a caminar al parque, pero ya no como antes que me iba media hora a caminar, aparte que corría, hacía paso ligero, ahora ya no lo hago” (Paciente 2).

“No hago ejercicios porque he tenido un golpe y a raíz de eso he quedado mal, mal de la cintura. Me hicieron un examen para ver el hueso (en referencia a la densitometría), me dijeron que tenía la cadera y la columna mal, que tenía osteoporosis y que trate de no hacer tanto movimiento porque me puedo caer” (Paciente 6).

“A veces salgo a caminar, porque correr no puedo por la artrosis” (Paciente 14).

“He dejado de hacer ejercicios hace como 4 años, he subido totalmente de peso, pesaba 55 kilos, ahora peso 75 kilos. Lo dejé totalmente por el problema que tuve en la columna, me caí de la moto y me prohibieron” (Paciente 16).

2. Presencia de enfermedades de la circulación sanguínea

“Antes asistía al adulto mayor donde hacía gimnasia, paseos, caminatas, ahora he dejado porque tengo várices, todavía sigo en el adulto mayor pero ya no hago ejercicios, ya tengo como cuatro años que no hago, he estado en tratamiento para mis várices, me ocasiona dolor, tengo que estar siempre en descanso con mis pies arriba” (Paciente 20).

3. Considerar la actividad diaria como equivalente al ejercicio

“No hago deporte, soy empleada del hogar, paro todo el día trajinando” (Paciente 12).

“No hago deporte, camino en mi casa, subo escaleras, lavo, hago limpieza, cocino porque como me quedo solita, todos trabajan, tengo que hacer todo, voy al mercado a pie, aunque ahora ya voy poco al mercado porque mi hija ya me deja el refrigerador lleno, todo me deja para que ya no salga” (Paciente 13).

“A veces mi esposo me dice para salir a caminar, pero yo no estoy acostumbrada a caminar, yo me levanto temprano y voy haciendo las cosas de la casa” (Paciente 18).

“Sí hago actividad física, porque mi trabajo es manejar moto lineal, me mantengo en actividad” (Paciente 4).

Uso de medicina natural

Aproximadamente la mitad de los pacientes refirió usar o haber usado medicina natural en algún momento de la historia de la enfermedad.

La forma de consumo que mencionaron todos los pacientes es el agua de tiempo, de manera complementaria al tratamiento convencional y pudiendo alternar entre las distintas variedades de plantas.

Coincidentemente, el lugar de compra mencionado por casi todos fue el mercado Modelo, el más grande de la ciudad de Chiclayo, caracterizado por tener una gran sección de venta de productos naturales y otros.

El precio es accesible según los entrevistados, oscila entre dos y cinco soles para una duración de una a dos semanas.

Algunos de los efectos adversos mencionados fueron: cefalea, mareos y meteorismo. Los pacientes que la usaron por recomendación médica asumieron de forma tácita la efectividad y seguridad del producto.

Las opiniones en el grupo de pacientes usuarios de medicina natural son diversas, pero aproximadamente la mitad refiere que sí recomendarían el uso:

“Es efectiva, yo perdí esas ansias que tenía de tomar más líquido, pero hay que tener mucha fuerza de voluntad, porque la glucosa baja y luego vuelve a subir si no se cumplen las indicaciones como salir a caminar, pero es un poco difícil para hacerlo” (Paciente 5).

“Es efectiva para mantener la glucosa” (Paciente 10).

“La medicina natural no hace mal ni bien tampoco porque sirve para nuestro organismo” (Paciente 20).

“Me bajaba mucho la glucosa, un día me sentí mal, me quiso dar como mareo, desde ahí le tuve desconfianza” (Paciente 15).

Asimismo, las principales razones de los pacientes para no usar medicina natural son: la desconfianza, la falta de efectividad y la falta de costumbre del uso de hierbas.

Las respuestas se agrupan en las siguientes categorías

1. Desconfianza por considerar la medicina natural como un negocio

“Medicina natural no he cogido hasta ahora porque a veces no hay mucha gente con ética, a veces te venden cosas que no te sirven, más bien te perjudican, a veces por vender te emocionan. No conozco mucho de esa medicina” (Paciente 1).

“No consumo medicina natural porque creo que son personas que no están preparadas, te engañan, te mienten con tantas cosas, por eso es que no consumo. Nunca lo he hecho ni lo haría, cada uno con lo suyo, por eso estudiamos algo, nos preparamos por eso. No confiamos, es nuestro cuerpo, es nuestra salud, no podemos ingerir cualquier cosa que por negocio nos van a vender” (Paciente 16).

2. Ausencia de efectividad

“Considero que no es efectiva” (Paciente 11).

“No van a proporcionar mejoría” (Paciente 15).

3. Falta de costumbre

“No he optado por la medicina alternativa porque en casa no consumimos medicina natural” (Paciente 9).

“Hierbas no tomo porque no me gustan, aparte, no quiero probar con otras cosas porque al final no sabes qué es lo que te está haciendo bien si tomas muchas cosas (Paciente 22).

4. Probabilidad alta de uso

“Mi hermano está tomando una hierba que se llama Sacha Jergón y a él le ha hecho bastante bien porque él ha tenido pie diabético y le han salvado el pie. Sacha Jergón es una raíz, no la he probado aún, pero me la han recomendado, lo estoy considerando porque la herida del pie de mi hermano ha cicatrizado. También me han hablado del yacón. No las he probado, en algún momento podría ser” (Paciente 4).

Otra de las preguntas que se les realizó a los pacientes fue quién les recomendó el uso de medicina natural. Aproximadamente la mitad manifestó que fue algún miembro de la familia, seguido por algún amigo. En menor frecuencia el médico o el hierbero.

Se presentan las respuestas de los pacientes:

1. Recomendación proporcionada por algún miembro de la familia

“Mi hermana le compra Moringa a mi papá que tiene diabetes, dice que le ha hecho bien” (Paciente 1).

“Un familiar, una comadre me recomendó, ella tiene diabetes y yo la veía que dormía cuando estaba conversando con ella, entonces yo dije, si así va a ser, no quiero llegar a eso, por eso comencé” (Paciente 5).

“Siempre comienzan a decir en reuniones que se hacen, hay comentarios. En reuniones familiares hay a veces algunos que tienen y recomiendan tomar” (Paciente 12).

“Por intermedio de mi esposa que es de Cajamarca, ella también las consume” (Paciente 17).

2. Recomendación proporcionada por algún amigo

“Me recomendaron unos amigos que han sufrido las consecuencias de la diabetes y que han visto que han mejorado con esas hierbas” (Paciente 7).

“Me recomendó un amigo, decía que hacía bien” (Paciente 10).

“Me recomendaron las amistades, cuando uno conversa en el hospital” (Paciente 20).

3. Recomendación proporcionada por el médico

“El doctor que me trata de la artrosis me recomendó el achiote, él también me cura con unas agujas” (Paciente 2).

“Una misma doctora me dijo, ¿por qué no compra medicina natural?” (Paciente 14).

4. Recomendación proporcionada por el hierbero

“Los mismos hierberos me recomendaron” (Paciente 15).

Adicionalmente, se quiso conocer la opinión de los vendedores de medicina natural. Algunos extractos de las entrevistas se presentan a continuación

“En los tiempos de los incas, usaban estos productos, ellos no andaban enfermos como ahora. Por ejemplo, para la gripe les dan antibióticos, y la gripe no la curan. ¿Qué hacen? Todo lo encierran adentro del cuerpo, a la larga fibrosis en el pulmón. Qué pasó, ya no hay solución, su vida quedó en nada, tiene que morir. Por eso con estos productos sí se puede vivir. No hay otro país como el Perú, que tiene estas plantas, tenemos todas las variedades”.

“El kuti kuti, es para bajar el azúcar y el colesterol. También está la pasuchaca, la moringa, la carqueja. La diabetes afecta al hígado, al páncreas lo enferma. Si tomamos más medicinas, avanzamos más la diabetes o sea malogramos el hígado y los riñones. La gente viene aquí y se cura. Tienen que dejar de tomar las pastillas, porque la pastilla te afecta el hígado, el páncreas, el riñón, luego la persona termina en diálisis, más solución a su problema ya no hay, es caso perdido para la medicina. Tomar medicinas mata todos los sistemas, todas las defensas las acaba. En cambio, tomando la medicina natural con 5 o 6 soles se mantienen.”

Se quiso investigar también, si los médicos estaban informados del consumo de medicina natural por parte de los pacientes; se encontró que el consumo fue oculto; siendo el principal motivo el no considerarlo relevante.

Durante la entrevista hubo un grupo de pacientes que manifestó haber utilizado medicina natural en algún momento de la evolución de la enfermedad, en ellos se quiso saber el motivo del cese de consumo. Las respuestas fueron diversas, siendo las principales: la ausencia de mejoría, la presencia de síntomas de hipoglicemia y la falta de ganas para la preparación.

Las respuestas se presentan en categorías:

1. Ausencia de mejoría

“Yo usaba la ortiga que la traen de la sierra, como agua de tiempo. Dejé de tomarlas porque las hierbas se escasean, ya no traían de la sierra, la dejé. Además, no sentía mejoría” (Paciente 15).

2. Presencia de hipoglicemia

“Dejé de tomar la pasuchaca porque ya yo veía que me bajaba demasiado la glucosa y mi glucosa se puso estable. Entonces ya dejé de tomar” (Paciente 5).

“Tomaba unos preparados llamados amargos, de verdad me tomaba y era bien amargo. Me bajó bastante la glucosa. Tomaba mis amargos ahí en los puestos del mercado Modelo, sabía el nombre de las pajitas, pero no me acuerdo. La otra era la sábila, lo tomaba como un vaso de líquido. Yo iba y lo tomaba ahí, no lo llevaba a casa porque no conocía las pajitas. Como yo tenía mi negocio me iba a comprar al mercado Modelo y cada que me iba compraba.

Un día me sentí mal, sentí que me quería dar mareos y en mi casa nadie, ni mi esposo sabía que había tomado las pajitas, entonces me sentí mal, tomé la tacita que me dijeron y desde ahí le tengo desconfianza, solamente que sea la manzanilla, un anís, eso sí, de ahí ya no, le tuve miedo. Después le conté a mi familia, ¡Mamá por qué has hecho eso me dijeron! Es que hijita, no encuentro consulta en el hospital y no sé qué hacer” (Paciente 13).

3. Dificultad para la preparación del producto

“Ya no tomo la pasuchaca, ya no tomo por flojera de preparar, me olvido de preparar” (Paciente 10).

Conocimiento de las metas del tratamiento

Para identificar si los pacientes conocían las metas terapéuticas de la diabetes *mellitus* se realizó la pregunta: ¿Su médico le ha explicado cuáles son los niveles de glucosa o hemoglobina glicosilada que debe tener para considerar que su enfermedad se encuentra controlada? Ningún paciente respondió correctamente.

Significado de la enfermedad en la vida de los pacientes

Finalmente, se quiso investigar cuál fue el impacto o significado de la enfermedad en la vida de los pacientes. Se encontró que aproximadamente la tercera parte manifestó sentirse adaptado.

El resto manifestó temor a las complicaciones, sentimientos de tristeza, resignación y también optimismo.

Hubo un paciente cuyo discurso evidenció minimización del problema.

Se agrupan las respuestas en las siguientes categorías:

1. Generación de sentimientos de temor a las complicaciones

“Para mí es incómodo y preocupante a la vez porque me da miedo que en un descuido me malogre otro órgano, los riñones. Cuando me dijeron que tenía diabetes, me chocó” (Paciente 1).

“Es una enfermedad que afecta mucho, que hay que tener mucho cuidado, mi hermanita menor también tiene diabetes, pero no se ha cuidado, le amputaron una piernita y luego la otra. Por eso es una enfermedad que ha calado mucho en mí, yo me cuido” (Paciente 9).

2. Generación de sentimientos de tristeza y de resignación

“El significado de la diabetes para mí es un poco medio mal, porque con la diabetes uno no puede hacer nada, no puede comer. Ahorita me siento medio así, triste, porque hace un mes me cortaron la pierna” (Paciente 19).

“Yo ya viví, he vivido en las buenas y malas con mi esposo, tenemos 50 años de casados, el día que me llegue a poner mal, quiero que me dejen ahí.” (Paciente 20).

3. Una oportunidad de cambio y mejora

“Es un cambio total que he tenido en mi organismo porque han cambiado muchas cosas a raíz del ejercicio, de la ingesta de agua. Me siento bien, no es como antes que sentía cansancio, sueño, malestar, me dolían las piernas; en cambio ahora no, salgo a caminar y no me duelen las piernas. Fue un cambio positivo, también la comprensión de la familia, a veces al esposo hay que hacerlo que participe de la enfermedad de uno para poder vivir tranquila porque si no, es una preocupación” (Paciente 5).

“Ya no es una vida normal, tienes que cuidarte muchísimo. Antes te antojabas comer un pedazo de King Kong, un arroz con leche y te lo comías. Ahora, no, tienes que cuidarte. Yo estaba más gorda, ha sido una oportunidad para mejorar en la alimentación” (Paciente 14).

4. Una enfermedad que no tiene solución

“Para mí la diabetes es una enfermedad incurable, que no hay solución, porque yo tengo entendido que ningún médico ha dicho: hasta acá nomás la diabetes, hay curación. Muchos han perdido los brazos y las piernas por la diabetes. Yo la verdad, me encomiendo a Dios” (Paciente 15).

5. Minimización del problema

“Con la diabetes normal, si he superado la convulsión (paciente con diagnóstico de epilepsia) qué será esto. Mi vida la hago normal, con el favor de Dios. Más me preocupan las convulsiones que la diabetes” (Paciente 21).

6. Adaptación a la situación

“Al comienzo sí me chocó, pero después ya me hice a la enfermedad, ya lo asimilé” (Paciente 12).

“La verdad es que yo nunca quise tener diabetes, cuando me dijeron que tenía diabetes no sabía ni dónde estaba parada, salí llorando del hospital porque en mi casa siempre se decía que la diabetes era peligrosa, que les cortaban los brazos, las piernas. Mis hijas me alentaron, no es el fin del mundo me dijeron, todo está en que te cuides. Desde ahí comencé a cuidarme (Paciente 13).

“Yo trato de llevarla como si no la tuviese, claro que me cuido en la alimentación; pero que esté pensando todo el tiempo en eso, no. Prefiero tomarlo como si no existiese porque si estoy pendiente de eso, creo que me enfermo más” (Paciente 18).

“No lo tomo casi a pecho, si lo tomas así, la enfermedad no te mata, sino la depresión, para mí es eso” (Paciente 22).

IV. DISCUSIÓN

Esta investigación de tipo mixta se inició con la etapa cuantitativa, en donde se entrevistó a 350 pacientes con diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2 del Hospital Naylamp de la ciudad de Chiclayo – Perú, elegido al ser Lambayeque uno de los departamentos con mayor frecuencia de casos de diabetes. Según la Dirección General de Epidemiología; en 2016, ocupó el tercer lugar después de Piura y Lima Metropolitana ⁽⁹⁰⁾.

Control metabólico

En este grupo de investigación se encontró que el 48% de los pacientes tuvo un mal control metabólico: presencia de hemoglobina glicosilada mayor a 7%; valor similar a lo reportado en un estudio descriptivo realizado en pacientes ambulatorios del Centro Médico Naval de Callao – Perú ⁽⁹¹⁾ y menor a lo encontrado en la Vigilancia de Diabetes de la Dirección General de Epidemiología de nuestro país, que reportó un 67% de mal control ⁽⁸⁾. En 2012, en la vigilancia de 18 hospitales piloto del país, este valor fue más alarmante: 73% ⁽⁹²⁾. Adicionalmente, en el presente estudio, el 24% de los entrevistados, tuvo valores de hemoglobina glicosilada inferiores a 5.5%.

La literatura médica en materia de estudio de diabetes ha demostrado que valores inferiores a 7% disminuyen el riesgo de complicaciones agudas y la progresión de complicaciones crónicas microvasculares. Asimismo, junto al control de otros factores asociados como la hipertensión arterial o la dislipidemia, la disminución del riesgo de complicaciones macrovasculares ⁽⁹³⁾.

El conocido estudio prospectivo sobre diabetes realizado en Reino Unido (UKPDS) demostró que la relación entre la hemoglobina glicosilada y el riesgo de complicaciones es lineal, no pudiéndose identificar un valor donde el riesgo desaparezca en su totalidad. Por cada disminución de 1% en la hemoglobina glicosilada se encontró una disminución del 21% de la mortalidad relacionada con diabetes (15 a 27%, $p < 0.0001$), 14% para infarto de miocardio (8 a 21%, $p < 0.0001$) y 37% para complicaciones microvasculares (33% a 41% $p < 0.0001$). Por lo tanto, cualquier reducción en la hemoglobina glicosilada, reducirá el riesgo de complicaciones, siendo el riesgo más bajo en aquellos con valores en el rango

normal (menores a 6%) ⁽⁹¹⁾. Por consenso, las Asociaciones Internacionales de Diabetes proponen la meta de 7%, con individualización según la edad y criterio médico. Por lo mencionado, se detectó que aproximadamente la mitad de los pacientes en estudio se encuentra en riesgo de presentar complicaciones a corto o largo plazo.

Características demográficas

El perfil sociodemográficas de los pacientes mostró un 53% de casos en el sexo femenino y 43% en mayores de 65 años, similar a lo que reporta la Dirección General de Epidemiología ⁽¹⁴⁾ y el estudio sobre el uso de fitoterapia en pacientes ecuatorianos con diabetes *mellitus* en donde se encontró que, de 285 encuestados, la mayoría fue del sexo femenino y mayor de 65 años ⁽⁹⁴⁾. Asimismo, el 83% es casado o conviviente y solo el 36% tiene nivel de instrucción superior, el primer resultado; similar también al perfil del estudio ecuatoriano; sin embargo, el porcentaje de pacientes con educación superior en el presente grupo es mucho mayor (versus 0.7%).

Estudios realizados en distintos países encuentran tasas de diabetes *mellitus* superiores en mujeres a diferencia de varones ⁽⁹⁵⁾. McCollum et al. realizaron un estudio sobre diferencias de género en la diabetes *mellitus* encontrando que, en comparación con los varones, las mujeres manifestaron presentar más limitaciones físicas y cognitivas, comorbilidades, depresión, menor nivel educativo y de ingresos ⁽⁹⁶⁾. A pesar de que los resultados en salud son diferentes entre los distintos sexos, las desigualdades de género no son del todo claras para explicar este hallazgo, y podría deberse a desigualdades en la expresión genética por lo que sería necesario ampliar el conocimiento en este aspecto.

La edad es uno de los factores de riesgo no modificables de la diabetes *mellitus*, a mayor edad, mayor riesgo de enfermar; sin embargo, se ha visto en las últimas décadas el diagnóstico en edades más tempranas. En este estudio, predomina la tendencia a presentarse en el adulto mayor, se observa, además, que la prevalencia aumenta conforme se incrementa la edad.

Comorbilidades y factores de riesgo

Las comorbilidades de los pacientes estudiados fueron: sobrepeso 57%, obesidad 19% e hipertensión arterial 48%; los dos primeros similares a lo indicado por la Dirección General de Epidemiología; sin embargo, la presencia de hipertensión arterial es mayor en este grupo versus el 33% encontrado en dicho reporte ⁽⁸⁶⁾. Este binomio hipertensión arterial – diabetes *mellitus* se presenta con bastante frecuencia, por eso algunos investigadores plantean la posibilidad de existencia de un nexo fisiopatológico; recordar que ambos forman parte del síndrome metabólico en donde se presenta un estado de insulinoresistencia e hiperinsulinismo secundario que puede condicionar por diversos mecanismos elevación de la presión arterial ⁽⁹⁷⁾. El hecho de que casi la mitad de los pacientes con diabetes *mellitus* sea hipertenso, incrementa el riesgo de complicaciones macro y microvasculares, por lo que sería importante conocer si los niveles de presión arterial son adecuados y si la adherencia al tratamiento farmacológico es buena. Asimismo, solo el 23% tiene un peso normal, lo que refleja la falta de adherencia a los cambios en los estilos de vida.

En esa misma línea se encontró que solo el 36% de los pacientes realiza actividad física: treinta minutos de ejercicios aeróbicos por lo menos tres veces a la semana según lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud y que solo la mitad de los pacientes consume una dieta con bajo contenido de carbohidratos. Esto no se aleja al escenario general peruano, según la Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicos, Socioeconómicos y Culturales relacionados con las enfermedades crónico-degenerativas, el estilo de vida del peruano se caracteriza por el aumento del consumo de alimentos de alto contenido calórico e inactividad física. Esta encuesta reportó que los pobladores de Lima Metropolitana y de la costa consumen comida chatarra al menos una vez por semana con una frecuencia de 30 y 33% respectivamente. También mostró que la cantidad de calorías provenientes del consumo de hidratos de carbono fue de 74% (siendo el máximo nivel recomendado de 75% y el ideal de 55%). Respecto a la actividad física, aproximadamente la mitad de la población realiza sentada su actividad laboral diaria y el 72% no complementa esta actividad con ejercicios adicionales o actividad física vigorosa ⁽⁴⁾.

Esta realidad no solo se presenta en nuestro país; por ejemplo, en Estados Unidos, solo el 2% de los pacientes cumplen al 100% con todas las recomendaciones de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) y la adherencia a la alimentación saludable y actividad física son solo de 52% y 26% respectivamente, porcentajes bastante similares a los apreciados en este grupo de estudio ⁽⁶⁾.

Estilos de vida poco saludables como los reflejados en el presente grupo, favorecen la presencia de sobrepeso y obesidad que en conjunto representan el 76% de los casos, estos generan a su vez alteraciones en la homeostasis de la glucosa, mayor resistencia a la insulina e hiperglicemia, volviéndose un círculo vicioso. No basta con el tratamiento farmacológico, los otros dos pilares del manejo de la diabetes *mellitus* tipo 2 son la actividad física y la alimentación saludable ⁽⁵⁾.

Tratamiento farmacológico

Respecto al tratamiento farmacológico, se observó que el 98% de los pacientes reportó el uso de antidiabéticos orales, lo cual es esperable al tratarse de la terapia de primera línea de la diabetes *mellitus* tipo 2. El 40% utilizó solo un grupo farmacológico y el 58% dos. En tratamiento con insulina se encontró el 12% de los pacientes, de forma concomitante con la terapia oral.

De estos resultados se puede concluir que más de la mitad de los pacientes requiere de terapia combinada, la que se necesita a medida que va aumentando la dificultad de alcanzar las metas glicémicas (glucosa en ayunas menor a 130 mg/dl, glucosa posprandial menor a 180 mg/dl y hemoglobina glicosilada menor a 7%). Las principales causas de falla de la monoterapia son: obesidad, inadecuada adherencia al tratamiento, ausencia de actividad física, presencia de comorbilidad y disminución de la función beta del páncreas, varios de estos factores los podemos ver en el presente grupo de investigación ⁽⁵⁾.

Tratamiento no farmacológico

Respecto al uso de medicina natural, se encontró que el 62% de los pacientes empleó esta terapia de forma complementaria al tratamiento convencional; el perfil del usuario fue: sexo femenino, mayor de 65 años, casado o conviviente, grado de instrucción secundaria y sobrepeso.

En la literatura se encuentra que Al-Eidi S et al. realizaron un estudio en Arabia Saudita para evaluar las actitudes hacia la medicina complementaria de los pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2 y encontraron una prevalencia de uso de 31%. Uno de los factores predictores para su uso fue la edad mayor de 51 años, algo menor al grupo etario observado en el presente estudio ⁽²²⁾. De igual forma, un reporte nacional de salud en Estados Unidos mostró que aproximadamente el 40% de los adultos de ese país, usó medicina complementaria y alternativa en el año previo a la realización de la encuesta. Los usuarios fueron del sexo femenino, con una mayor nivel educativo y mejores ingresos económicos ⁽⁹⁸⁾.

Johnson L et al. evaluaron el uso de remedios herbales en mujeres hispanas de centros de salud de Arizona – Estados Unidos y encontraron 90% de uso e identificaron 77 hierbas diferentes consumidas en su mayoría de forma complementaria ⁽²⁷⁾. Amirehsani et al. estudiaron el uso de hierbas medicinales en inmigrantes latinos con diagnóstico de diabetes *mellitus* y encontraron una frecuencia de uso del 79% además de 49 diferentes tipos de hierbas. En nuestro país, Valdivia et al. reportaron el 68.6% de uso de medicina natural en una población de Lima, valor que más se acerca a lo encontrado en esta investigación ⁽⁵²⁾. De estos estudios se puede suponer que existiría una mayor inclinación al uso de medicina natural en pacientes del sexo femenino de Latinoamérica, la forma de uso más frecuente es la complementaria y la diversidad de plantas es tan amplia (en la presente investigación se identificaron alrededor de 25) que es difícil encontrar un solo patrón.

En el presente estudio, las cuatro plantas más empleadas fueron el yacón (28%), moringa (13%), alpiste (8%) y canela (7%), usadas como monoterapia. Solo el 13% de los pacientes reportó el uso de dos o más plantas a la vez a diferencia del estudio de Valdivia en el que el 73% de los pacientes manifestó usar dos o más productos ⁽⁵²⁾.

En la primera etapa de esta investigación se quiso realizar una búsqueda bibliográfica general sobre el uso de medicina natural; sin ninguna orientación a las plantas que por popularidad ya sabemos son usadas en casos de diabetes *mellitus*, de esta forma, se encontraron diversos ensayos clínicos nacionales e internacionales con resultados contradictorios y no concluyentes en términos de efectividad. Los que fueron estadísticamente significativos estudiaron: la canela, cebolla y ginseng que redujeron solo glicemia en ayunas ^(26,37,41), el yogurt probiótico y el kion que redujeron la glicemia y la hemoglobina glicosilada ^(30,31) y el té de manzanilla y té negro que redujeron la hemoglobina glicosilada ^(38,40). También se encontró una revisión sistemática y metaanálisis sobre la canela que mostró disminución significativa tanto de la glicemia como de la hemoglobina glicosilada ⁽²⁸⁾, pero en una actualización de la revisión se encontraron solo efectos en la mejora de la glicemia ⁽³⁴⁾. Esta heterogeneidad de los resultados se debe a las diferentes dosis y duración de los tratamientos empleados. Otra revisión sistemática sobre el uso de camote mostró disminución significativa de la hemoglobina glicosilada ⁽³⁵⁾. Los estudios que tuvieron resultados negativos fueron el melón amargo ⁽²⁵⁾, la canela, azafrán y kion ⁽³³⁾.

Con estos resultados se puede observar la ausencia de un consenso sobre la efectividad del tratamiento; las mismas revisiones sistemáticas tienen resultados diferentes; sin embargo, varios ensayos clínicos nos orientarían hacia la disminución de la glicemia en ayunas, la hemoglobina glicosilada o ambas.

Con relación a las plantas medicinales reportadas en la presente investigación, la única con diversos ensayos clínicos favorables es la canela, sin embargo, solo es consumida por el 7% de los pacientes. Sapkota et al. evaluaron las distintas modalidades de tratamiento en diabetes *mellitus* y encontraron que la terapia usada por algunos pacientes también fue la canela ⁽²³⁾. En el estudio de Valdivia et al. las plantas más usadas fueron: hercampuri, uña de gato, caigua, pasuchaca, chancapiedra y kuti kuti; mientras que, en este grupo, la pasuchaca solo es usada por el 1.7% y la chancapiedra o el kuti kuti, solo por el 0.3% ⁽⁵¹⁾. En el estudio de fitoterapia ecuatoriano, las más usadas fueron la planta de insulina, dulcamara y estevia, hallazgos diferentes a lo encontrado en este estudio ⁽⁹⁴⁾.

Respecto a las plantas más usadas en el presente grupo de estudio:

Yacón

En la presente investigación, el 28% de los pacientes reportó su uso, convirtiéndolo en la medicina natural más empleada, probablemente en relación con los estudios experimentales realizados por Yataco ⁽⁵⁰⁾ y Gordillo ⁽⁵¹⁾ realizados en nuestro país con resultados favorables hacia su uso y con la ausencia de reporte de efectos adversos. El yacón se encuentra ampliamente distribuido en las regiones andinas, desde hace décadas se consume en nuestro país ya sean sus hojas o raíces; se plantea que estaría formado por una serie de compuestos que actuarían aumentando la concentración de insulina en la sangre, sin embargo, su mecanismo de acción no está del todo claro ^(99,100). Los ensayos clínicos apoyarían su uso de forma complementaria al tratamiento farmacológico convencional, tal como lo consumen en este grupo estudiado.

Moringa

En la presente investigación, el 13% de los pacientes usa moringa, convirtiéndola en la segunda planta natural más usada, resultado que coincide con lo encontrado en un estudio en un área rural de Guatemala ⁽¹⁰¹⁾, demostrando que su uso se ha hecho extensivo desde su lugar de origen atribuido a países de Asia y África. Asimismo, se usa de forma complementaria al tratamiento convencional, tal como lo recomendado por los ensayos de Taweerutchana ⁽⁴⁴⁾ y Padilla ⁽⁴⁵⁾, esto en probable relación con el efecto de sinergismo observado con el uso de metformina. Probablemente la moringa sea una de las plantas medicinales con mayor uso, no solo por sus aparentes efectos hipoglicemiantes; sino también, por sus propiedades antihipertensivas, antioxidantes e incluso regulativas de la función tiroidea. Se plantea en varios países como herramienta de lucha contra la desnutrición por su alto poder nutricional. Sin embargo, no se encontraron disponibles más estudios en humanos ni realizados en nuestro país.

Alpiste

En el presente grupo de estudio, el 8% reportó el uso de alpiste, convirtiéndose en la tercera planta natural más usada. El origen de esta planta se atribuye a las islas

Canarias, posteriormente se ha extendido a países de climas templados como el nuestro, para usarse principalmente como alimento para pájaros. En su composición se ha detectado carbohidratos complejos como el almidón, aminoácidos esenciales, fibras, vitaminas, minerales y ácidos grasos omega 3, motivo por el que su consumo actualmente también es en humanos, en una presentación libre de sílice. Según lo revisado, sus propiedades antihipertensivas e hipoglicemiantes, apoyarían el uso en este grupo de pacientes: la mitad de los mismos tienen el binomio diabetes *mellitus* – hipertensión arterial ⁽⁴⁷⁾.

Pasuchaca

En la presente investigación, solo el 2% de los pacientes reportó usarla. En la revisión bibliográfica únicamente se encontraron estudios realizados en roedores por lo que se justifica este bajo porcentaje ⁽⁴⁴⁾.

De forma general, se ha podido observar que existe diversidad de uso de medicina natural en las distintas poblaciones de estudio, la mayoría de los ensayos con resultados favorables en la mejora de la glicemia y de la hemoglobina glicosilada han sido realizados en roedores, sin embargo, sería primordial aplicarlos en seres humanos; con una muestra, seguimiento, duración del tratamiento y evaluación de los efectos adversos de forma adecuada.

Factores asociados al buen control metabólico

En el presente estudio se encontró un mejor control metabólico en el grupo etario de 55 a 64 años, resultado que estaría en relación con el estudio de casos y controles realizado en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2 de un hospital de Costa Rica en donde la edad mayor de 40 años fue un factor protector (OR de 0.61, intervalo de confianza del 95% de 0.41 – 0.92) ⁽¹⁰²⁾. También se encuentra acorde al estudio descriptivo realizado en México en donde la edad menor y el índice de masa corporal alterado se asociaron significativamente con descontrol metabólico ⁽¹⁰³⁾ y al estudio realizado en una población afroamericana predominantemente urbana de Georgia, Estados Unidos en donde se evaluó la relación entre la edad y

el control glicémico y se encontró que la edad menor y el índice de masa corporal mayor están asociados significativamente a niveles más altos de hemoglobina glicosilada en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2 ⁽¹⁰⁴⁾.

La asociación de una dieta baja en carbohidratos con un mejor control metabólico fue estudiada por Sato et al. quienes a través de un ensayo clínico aleatorizado demostraron que este tipo de dieta (130 gramos al día de carbohidratos por 6 meses), redujo los niveles de hemoglobina glicosilada e índice de masa corporal en pacientes japoneses con diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2 ⁽¹⁰⁵⁾. Otro estudio japonés realizado en 2018 encontró niveles más altos de hemoglobina glicosilada e índice de masa corporal en la población más joven y demostró que los malos hábitos alimenticios están asociados a un peor control glicémico y mayor índice de masa corporal ⁽¹⁰⁶⁾. Asimismo, un estudio chileno con más de 700 pacientes con diabetes *mellitus*, demostró también que el índice de masa corporal normal es un factor protector asociado a un mejor control metabólico (OR de 0.58, intervalo de confianza de 0.33 a 0.86) ⁽¹⁰⁷⁾.

Al contrario de lo reportado en la encuesta nacional multicéntrica realizada en Turquía ⁽¹⁰⁸⁾ y en un estudio de tipo transversal realizado en Etiopía ⁽¹⁰⁹⁾, en donde el nivel educativo inferior fue un predictor significativo de mal control metabólico, en el presente estudio se encuentra que, a mayor grado de instrucción, el riesgo de mal control es mayor; esto puede deberse a que los pacientes con grado de instrucción primaria como máximo nivel alcanzado representan solo el 7% del total de entrevistados y tienen una edad superior a 50 años, por lo que el buen control metabólico podría deberse a la edad más que al nivel educativo.

Creencias sobre el origen de la enfermedad

Respecto a la etapa cualitativa de la investigación, se estudiaron las creencias de los pacientes, divididas en categorías. Casi todos los pacientes incorporaron narrativas personales en sus respuestas. Respecto a la atribución del origen de la enfermedad, se identificó que la mayoría considera que un acontecimiento vital estresante fue el desencadenante de la diabetes; en segundo lugar, un estilo de vida poco saludable. Asimismo, se detectó a pacientes que desconocen el origen de la enfermedad. Este resultado se contrapone a lo encontrado por dos

investigaciones mexicanas que determinaron que, sin importar el nivel socioeconómico de los pacientes, el “susto” fue el origen más mencionado, seguido por el “coraje”. Detectaron al igual que en la presente, una gran parte de desconocimiento del tema ^(18,19). Estas investigaciones fueron realizadas hace 15 años, cuando el acceso a la información era más limitado.

Una revisión sistemática más reciente sobre temas de relevancia cultural en pacientes con diabetes encontró que, en un estudio cualitativo, el 93% de los mexicanos residentes en Estados Unidos, atribuyeron el origen a la genética y/o mala alimentación. Adicionalmente, al fallecimiento de algún miembro de la familia o una forma de castigo por una mala conducta ⁽¹¹⁰⁾. Si bien es cierto, permanece el factor emocional, en este grupo se observa un conocimiento más concreto sobre el origen de la enfermedad.

Similar a lo encontrado en la presente investigación, Adams y Hunt, identificaron a los eventos estresantes únicos como un accidente de carro; o prolongados, como el cuidado de pacientes crónicos, como posible origen de la enfermedad ^(111,112). Estos hallazgos son valiosos porque se puede detectar que es frecuente en la consulta ambulatoria, que los pacientes consideren a la diabetes *mellitus* como una enfermedad de tipo “emotiva”. Fisiopatológicamente, es cierto que un evento estresante produce liberación de adrenalina, noradrenalina y cortisol, hormonas hiperglicemiantes; sin embargo, una persona sin diabetes *mellitus*, liberará insulina y normalizará rápidamente esos niveles, a diferencia de una persona con la enfermedad. Es vital que dentro de la educación sanitaria se recalque en los pacientes que son tres los factores involucrados en el desarrollo de la diabetes *mellitus* tipo 2: la obesidad, la resistencia a la insulina y la producción pancreática insuficiente de insulina, factores asociados a estilos de vida poco saludables. Si no existe el componente hereditario, toda persona con dislipidemia, obesidad y/o hipertensión arterial, se encuentra en riesgo de desarrollar diabetes. Asimismo, si no hay acercamiento al sistema de salud en etapas precoces donde se pueda realizar exámenes de screening en personas asintomáticas, la detección se realizará de forma tardía, tal vez, de forma coincidente con algún evento estresante, al que posteriormente se le atribuirá el origen.

Creencias sobre la definición, complicaciones y metas

En esta investigación se consideró importante conocer si los pacientes definen bien su enfermedad, porque es el punto de partida para su manejo, y se encontró que solo el 5% lo hace de forma correcta. La mayoría de los pacientes no sabe qué es la diabetes *mellitus* y esto puede ser reflejo de una insuficiente educación sanitaria. El valor encontrado es menor a lo reportado por Noda et al. quienes estudiaron los conocimientos sobre la enfermedad de pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2 del Hospital Arzobispo Loayza y Cayetano Heredia de Lima, Perú y encontraron que solo el 38% tenía el concepto adecuado del problema ⁽¹¹³⁾. Tanto en Lima como en Chiclayo, es una realidad preocupante la falta de empoderamiento de los pacientes hacia el cuidado de su salud que debe iniciarse conociendo algo tan elemental como la definición del problema que presentan. A pesar de ello, el 76% de los encuestados conoce las complicaciones de la enfermedad, pero llama la atención que la mayoría de las respuestas hacen referencia a complicaciones renales y oftalmológicas y en un menor porcentaje a complicaciones circulatorias periféricas. Parece ser que existe un desconocimiento de las complicaciones macrovasculares como la posibilidad de infarto de miocardio o accidente cerebrovascular. Se nota en las respuestas claramente que una de las principales preocupaciones de los pacientes es la de presentar daño renal. Este resultado también es diferente a lo encontrado por Noda et al. quienes reportaron solo un 10% de conocimiento de las posibles complicaciones ⁽¹¹³⁾. Asimismo, en la presente investigación, ningún paciente indicó cuáles son las metas de su tratamiento antidiabético; este hallazgo es fundamental, debido a que, si no existe conocimiento sobre los niveles de glucosa y hemoglobina glicosilada considerados normales, no sabrán si tienen un buen o mal control metabólico de la enfermedad. Parte del proceso de empoderamiento debe centrarse en la educación sanitaria que cubra todos estos aspectos.

Creencias sobre el tratamiento farmacológico

Otra pregunta importante fue respecto al conocimiento del tratamiento farmacológico y de forma alarmante se encontró que más de la mitad de los pacientes no conoce el nombre de las medicinas que consume. Se evidenció confusión con el nombre del medicamento o la identificación de este de acuerdo con

sus características, como el color, el tamaño y la forma. Una vez más podemos notar la falta de educación diabetológica y de empoderamiento hacia el autocuidado.

Para conocer la adherencia al tratamiento farmacológico se preguntó por el uso de medicamentos según la prescripción médica y se encontró que solo el 28% cumple de manera adecuada. La falta de adherencia se clasificó en intencionada y no intencionada. En el primer grupo, las causas manifestadas fueron el miedo a los efectos secundarios por el consumo de medicamentos de larga data, la ausencia de síntomas y la fe de curación a través de Dios y no de los fármacos. En el segundo, los olvidos se asociaron al apuro, la presencia de otras preocupaciones y la falta de orden para incorporarlo a la rutina diaria. El resultado de esta investigación difiere a lo encontrado por Luher et al. quienes reportaron que el 80% de un grupo de pacientes uruguayos refirió no olvidarse de tomar la medicación ⁽¹¹⁴⁾. En una investigación realizada en Nepal donde se evaluaron las percepciones acerca de las distintas modalidades de tratamientos antidiabéticos, se encontró que la falta de adherencia se asoció a la percepción de que los medicamentos eran perjudiciales, lo que afectaba de forma significativa la buena voluntad de las personas hacia la medicación. Respuestas similares no se encontraron en la presente investigación ⁽²³⁾.

Es conocido que la cultura hispana hace un fuerte énfasis en las creencias religiosas y espiritualidad. Pocos estudios han evaluado si estas afectan el autocontrol de los pacientes; uno de ellos, realizado en mexicanos residentes en Estados Unidos concluyó, a diferencia de lo encontrado en el presente estudio, que las creencias religiosas no interfirieron con el acceso a la atención médica y tratamiento de la diabetes ⁽¹¹⁵⁾. En la presente investigación, la narrativa de uno de los pacientes puso en evidencia la presencia de una fe casi irracional al considerar que Dios lo curaría de la diabetes, lo que justificaba el cese del uso de terapia farmacológica. Discursos similares se reportaron en pacientes dominicanas y puertorriqueñas quienes en una investigación manifestaron que era Dios quien controlaba su diabetes ⁽¹¹⁰⁾. Evidentemente, en este tipo de pacientes, las creencias religiosas se interponen a la adherencia terapéutica; por ello, deben ser detectados en la consulta para que reciban orientación diabetológica.

La falta de adherencia terapéutica es un problema frecuente sobre todo en el manejo de las enfermedades crónicas; la presencia de comorbilidades, como se ve en este grupo de pacientes, la afectan. Se comprueba en esta investigación que la simple prescripción no garantiza el cumplimiento terapéutico, es la relación médico-paciente el factor más importante. El responsable de la atención de la salud debe tomarse el tiempo para asegurarse que las recomendaciones terapéuticas proporcionadas han sido entendidas; para evaluar en cada consulta si hay dificultades en el cumplimiento como la presencia de olvidos y generar en conjunto las mejores estrategias para la resolución del problema; para aclarar las dudas, temores y creencias, así como para evaluar la etapa de cambio de comportamiento en la que se encuentra cada paciente y aplicar las técnicas necesarias de motivación para el cambio. El paciente debe sentirse escuchado y comprendido para que pueda involucrarse en su autocuidado y debe interactuar de forma estrecha con el equipo de salud para alcanzar un mejor control glicémico. Se recomienda el uso de cuestionarios como el de Morisky-Green, que, de forma práctica, valora la actitud de los pacientes en relación con la terapéutica. Una fuerte relación médico-paciente es una valiosa herramienta para identificar las estrategias de tratamiento apropiadas y resolver las dudas de cada paciente. Si el médico se limita a “dar una orden” ignorando el hecho de que uno de cada dos de sus pacientes no cumple con las recomendaciones de forma adecuada, correrá el riesgo de intensificar tratamientos de forma innecesaria o de solicitar exámenes complementarios que no corresponden; las consecuencias de ello son los pobres resultados en salud, mayores costos sanitarios, entre otros.

Creencias sobre la insulina

Una de las mejores herramientas terapéuticas en diabetes *mellitus* es sin duda la insulina, por lo que se indagó sobre las creencias respecto a su uso. Lamentablemente se encontraron solo sentimientos negativos: más de la mitad, la rechaza, la tercera parte le tiene miedo y otra pequeña parte desconoce sus efectos. Los motivos de rechazo fueron la creencia de posibilidad de daño a otros órganos, la sensación de estar en la última etapa de la enfermedad y la sensación de ser una medida extrema e innecesaria. Esta realidad es compartida tanto en escenarios

nacionales como internacionales, como lo encontrado por Dal Yilmaz et al. en donde las causas de oposición al tratamiento con insulina fueron: la posibilidad de afectación de la vida social, el temor al aumento de peso, la sensación de falla al tratamiento con medicamentos orales y la posibilidad de depresión ⁽²⁰⁾; y lo encontrado por Sapkota et al. en donde las causas fueron: el miedo a los efectos adversos a largo plazo y la preferencia por la adopción de cambios en el estilo de vida o uso de medicina alternativa. Asimismo, la insulino terapia fue percibida como “la última opción” al igual que en este estudio ⁽²³⁾.

Nuevamente, las respuestas encontradas están en relación con la falta de educación en diabetes, creencias que deben desterrarse ya que la insulina es una de las piezas claves para el control metabólico eficaz, usada incluso como terapia inicial en algunos pacientes, sin relación con la etapa final ni mucho menos con la presencia de empeoramiento de los síntomas o posibilidad de progresión de la enfermedad. Los pacientes deben superar ese sentimiento de rechazo y temor hacia la insulina, de manera que, si en el curso de su condición clínica lo ameritan, no se sientan vencidos por la enfermedad.

Creencias sobre la dieta

Respecto a la adherencia a la dieta, se encontró que casi todos la consideran importante en el tratamiento de la enfermedad; sin embargo, no todos manifestaron haber realizado cambios en su alimentación después del diagnóstico. Los principales motivos para una inadecuada adherencia a las recomendaciones dietéticas fueron: la imposibilidad de almorzar en casa, el vivir en otra ciudad, las reuniones socioculturales, la falta de fuerza de voluntad, la riqueza culinaria del país y la ausencia de síntomas. En este grupo, el cumplimiento, en general, fue adecuado, a diferencia de lo encontrado por López et al. ⁽¹⁹⁾, quienes encontraron que un grupo de mexicanos con diabetes reportaron conciencia de que la alimentación inadecuada empeora el problema, sin embargo, hubo poca adherencia a la dieta.

En este grupo de pacientes, las barreras para el cumplimiento de las recomendaciones dietéticas se asemejan a lo investigado por Sapkota et al., quienes estudiaron el impacto de la dieta en pacientes con diabetes *mellitus* en

Katmandú y Sidney e identificaron como obstáculos para la adherencia: la cultura alimentaria del país y los eventos socioculturales ⁽²⁴⁾.

El consumo de una dieta saludable es uno de los componentes más importantes en el manejo y control metabólico de la diabetes *mellitus* tipo 2, sin embargo, lograr que los pacientes se adhieran a ella es todo un reto porque suelen darle más importancia al tratamiento farmacológico que al no farmacológico. La conducta alimentaria se encuentra a menudo guiada por factores socioculturales, ambientales y emocionales, no necesariamente por las necesidades físicas y nutricionales. La modificación de la dieta habitual y la actividad física regular son recomendaciones aparentemente simples y a la vez complejas de abordar porque implican un cambio de comportamiento. La educación del paciente con diabetes *mellitus* muchas veces se ha limitado al simple hecho de indicarle qué es lo que debe y no debe comer; esto es un error, educar no significa informar ni mucho menos asustar al paciente sobre las complicaciones que presentará si no cumple, porque podemos generar mayor ansiedad en él y hacer que recurra a otros tipos de terapia no avaladas por la evidencia que pueden poner en riesgo su vida. Los pacientes deben empoderarse hacia el cuidado de su salud, motivarse y llevar un autocontrol no solo físico sino también psicológico, emocional y social.

Creencias sobre la actividad física

Respecto a la adherencia a la actividad física se encontró, al igual que con la dieta, que a pesar de que casi todos los pacientes consideran que la actividad física es importante en el manejo de la enfermedad, las tres cuartas partes no realizan ejercicios. Las principales barreras para la adherencia fueron la presencia de enfermedades osteoarticulares o circulatorias y la creencia que la actividad diaria equivale al ejercicio. Estas respuestas difieren a lo encontrado por Palomares, investigadora peruana quien realizó un estudio para evaluar las barreras para mantener una alimentación saludable y actividad física diaria en pacientes con diabetes *mellitus* del Centro Médico Naval de Lima e identificó barreras personales como el trabajo y la falta de tiempo y ambientales como la zona de residencia insegura ⁽¹¹⁶⁾. Otras barreras mencionadas en la literatura son: la falta de tiempo, de energía, de voluntad, de recursos económicos y el miedo a lastimarse ⁽¹¹⁷⁾.

La actividad física es una herramienta terapéutica importante indicada no solo en diabetes *mellitus*, sino también en otro tipo de afecciones como las osteomusculares, paradójicamente, en este grupo de pacientes estudiados, se cree lo contrario. Al igual que con las otras creencias detectadas que interfieren con el adecuado manejo de la enfermedad, se debe reforzar el cambio de comportamiento hacia una actitud positiva frente al ejercicio.

Creencias sobre la medicina natural

Respecto al uso de medicina natural, existen opiniones diversas en los usuarios actuales o pasados: para algunos es efectiva; para otros lo es, pero con cambios en los estilos de vida; y para un tercer grupo, no lo es. Asimismo, existe en algunos pacientes desconfianza y sensación de que “no hace ni bien ni mal”. Estos resultados son similares a lo reportado por el estudio peruano de Valdivia et al. en donde el 25% de los pacientes indicó que no obtuvieron efecto, 16% suspendió el consumo por la presencia de algún efecto colateral y el 60% manifestó un efecto favorable, con la diferencia que; al ser la muestra muy pequeña, en la presente investigación, no se pudo determinar la frecuencia ⁽¹¹⁾.

Además de la diversidad de plantas que se indicaron en el estudio, llama la atención que algunos pacientes mencionaron el consumo de “amargos”, preparados naturales que actúan, según refieren, contrarrestando el efecto “dulce” de la elevación de la glucosa sanguínea ⁽²³⁾. Respuestas similares se encontraron en el estudio realizado en Nepal donde también es popular su uso.

Los motivos de cese de consumo mencionados fueron: la ausencia de mejoría, la presencia de síntomas de hipoglicemia y el desgano para la preparación que se evidenció con el tiempo de uso.

En el grupo de pacientes que no la empleó, las razones mencionadas fueron: la desconfianza, la falta de efectividad, la falta de costumbre y la percepción que cuando se consumen varios medicamentos a la vez, no se sabe a cuál atribuirle el efecto hipoglicemiante.

Se quiso investigar también, cómo llegaron al uso de medicina natural y respondieron que algún miembro de la familia fue el que incentivó el consumo,

seguido por algún amigo. Solo un pequeño número de pacientes indicó que fue el médico quien indicó la terapéutica. Los pacientes que recibieron la orientación médica para el consumo de medicina natural asumieron la efectividad y seguridad de forma tácita. Adicionalmente, el 83% de los pacientes indicaron que el uso es oculto. Más de 20 años después del estudio sobre el uso de medicina tradicional en pacientes con diabetes *mellitus* del Hospital Guillermo Almenara de Lima-Perú, los resultados siguen siendo similares: los pacientes utilizan una diversidad de plantas en el manejo de la enfermedad, siendo esto desconocido por el médico ⁽¹¹⁾. Otras investigaciones internacionales también reportaron el uso de medicina natural de forma oculta ^(32,39).

La medicina complementaria o alternativa es una práctica extendida en todos los países del mundo; algunos pacientes suelen suponer que lo natural es seguro, afirmación que no necesariamente es cierta; algunas plantas pueden ocasionar interacciones medicamentosas por lo que pueden estar contraindicadas en ciertas situaciones como en usuarios de anticoagulantes y digitálicos. Como hemos visto, los pacientes del grupo de investigación tienen otras comorbilidades y requieren de polifarmacia, por eso es fundamental el conocimiento extendido de la medicina complementaria entre los profesionales de la salud, de esta manera se verificará la pertinencia de la medicación y se evitará la presencia de interacciones medicamentosas, así como efectos adversos secundarios. En la Red Asistencial Lambayeque de EsSalud solo existe un Centro de Atención de Medicina Complementaria localizado en un policlínico de Chiclayo, por lo que no todos los pacientes tienen acceso al mismo; sería fundamental, dado el número importante de usuarios, mayores profesionales capacitados en la materia que brinden orientación en el resto de los policlínicos y los centros de atención primaria de la localidad.

Significado de la enfermedad en la vida de los pacientes

Finalmente, respecto al significado de la diabetes en la vida de los pacientes, se pudo observar que luego de un período inicial de negación y tristeza, un grupo se encuentra adaptado a la situación y ha aprendido a sobrellevar la enfermedad de la mejor manera, toda vez que considera que la depresión empeora el problema; otro grupo presenta sentimientos de tristeza, temor a las complicaciones y resignación;

para un tercer grupo, la diabetes *mellitus* ha representado una oportunidad de cambio y mejora; sus estilos de vida han mejorado y sienten el apoyo de los otros miembros de la familia, lo cual consideran importante, de lo contrario sería una preocupación adicional. Un escaso número minimiza la situación.

En este grupo de pacientes se observa diferentes etapas del duelo: negación, depresión o aceptación; sentimientos que no se suelen explorar en la consulta habitual porque la medicina está centrada en la enfermedad y no en la dolencia. Este paradigma debe cambiar, el uso de diversas herramientas en el manejo de pacientes crónicos es fundamental para el aumento de la adherencia: medicina centrada en el paciente, entrevista motivacional, mejora de las habilidades comunicacionales, escucha activa, entre otras. El objetivo final de la aplicación de todas estas estrategias es lograr el empoderamiento del paciente para el mejor manejo y control de la enfermedad.

CONCLUSIONES

Las creencias que constituyen una barrera para el control metabólico de las personas con diabetes *mellitus* tipo 2 del Hospital I Naylamp de Essalud - Chiclayo son: la atribución del origen a un acontecimiento vital estresante, la falta de conocimiento de las complicaciones macrovasculares, la posibilidad de daño de órganos asociado a la polifarmacia, la posibilidad de curación a través del poder de Dios, el uso de insulina asociada a la fase terminal de la enfermedad, la actividad diaria considerada como el equivalente de la actividad física y la creencia de que es una enfermedad que no tiene solución.

Las creencias sobre el origen de la diabetes *mellitus* tipo 2 son los acontecimientos vitales estresantes, los estilos de vida no saludables, la herencia y la información limitada sobre el tema.

Las creencias sobre la definición de la diabetes *mellitus* tipo 2 son: “es una enfermedad que produce la destrucción de órganos”, “es una enfermedad que afecta al páncreas” y “es una enfermedad que se produce por el exceso de comidas”.

Las creencias sobre las complicaciones son: la posibilidad de daño microvascular, con énfasis y mayor preocupación en las lesiones renales y oftalmológicas y con desconocimiento de la posibilidad de complicaciones macrovasculares sobre todo ante la presencia de comorbilidades como dislipidemia e hipertensión arterial.

Las creencias sobre el tratamiento farmacológico son: la insulino terapia puede ocasionar daño a otros órganos, es una medida extrema e innecesaria y está asociada a la fase terminal de la enfermedad. La ausencia de síntomas, la polifarmacia, los efectos adversos y la fe de curación a través del poder de Dios constituyen razones para la adherencia incompleta al tratamiento.

Las creencias sobre el tratamiento no farmacológico son: la actividad diaria es el equivalente al ejercicio físico, la presencia de enfermedades osteoarticulares o circulatorias son una restricción para la inadecuada adherencia a la actividad física. Asimismo, la presencia de eventos socioculturales, la riqueza gastronómica del país, la alimentación fuera del hogar y la ausencia de síntomas son razones para la inadecuada adherencia dietética.

Las creencias sobre el tratamiento alternativo son: la medicina natural es efectiva asociada a cambios en estilos de vida, si ha sido prescrita por algún profesional de la salud se asume de forma tácita la efectividad y seguridad de esta. Asimismo, existe desconfianza por considerarla inefectiva, parte de un negocio con fines de lucro y, además, cuando existe polifarmacia, no se puede identificar a qué terapia atribuirle el efecto.

Los factores asociados al buen control metabólico de las personas con diabetes *mellitus* tipo 2 del Hospital I Naylamp de Essalud - Chiclayo son: el grupo etario, el grado de instrucción, el índice de masa corporal y la dieta baja en carbohidratos.

El 50% de los pacientes tiene un mal control metabólico, 57% sobrepeso, 19% obesidad y 48% hipertensión arterial. La adherencia al cambio en los estilos de vida es incompleta, solo el 48% consume una dieta baja en hidratos de carbono y el 36% realiza actividad física. El 58% emplea dos antidiabéticos orales, el 12% insulina y el 62% terapia complementaria; siendo el yacón, la moringa, el alpiste y la canela, las cuatro plantas más usadas.

RECOMENDACIONES

Con relación a las creencias que constituyen una barrera para el control metabólico se sugiere identificarlas, explorarlas y abordarlas en las consultas médicas. Algunos de los mensajes finales en los que se puede enfatizar son:

- “No existe la diabetes emotiva”.
- “La diabetes no es un cáncer”.
- “Usar insulina no implica estar en la última etapa de la enfermedad”.
- “La actividad diaria no es equivalente a la actividad física aeróbica”.
- “La osteoartritis y la insuficiencia venosa periférica no son contraindicaciones para la actividad física”.
- “La fe en Dios es importante, pero consumir los medicamentos también”.
- “La ausencia de síntomas no es sinónimo de buen control de la enfermedad”.
- “La diabetes mellitus no es una enfermedad que no tiene solución”

Considerando que las creencias sobre el origen, definición y complicaciones de la diabetes *mellitus* tipo 2 fueron inadecuadas, imprecisas o incompletas; se recomienda considerar como herramienta terapéutica el empoderamiento de los pacientes en el autocuidado, para ello, la educación diabetológica y la relación médico-paciente fortalecida, son dos piezas claves. La primera debe iniciarse con la enseñanza de aspectos básicos como la definición de la enfermedad, la etiología, las complicaciones y las metas del tratamiento. La segunda, requiere el aprendizaje de habilidades en entrevista clínica. Otra de las herramientas en el manejo de pacientes crónicos que es fundamental para el aumento de la adherencia terapéutica; es la entrevista motivacional, todas ellas deben ser conocidas y manejadas por el médico de atención primaria, siendo recomendable su inclusión en la currícula de estudios desde pregrado.

Considerando que las creencias sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico son erróneas, y sobre el tratamiento alternativo son imprecisas, se sugiere establecer estrategias para evitar olvidos en el uso de medicamentos como

la simplificación de dosis, el uso de alarmas o recordatorios y el empleo de tecnología digital como el uso de aplicaciones de autoayuda o recursos en línea ya disponibles. Respecto al uso de medicina complementaria, se debe indagar en cada consulta sobre el uso de este tipo de terapia y valorar la interconsulta a los Centros de Atención de Medicina Complementaria correspondientes.

Con relación a los factores asociados al buen control de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital I Naylamp de Chiclayo se sugiere la implementación nacional de la Estrategia de Control de Diabetes *Mellitus* tipo 2 en el Primer Nivel de Atención que incluya: la evaluación trimestral de la posibilidad de daño de órgano blanco, la realización obligatoria de hemoglobina glicosilada trimestral en pacientes mal controlados y semestral en los adecuadamente controlados, así como de otros parámetros laboratoriales que serán aplicados de forma individualizada; intervención de un equipo multidisciplinario que incluya a los siguientes profesionales: médico de familia, enfermero, nutricionista y psicólogo para la implementación de la estrategia de cambio de comportamiento saludable, cuyo propósito es brindar la asesoría para el control de los factores de riesgo modificables y ampliar el conocimiento de los pacientes sobre la enfermedad.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. International Diabetes Federation. Atlas de la diabetes de la FID. Séptima edición. Canarias. 2015. p. 12 – 20.
2. Sociedad Peruana de Endocrinología. Guía peruana de diagnóstico, control y manejo de la diabetes *mellitus*. Primera edición. Editorial Mujica y Asociados SAC. Lima. 2008. p. 11 – 25.
3. Roglic G, Unwin N. Mortality attributable to diabetes: estimates for the year 2010. *diabetes research and clinical practice*. 2010; 87(1):15-9.
4. Ministerio de Salud. Encuesta nacional de indicadores nutricionales, bioquímicos, socioeconómicos y culturales relacionados con las enfermedades crónicas degenerativas. Lima. 2006. p. 6 – 105.
5. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes (ADA 2018). *Diabetes Care*. 2018; 40 (1).
6. Shultz J, Spraguema B. Comparison of views of individuals with type 2 diabetes *mellitus* and diabetes educators about barriers to diet and exercise. *Journal of Health Communication*. 2001; 6: 99–115.
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Adherencia al tratamiento a largo plazo. 2004. Disponible en URL: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf> (Revisado, mayo 2013).
8. Ramos W, López T, Revilla L, More L, Huamaní M, Pozo M. Resumen de la vigilancia epidemiológica de diabetes *mellitus* en hospitales notificantes del Perú, 2012. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2014; 31 (1): 9–14.

9. Aguirrezabalaga J, Aguado M, Aizpurua I. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. *Infac*. 2011; 19: 1-6.
10. Stewart M. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*: Radcliffe Publishing; 2003.
11. Valdivia F, Hidalgo M. Uso de Medicina Tradicional en diabetes *mellitus* No Insulinodependiente. *Anales de la Facultad de Medicina*. 1996; 57 (3): 180–183.
12. UK Prospective diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet*. 1998; 352: 837-853.
13. Seclén S, Rosas M, Arias A, Huayta E. Prevalence of type 2 diabetes in Peru: First wave prevalence report from PERUDIAB, a population based threewave longitudinal study. *BMJ Open diabetes Research & Care*. 2015; 3 (1).
14. Revilla L. Situación de la vigilancia de diabetes en el Perú. *Bol. Epidemiol*. 2013; 22 (39): 825 – 828.
15. American diabetes Association. Standards of Medical Care in diabetes (ADA 2017). *Diabetes Care*. 2017; 40 (1).
16. Molina Y. Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2 que asisten al programa de diabetes del Hospital Dos de Mayo. Tesis de titulación de enfermería. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2008.
17. Moreno C, Sánchez A, Feijoo M, Bernat E, Fons A, Pujol A. Creencias, actitudes y conocimientos de las personas con diabetes tipo 2 respecto a su enfermedad. *Enfermería clínica*. 2004; 14 (6): 307 – 312.

18. Elizondo G, Dimas CC, María A, Martínez S, Georgina M, Rocha N, et al. Atribuciones y creencias sobre la diabetes *mellitus* tipo 2. Rev Med IMSS. 2003; 41(6):465-72.
19. López-Amador K, Ocampo-Barrio P. Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. Arch Med Fam. 2007;19(2):80-6.
20. Dal Yilmaz Ü, Tarhan S. Determination of attitude and knowledge of type 2 diabetic patients towards insulin therapy in Northern Cyprus. 2017.
21. Karbalaefar R, Kazempour-Ardebili S, Amiri P, Ghannadi S, Tahmasebinejad Z, Amouzegar A. Evaluating the effect of knowledge, attitude and practice on self-management in patients with type 2 diabetes. Acta diabetologica. 2016;53(6):1015-23.
22. Al-Eidi S, Tayel S, Al-Slail F, Qureshi NA, Sohaibani I, Khalil M, et al. Knowledge, attitude and practice of patients with type 2 diabetes *mellitus* towards complementary and alternative medicine. Journal of integrative medicine. 2016;14(3):187-96.
23. Sapkota S, Jo-anne EB, Aslani P. nepalese patients' perceptions of treatment modalities for type 2 diabetes. Patient preference and adherence. 2016; 10:1777.
24. Sapkota S, Jo-anne EB, Gwynn J, Flood V, Aslani P. Perceived impact of Nepalese food and food culture in diabetes. Appetite. 2017; 113:376-86.
25. Dans AML, Villarruz MVC, Jimeno CA, Javelosa MAU, Chua J, Bautista R, et al. The effect of *Momordica charantia* capsule preparation on glycemic control in type 2 diabetes *mellitus* needs further studies. Journal of clinical epidemiology. 2007;60(6):554-9.
26. Mang B, Wolters M, Schmitt B, Kelb K, Lichtinghagen R, Stichtenoth D, et al. Effects of a cinnamon extract on plasma glucose, HbA1c, and serum lipids in

- diabetes *mellitus* type 2. European journal of clinical investigation. 2006;36(5):340-4.
27. Johnson L, Strich H, Taylor A, Timmermann B, Malone D, Teufel-Shone N, et al. Use of herbal remedies by diabetic Hispanic women in the southwestern United States. *Phytotherapy Research*. 2006;20(4):250-5.
28. Akilen R, Tsiami A, Devendra D, Robinson N. Cinnamon in glycaemic control: Systematic review and meta analysis. *Clinical nutrition*. 2012;31(5):609-15.
29. Sreedevi A, Gopalakrishnan UA, Ramaiyer SK, Kamalamma L. A Randomized controlled trial of the effect of yoga and peer support on glycaemic outcomes in women with type 2 diabetes *mellitus*: a feasibility study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2017;17(1):100.
30. Ejtahed H, Mohtadi-Nia J, Homayouni-Rad A, Niafar M. Probiotic yogurt improves antioxidant status in type 2 diabetes patients. *Nutrition*. 2012; 28 (5): 539 – 543.
31. Shidfar F, Rajab A, Rahideh T, Khandouzi N, Hosseini S, Shidfar S. The effect of ginger (*Zingiber officinale*) on glycemic markers in patients with type 2 diabetes. *Journal of Complementary and Integrative Medicine*. 2015;12(2):165 – 170.
32. Amirehsani KA, Wallace DC. Tés, Licuados, and Cápsulas Herbal Self-care Remedies of Latino/Hispanic Immigrants for Type 2 diabetes. *The diabetes Educator*. 2013: 39(6): 828 -840.
33. Azimi P, Ghiasvand R, Feizi A, Hariri M, Abbasi B. Effects of Cinnamon, Cardamom, Saffron, and Ginger Consumption on Markers of Glycemic Control, Lipid Profile, Oxidative Stress, and Inflammation in Type 2 diabetes Patients. *The review of diabetic studies: RDS*. 2013;11(3-4):258-66.
34. Allen RW, Schwartzman E, Baker WL, Coleman CI, Phung OJ. Cinnamon use in type 2 diabetes: an updated systematic review and meta-analysis. *The Annals of Family Medicine*. 2013;11(5):452-9.

35. Ooi CP, Loke SC. Sweet potato for type 2 diabetes *mellitus*. The Cochrane Library. 2013: 3(9).
36. Estrada P. Identificación y caracterización de las propiedades biológicas de péptidos de alpiste: cereal empleado para el tratamiento de diabetes e hipertensión. Tesis de maestría. San Luis de Potosí - México. Instituto Potosino de Investigación Científica y Tecnológica. 2013. 38pp.
37. Akash MSH, Rehman K, Chen S. Spice plant *Allium cepa*: Dietary supplement for treatment of type 2 diabetes *mellitus*. Nutrition. 2014;30(10):1128-37.
38. Zemestani M, Rafraf M, Asghari-Jafarabadi M. Chamomile tea improves glycemic indices and antioxidants status in patients with type 2 diabetes *mellitus*. Nutrition. 2016;32(1):66-72.
39. Koren R, Lerner A, Tirosh A, Zaidenstein R, Ziv-Baran T, Golik A, et al. The use of complementary and alternative medicine in hospitalized patients with type 2 diabetes *mellitus* in Israel. The Journal of Alternative and Complementary Medicine. 2015; 21 (7): 395 - 400.
40. Mahmoud F, Al-Ozairi E, Haines D, Novotny L, Dashti A, Ibrahim B, et al. Effect of Diabetea tea™ consumption on inflammatory cytokines and metabolic biomarkers in type 2 diabetes patients. Journal of Ethnopharmacology. 2016; 194:1069-77.
41. Gui Q, Xu Z, Xu K, Yang Y. The efficacy of ginseng-related therapies in type 2 diabetes *mellitus*: an updated systematic review and meta-analysis. Medicine, 95(6).
42. Tessari P, Lante A. A Multifunctional Bread Rich in Beta Glucans and Low in Starch Improves Metabolic Control in Type 2 diabetes: A Controlled Trial. Nutrients. 2017;9(3):297.

43. Ashor A, Werner A, Lara J, Willis N, Mathers J, Siervo M. Effects of vitamin C supplementation on glycaemic control: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2017.
44. Taweerutchana R, Lumlerdkij N, Vannasaeng S, Akarasereenont P, Sriwijitkamol AJE-BC, Medicine A. Effect of *Moringa oleifera* Leaf Capsules on Glycemic Control in Therapy-Naïve Type 2 diabetes Patients: A Randomized Placebo Controlled Study. 2017;2017.
45. Padilla Santamaría F, Cruz Balderrabano J. Extractos de hojas de *Moringa oleífera* en la prevención y tratamiento de la diabetes *mellitus*. 2018. 2018;2(1).
46. Arroyo J, Martínez J, Ronceros G, Palomino R, Villarreal A, Bonilla P, et al. Efecto hipoglicemiante coadyuvante del extracto etanólico de hojas de *Annona muricata* L (guanábana) en pacientes con diabetes tipo 2 bajo tratamiento de glibenclamida. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2009; 70(3):163-167.
47. Arévalo A, Orestes AA, Pezo Aquino MA. Evaluación del efecto hipoglicemiante del extracto acuoso de *Phalaris canariensis* (Alpiste) en ratas albinas cepa Holtzman, Iquitos 2014. 2015.
48. Reinoso S. Evaluación de la actividad hipoglicemiante del extracto acuoso de semillas de alpiste (*Phalaris canariensis*) en ratones (*Mus Musculus*) con hiperglicemia inducida. Tesis de licenciatura. Chimborazo – Ecuador. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. 2013.
49. Gutierrez M. Efecto del extracto acuoso del *Geranium Dielsianum* Knuth (pasuchaca) en la hiperglucemia inducida experimentalmente con estreptozotocina en *Rattus Norvegicus*. Tesis. Arequipa – Perú. Universidad Nacional de San Agustín. 2016.
50. Yataco T, José N. Actividad hipoglucemiante del extracto hidroalcohólico de las hojas de *Smallanthus sonchifolius* (yacón) en ratas con diabetes tipo 1 y 2. 2007.

51. Gordillo GC, Negrón LP, Zúñiga TH, Flores E, Moreyra R, Fuertes C, et al. Efecto hipoglicemiante del extracto acuoso de las hojas de *Smallanthus sonchifolius* (yacón) en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2. 2013; 15 (1): 42 – 47.
52. Valdivia F, Hidalgo M. Uso de medicina tradicional en diabetes *mellitus* no insulino dependiente. Anales de la Facultad de Medicina. 1996; 57 (3): 180 -183.
53. Akash MSH, Rehman K, Chen S. Role of inflammatory mechanism in pathogenesis of type 2 diabetes *mellitus*. J Cell Biochem 2013; 114:525–31.
54. Haque M, Emerson SH, Dennison CR, Navsa M, Levitt N.S. Barriers to initiating insulin therapy in patients with type 2 diabetes *mellitus* in Public-Sector Primary Health Care Centres in Cape Town. South African Med Jour. 2005; 95: 798-802.
55. DiNardo MM, Gibson JM, Siminerio L, Morell AR, Lee ES. Complementary and alternative medicine in diabetes care. Current diabetes reports. 2012;12(6):749-61.
56. Parasd SK, Kulshreshtha A, Qureshi TN. Antidiabetic activity of some herbal plants in streptozotocin induced diabetic albino rats. Pak J Nutr 2009; 8: 551 – 557.
57. Akash MSH, Rehman K, Rasool F, Sethi A, Abrar MA, Irshad A, et al. Alternate therapy of type 2 diabetes *mellitus* (T2 DM) with *Nigella* (Ranunculaceae). J Med Plants Res. 2011; 5:6885–9.
58. Ibrahim M, Farooq T, Hussain N, Hussain A, Gulzar T, Hussain I, et al. Acetyl and butyryl cholinesterase inhibitory sesquiterpene lactones from *Amberboa ramose*. Chem Cent J. 2013; 7:116.
59. Broadhurst CL, Polansky MM, Anderson RA. Insulin-like biological activity of culinary and medicinal plant aqueous extracts in vitro. Journal of Agricultural and Food Chemistry. 2000;48(3):849-52.

60. Jarvill-Taylor KJ, Anderson RA, Graves DJ. A hydroxychalcone derived from cinnamon functions as a mimetic for insulin in 3T3-L1 adipocytes. *Journal of the American College of Nutrition*. 2001;20(4):327-36.
61. Khan A, Safdar M, Khan MMA, Khattak KN, Anderson RA. Cinnamon improves glucose and lipids of people with type 2 diabetes. *diabetes care*. 2003;26(12):3215-8.
62. Langner E, Greifenberg S, Gruenwald J. Ginger: history and use. *Adv Ther* 1998; 15:25–44.
63. McKenna DJ, Jones K, Hughes K, Humphrey S. Ginger in botanical medicines, the desk reference for major herbal supplements. 2nd ed. New York, NY: The Haworth Herbal Press, 2002:411–44.
64. Thomson M, Al-Qattan KK, Al-Sawan SM, Alnaqeeb MA, Khan I, Ali M. The use of ginger (*Zingiber officinale* Rosc.) as a potential anti-inflammatory and antithrombotic agent. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids* 2002; 67:475–478.
65. Bliddal H, Rosetzsky A, Schlichting P, Weidner MS, Andersen LA, Ibfelt HH, et al. A randomized, placebo-controlled, crossover study of ginger extracts and ibuprofen in osteoarthritis. *Osteoarthr Cartilage*. 2000; 8:9–12.
66. Smith JD, Clinard VB. Natural products for the management of type 2 diabetes *mellitus* and comorbid conditions. *J Am Pharm Assoc*. 2014;54(5):304-18.
67. Marwat SK, Rehman F, Khan EA, Khakwani AA, Ullah I, Khan KU, et al. Useful ethnophytomedicinal recipes of angiosperms used against diabetes in South East Asian Countries (India, Pakistan & Sri Lanka). *Pak J Pharm Sci*. 2014;27(5):1333-58.

68. Gayathri M, Kannabiran K. Antidiabetic and ameliorative potential of *Ficus bengalensis* bark extract in streptozotocin induced diabetic rats. *Indian journal of clinical Biochemistry*. 2008;23(4):394-400.
69. Karim S, Khurhsid R, Saeed-ul-Hassan S, Tariq I, Sultana M, Rashid A, et al. Hypoglycemic activity of *Ficus racemosa* bark in combination with oral hypoglycemic drug in diabetic human. *Acta poloniae pharmaceutica*. 2013;70(6):1045-9.
70. Tripathi UN, Chandra D. The plant extracts of *Momordica charantia* and *Trigonella foenum graecum* have antioxidant and anti-hyperglycemic properties for cardiac tissue during diabetes *mellitus*. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*. 2009;2(5):290-6.
71. Aljasir B, Bryson M, Bandar A. Yoga practice for the management of type two diabetes in adults. A systematic review. *Evid Based Compl Alt Med*. 2010; 7:399–408.
72. Michele H. Overview of peer support models to improve diabetes self management and clinical outcomes. *Diabetes Spectr*. 2007; 20:214–21.
73. Dennis CL. Peer support within a health care context. A concept analysis. *Int J Nurs Stud*. 2003; 40:321–32.
74. Pelcastre-Villafuerte B. La cura chamánica: una interpretación psicosocial. *Salud pública de México*. 1999;41(3):221-9.
75. Roesch SC, Weiner B. A meta-analytic review of coping with illness: Do causal attributions matter? *Journal of psychosomatic research*. 2001;50(4):205-19.
76. Organization WH. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. 2002.

77. Nogales-Gaete J. Medicina alternativa y complementaria. Revista chilena de neuro-psiquiatría. 2004; 42(4):243-50.
78. Carrasco NF, Galgani FJE, Reyes JM. Síndrome de resistencia a la insulina. Estudio y manejo. Revista Médica Clínica Las Condes. 2013; 24(5):827-37.
79. Mantilla MET. La hiperglicemia y sus efectos tóxicos. Un concepto patogénico para la micro y macroangiopatía diabética. Rev cubana Angiol y Cir Vasc. 2001; 2(2):131-41.
80. Burguete-García AI, Valdés-Villalpando YN, Cruz M. Definiciones para el diagnóstico de síndrome metabólico en población infantil. Gaceta Médica de México. 2014; 150(s):79-87.
81. Enríquez L, Matas P. Lipoproteína (a): fisiopatología y consideraciones clínicas y terapéuticas. Medicina clínica. 2001; 116(19):746-9.
82. Moreno GM. Definición y clasificación de la obesidad. Revista Médica Clínica Las Condes. 2012; 23(2):124-8.
83. Shaw J. diabetes, síndrome metabólico y epidemia cardiovascular. Diabetes Voice. 2006; 51(Especial).
84. Rodríguez Porto AL, Sánchez León M, Martínez Valdés LL. Síndrome metabólico. Revista Cubana de Endocrinología. 2002; 13(3).
85. De Arteriosclerosis SE. Dislipidemia diabética: Documento de consenso de la Sociedad Española de Arteriosclerosis y la Sociedad Española de diabetes. Clin Invest Arteriosclerosis. 1998; 10(2):55-64.
86. Cabrera TC, Serrano DS. Algunos aspectos sobre el estrés oxidativo, el estado antioxidante y la terapia de suplementación. Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. 2014; 14(1).

87. Sanmartí LS. Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones: Ediciones Díaz de Santos; 1985.
88. Cid P, Merino JM, Stieповich J. Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. Revista médica de Chile. 2006; 134(12):1491-9.
89. Martín Alfonso L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Revista cubana de salud pública. 2004; 30(4):0.
90. Ramos W, Guerrero N. Situación de la vigilancia epidemiológica de diabetes en establecimientos de salud. Año 2016. Boletín Epidemiológico de la Dirección General de Epidemiología del Perú. 2017; 26: 1399 – 1402.
91. Ayala Y, Acosta M, Zapata LJRSPMI. Control metabólico de pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2. 2013;26(2):68-70.
92. Ramos W, López T, Revilla L, More L, Huamaní M, Pozo M. Resultados de la vigilancia epidemiológica de diabetes *mellitus* en hospitales notificantes del Perú, 2012. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014; 31 (1): 9 – 15.
93. Stratton IM, Adler AI, Neil HAW, Matthews DR, Manley SE, Cull CA, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. 2000;321(7258):405-12.
94. Andrade E, Vaca S. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de la fitoterapia para el control de la diabetes en pacientes del Club de Diabéticos de los hospitales San Vicente de Paúl y San Luis de Otavalo, provincia de Imbabura 2011. Tesis de licenciatura. Ecuador. Universidad Técnica del Norte. 2013.
95. Tang M, Chen Y, Krewski DJJoE. Gender-related differences in the association between socioeconomic status and self-reported diabetes. 2003;32(3):381-5.

96. McCollum M, Hansen LB, Lu L, Sullivan PWJGm. Gender differences in diabetes *mellitus* and effects on self-care activity. 2005;2(4):246-54.
97. Araya-Orozco M. Hipertensión arterial y diabetes *mellitus*. 2004;25(3-4):65-71.
98. Barnes P, Bloom N. Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007, in National Health Statistics Reports. Hyattsville National Center for Health Statistics. 2008.
99. Sánchez S., Genta S. Yacón: un potencial producto natural para el tratamiento de la diabetes. Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas. 2007; 6 (5): 162 – 164.
100. Valentova K, et al. Antioxidant activity of extracts from the leaves of *Smallanthus sonchifolius*. Eur J Nutr. 2003; 42 (1): 61 – 66.
101. Andrews CM, Wyne K, Svenson JEJJoHCftP, Underserved. The Use of Traditional and Complementary Medicine for diabetes in Rural Guatemala. 2018;29(4):1188-208.
102. Vergara A. Factores asociados al control metabólico en diabéticos tipo 2. 2006;63(577):145-9.
103. Guerrero-Angulo ME, Padierna-Luna J. Descontrol metabólico en diabetes tipo 2. Factores del paciente y del médico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2011;49(4):419-24.
104. El-Kebbi IM, Cook CB, Ziemer DC, Miller CD, Gallina DL, Phillips LSJAoim. Association of younger age with poor glycemic control and obesity in urban African Americans with type 2 diabetes. 2003;163(1):69-75.
105. Sato J, Kanazawa A, Makita S, Hatae C, Komiya K, Shimizu T, et al. A randomized controlled trial of 130 g/day low-carbohydrate diet in type 2 diabetes with poor glycemic control. 2017; 36 (4): 992 - 1000.

106. Gouda M, Matsukawa M, Iijima HJD, metabolic syndrome, targets o, therapy. Associations between eating habits and glycemic control and obesity in Japanese workers with type 2 diabetes *mellitus*. 2018; 11:647.
107. Durán S, Carrasco E, Díaz V, Cornejo K. Factores asociados al control metabólico en pacientes chilenos con diabetes *mellitus* tipo 2. Revista española de nutrición comunitaria. 2016; 22 (3): 38 – 42.
108. Sonmez A, Haymana C, Bayram F, Salman S, Dizdar OS, Gurkan E, et al. Turkish Nationwide SurVEy of Glycemic and Other Metabolic Parameters of Patients with diabetes *mellitus* (TEMD Study). 2018.
109. Fiseha T, Alemayehu E, Kassahun W, Adamu A, Gebreweld AJBrn. Factors associated with glycemic control among diabetic adult out-patients in Northeast Ethiopia. 2018; 11 (1): 316.
110. Caban A, Walker EAJTDE. A systematic review of research on culturally relevant issues for Hispanics with diabetes. 2006;32(4):584-95.
111. Adams CR. Lessons learned from urban Latinas with type 2 diabetes *mellitus*. J Transcult Nurs. 2003; 14:255-265
112. Hunt LM, Valenzuela MA, Pugh JA. ¿Porque me tocó a mí? Mexican American diabetes patients' causal stories and their relationship to treatment behaviors. Soc Sci Med. 1998; 46:959-969
113. Noda Milla JR, Perez Lu JE, Malaga Rodríguez G, Lam A, Rosa MJRMH. Conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2 que acuden a hospitales generales. 2008;19(2):46-7.
114. Luher N, Baute A, Zamonsky J. Adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo II. Biomedicina. 2015; 10 (1): 20-33.

115. Hunt LM, Arar NH, Akana LL. Herbs, prayer, and insulin: use of medical and alternative treatments by a group of Mexican American diabetes patients. *J Fam Pract.* 2000; 49:216-223.
116. Palomares L. Pacientes diabéticos: barreras para mantener una alimentación saludable y actividad física diaria. Tesis de licenciatura en nutrición. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2014. 77pp.
117. Figueroa A, Quingalombo G. Correlación entre las barreras para realizar actividad física y el nivel de hemoglobina glicosilada en pacientes diabéticos que acuden a la clínica de diabetes del hospital Vozandes de abril a junio de 2017 usando la herramienta "Percepción de barreras para la práctica de la actividad física (BBAQ). Tesis de especialidad. Ecuador. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2017. 78 pp.

ANEXOS

1. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS (PARTE CUANTITATIVA)

CREENCIAS EN SALUD DE LAS PERSONAS CON DIABETES *MELLITUS* TIPO 2

Ficha N°:

Edad:

Sexo: Masculino () Femenino ()

Estado civil: Soltero () Casado o conviviente () Separado o viudo ()

Grado de instrucción: Primaria () Secundaria () Superior ()

¿Tiene diagnóstico de hipertensión arterial?: Sí () No ()

¿Realiza actividad física 30 minutos al día, al menos 3 veces por semana?: Sí ()
No ()

¿Consume alimentos con bajo contenido de carbohidratos?: Sí () No ()

¿Usa insulina?: Sí () No ()

¿Usa pastillas para controlar su diabetes?: Sí () No () Cuántas y
cuáles.....

¿Usa alguna terapia de forma alternativa? (ejemplo hierbas, yoga, etc.):

Sí () No () Describa
cuál.....

Para ser llenado por el médico

Peso:

Talla:

IMC: Normal () Sobrepeso () Obesidad ()

Último resultado de hemoglobina glicosilada y fecha:

2. ENTREVISTAS A PACIENTES CON DIABETES *MELLITUS* TIPO 2

PACIENTE 1: Paciente con diabetes que no usa alternativa, pero su hermana le compra moringa a su papá

Sexo: femenino

Edad: 60 años

Grado de instrucción: superior

Tiempo de enfermedad: 1 año

¿Qué medicinas usa?

Gliben... glicon

¿Glibenclamida?

Eso, eso, gli-ben-cla-mida.

¿Aparte toma alguna otra medicina por su cuenta?

No, nada.

¿Por qué cree que le dio diabetes?

Bueno, el doctor me dijo que fue por una emoción fuerte que tuve, mi esposo falleció de un momento a otro y dicen que es por eso, pero también tengo descendientes de diabetes, tengo a mi padre, por ejemplo, pero yo nunca sentí eso, y dicen que eso la ha activado: la impresión fuerte.

Eso es lo que le ha dicho su médico, pero, usted ¿por qué cree que tiene diabetes?

Yo pienso que a lo mejor es por la herencia genética.

¿Usted no cree que sea por la impresión fuerte?

Bueno, puede también que sea. Pienso que la diabetes la tenía estacionaria y que con una impresión se activó. Supongo, no sé.

¿Sabe qué es la diabetes?

Bueno, sí, más o menos, es una enfermedad que te afecta el páncreas, el hígado, que se ven afectados para producir la insulina suficiente para poder disolver las grasas y azúcares buenas para la sangre.

¿Conoce cuáles son las complicaciones?

Si, sé que afecta el riñón, también a la vista, es una enfermedad que degenera si uno no se cuida.

Su médico le ha dicho ¿Cuáles son las metas de su tratamiento?

Bajar la glucosa siempre, tener controlada la glucosa

¿Y sabe hasta cuánto o qué niveles son buenos para usted?

Exactamente no recuerdo

¿Qué comía antes de tener diabetes?

Frituras, bastante azúcar, como ya tenía el antecedente de mi papá no consumía gaseosas, ehh... Frituras más que todo, dulces por ejemplo tortas.

¿Con que frecuencia las comía?

No mucho, de vez en cuando.

Y ahora ¿cómo es su alimentación?

Ahora ya no como frituras, todo es al vapor, he suprimido todo lo que son dulces, como verduras, pescado, huevos.

¿Considera importante la alimentación?

Sí, para mí sí, porque creo que por ahí es la vía que uno puede lograr un resultado más o menos que te favorezca en la salud.

¿Hace algo de actividad física?

Camino bastante

¿Lo considera importante?

Sí, pienso que sí, porque estaba leyendo que el ejercicio te ayuda a eliminar... (No se entiende).

¿La caminata que usted hace es porque se pone su ropa de deporte y sale a caminar o es su actividad diaria?

No, el doctor me dijo que cuando camine, camine rápido, rápido como si estuviera huyendo, y así voy caminando hasta mi casa, por ejemplo, al día será más de media hora.

¿Y usa alguna medicina alternativa?

Medicina alternativa no he cogido hasta ahora porque a veces no hay mucha gente con ética, a veces te venden cosas que no te sirven, más bien te perjudican, a veces por vender, te emocionan. No conozco mucho de esa medicina. Si me han mencionado de la moringa, por ejemplo.

¿Quién le ha hablado de la moringa?

Personas que venden, mi hermana también le compra a mi papá que tiene diabetes y dice que le ha hecho bien.

Y a su hermana ¿quién le recomendó la moringa?

No sabría decirle porque es voluntaria en el Hospital Regional.

¿Qué opina de la insulina?

Me da miedo (risas)

¿Por qué le da miedo?

Porque sé que cuando uno es paciente diabético y se coloca insulina es porque prácticamente estás "bien mal" porque ya su organismo no produce sus defensas propias, ya tiene que ayudarlo la insulina.

¿Hay algún cuidado adicional que tenga desde su diagnóstico?

Sí, por ejemplo, trato de evitarme hacer heridas. Antes me gustaba cortarme mucho las uñas, me gustaba sacármelas cuando estaban feas y ahora no, pero estoy preocupada porque me compre unos zapatos nuevos para el trabajo y me han hecho una herida que no sana, ¡Me da cólera! Me duele.

Ahora que está tomando sus pastillas para la diabetes, ¿a veces se olvida de tomar alguna?

Sí, ahora por ejemplo en el desayuno me he olvidado

Y estos olvidos ¿son frecuentes?

No mucho, a la semana unas dos veces.

¿Cómo toma sus pastillas?

Antes del desayuno y antes del almuerzo

A veces me olvido la del almuerzo también porque estuve con la hora y me olvidé.

Por último, señora, ¿qué significa la diabetes en su vida?

Para mí en realidad es incómodo y preocupante a la vez porque me da miedo que en un descuido me malogre otro órgano, los riñones. Cuando me dijeron eso, me chocó.

Pero ahora veo que lo ha asumido mucho mejor y conoce de su enfermedad

Sí, ahora sí.

Si uno se cuida, la diabetes se controla

Claro.

Paciente 2: Paciente con diabetes que usa cola de caballo y achiote como bebidas al tiempo

Sexo: masculino

Edad: 81 años

Tiempo de enfermedad: Más o menos 18 años

Grado de instrucción: Superior, profesor cesante.

¿Por qué cree usted que le dio diabetes?

Yo creo que la diabetes me ha dado porque he tenido una vida desordenada en la comida y en los tragos y quizás poco ejercicio.

¿Qué es la diabetes?

Es una enfermedad que ataca directamente a la sangre y a otros órganos, a unos más que a otros, por ejemplo, a mí me ha afectado a la vista, el corazón y quizás otros.

¿Le han dicho cuáles son sus metas de tratamiento?

Bueno, me han dicho que tengo que tomar mis pastillas ehh a un horario determinado.

¿Y cuál es el objetivo que tome esas pastillas?

El objetivo es prevenir o curarme jeje

Y no le han dicho ¿cuáles son los niveles de glucosa que son normales para usted o cuándo usted está tranquilo con sus niveles de glucosa?

A veces la glucosa sube y baja, es variable, a veces también depende del estado anímico de la persona. Cuando uno está incómodo, de cólera, preocupado le sube más. Cuando está tranquilo baja, más o menos es lo que me imagino, es lo que me han dicho.

¿Qué es lo que usa para su diabetes?

Yo tengo un médico particular, una médica, la doctora Regalado, la que me ve cada cierto tiempo y me hace análisis, pero mi medicina metformina la recojo acá. A veces también compro de la doctora.

¿Y qué toma?

Ehh metformina, acá. Pero allá no me acuerdo la medicina que me indica para comprar.

¿Qué comía antes de tener diabetes?

Antes comía de todo, por ejemplo, dulces, harinas, pescados, cebiches, de todo comía.

¿Ahora qué come?

Ahora igual, pero reservado por ejemplo las menestras, las harinas, el azúcar, para endulzar me han dado una medicina Stevia, no sé qué, para endulzar. ¿Es recomendable eso?

¿Quién le ha recomendado?

Mi doctora Regalado, aunque una vez alguien me dijo que estos productos son químicos, es mejor que tome el azúcar natural pero no muy dulce. Los productos químicos no me van a curar prácticamente, creo que ella me dijo. Tome usted su café no muy dulce porque el otro producto químico quizá no sea tan recomendable. Usted qué me dice.

¿Dónde compra Stevia?

Yo la compro en la farmacia Inkafarma.

¿Actividad física hace señor Manuel?

Bueno, yo caminaba hace media año, iba a caminar dos veces a la semana media hora o una hora, pero me han detectado artrosis me duele la cadera, me he moderado, poco camino ya. Salgo así a caminar al parque, pero ya no como antes que me iba media hora a caminar, aparte que corría, hacía paso ligero, ahora ya no lo hago.

Respecto a la medicina natural, a las hierbas, ¿qué es lo que usa?

Yo uso, que, pues se llama, "shapiba", shapiba, ay no sé cómo se llama, me olvide el nombre, son unas hierbitas, hojas secas son, que es bueno para la diabetes.

Son hojas secas, y ¿cómo se preparan, ¿cómo las usa?

Se hacen hervir unos 5 minutos y luego se deja enfriar. Es una bebida.

¿Y dónde las compra?

Eso me dan en el hospital de La Victoria, el médico que me trata de la artrosis. Es un hospital de EsSalud en La Victoria. El doctor es el que me las recomendó.

¿No recuerda el nombre?

No recuerdo el nombre de la medicina, después también me da el achote.

¿Cómo toma el achote?

Igual, se hierven 2 cucharadas por 5 minutos y luego se toma, también es para beber. También tomo cola de caballo, la hago hervir.

¿Cómo las toma, en la mañana, en la tarde, en la noche?

Como agua de tiempo, tomo en la mañana, a mediodía, hago un litro, lo que sobra lo tomo en la tarde.

¿Los mezcla?

No, puros.

Es decir, ¿mezcla el achote con la cola de caballo o cómo hace?

No, cada uno solo por separado, una semana tomo uno y otra semana tomo otro. Es variado.

¿El médico que le ha recomendado esta medicina natural tiene alguna especialidad?

Sí, él también me cura con unas agujas, ¿cómo se llama?

¿Acupuntura?

Sí, acupuntura

¿Es medicina alternativa?

Si, medicina alternativa

El médico que controla su diabetes ¿sabe que usted usa su medicina complementaria?

No, no le he dicho.

¿Deja de tomar sus pastillas por tomar sus bebidas?

No, igual sigo tomando las pastillas a una hora y las aguas son de tiempo

¿Sabe si las hierbas que toma son efectivas?

Según las propagandas y como las da el médico, debe ser.

¿Sabe si son seguras?

Bueno, te dan envasado, viene en bolsa.

¿Usted lo recomendaría a otras personas con diabetes?

Bueno, a veces no hay oportunidad, pero cuando converso les digo que tomo esta medicina y me va bien

Sí las recomienda entonces

Sí, claro, sí, sí.

Y en el tema de sus pastillas, ¿se olvida de tomar a veces sus pastillas?

A veces me olvido, no tomo a la hora.

¿Por último, cuál es el significado de la diabetes en su vida?

La diabetes en mi vida es que ataca pues a la sangre a todos los órganos

¿Cómo se siente usted teniendo diabetes?

Me siento de acuerdo a mi edad, pues más o menos, un poco mal de la vista, pero tengo que verme en el oftalmólogo, la controlo con mi dieta.

Por último, ¿le dan o usted compra las hierbas?

Me dan las hierbas.

Paciente 3: Paciente con diabetes que usa Glucerna, ya no toma medicinas.

Sexo: masculino

Edad: 85 años

Grado de instrucción: quinto de secundaria

Tiempo de enfermedad: 40 años

¿Por qué cree que tiene diabetes?

No sé, de la noche a la mañana me descubrieron que soy diabético, estuve tratándome en el hospital, me dieron una serie de medicinas y me controlaron y después una doctora, te hablo de hace 12 años, una doctora que se llama Calderón, que todavía trabaja en el Almanzor, me dijo: Armando, hasta el día de hoy nomás tome medicinas, vamos a quitarle todas las medicinas, vamos a cuidar ese riñoncito, me dijo. Así que desde ese día ya no tomo medicinas.

¿Toma algo para controlar su diabetes?

Nada, nada. Solo desde ese día le dije a la doctora si puedo tomar Glucerna, una vitamina. Al principio tomaba 5 medidas, ahora tomo dos nomás y con dos medidas me mantengo perfectamente, solo en la mañana, es muy potente, a veces a las 6 o 7 de la noche me baja la glucosa.

¿Cuánto tiempo tomando Glucerna?

Ya tengo, 6 años, 7 años.

¿Con eso se controla bien?

Sí, me baja el azúcar y tengo que estar chupando caramelos, me da mucho frío, también lo que baja el azúcar es esas medicinas que sirve para la próstata, no me acuerdo su nombre y tengo que tomar todos los días de 100 y 300. Tomo de 300 y me baja el azúcar, eso lo tomo después del almuerzo y a las 5 o 6 de la tarde, chupo un caramelo y ya.

¿Aparte toma alguna medicina natural?

No, nada, nada. Solamente eso nomás.

¿Qué comía antes de tener diabetes?

De todo, ahora me ha dado aneurisma diabética que hinca acá, me ha dicho la doctora que no coma nada de carnes rojas, nada de vísceras, nada de maíz y muy bien.

Paciente 4: Paciente que no usa alternativa, pero está considerando usar Sacha Jergón y yacón (recomendados por su hermano con diabetes)

Sexo: masculino

Edad: 62 años

Grado de instrucción: secundaria.

Tiempo de enfermedad: En realidad, diabetes, diabetes no tengo, pero estoy con un poco de glucosa subida desde este año, porque hace dos años me hicieron un análisis, que pasa, que salió bajo, ligeramente bajo, noventa y... tanto, creo que salió. Pero actualmente estoy un poquito que ha subido el azúcar, pero el médico me ha dicho que tengo riesgo porque también tengo un hermano que sí tiene diabetes.

Desde que le detectaron esta elevación de glucosa ¿ha hecho algún cambio en su estilo de vida?

Sí, alimentación en lo posible bajo de grasas porque a veces es difícil cuando uno está trabajando, cuando uno está en actividad y estamos todavía en la calle, yo trabajo en diferentes sitios viajando y como en la calle. Ahí es el problema y grande, no es como en la casa que uno se cuida y en la casa le hacen su dieta, bajo de grasa, tantas cosas, en la calle es un poco difícil.

Y ¿hace algo de actividad física?

Eso sí, por lo que tengo que estar en forma, porque mi trabajo es manejar moto, moto lineal. Me mantengo en actividad.

¿Sale a caminar, sale a trotar?

Sobre todo, caminar, ¿no? El año pasado he hecho bastante ejercicio físico porque mi trabajo ha sido en parte desértica, de desierto, caminar bastante. Me mantengo al menos, eso me ayuda bastante.

¿Ahora le han dado alguna medicina?

Dieta y mi medicina que es para la hipertensión porque soy hipertenso también, para la diabetes no.

¿Usa alguna medicina alternativa para controlar sus niveles de glucosa?

No, actualmente no.

¿Le han hablado de la medicina alternativa?

Sí me hablaron porque mi hermano está tomando una hierba que se llama Sacha Jergón y a él le ha hecho bastante bien porque él ha tenido pie diabético y le han salvado el pie porque estaba tomando la medicina que le daban en el hospital y esta planta también.

¿Al mismo tiempo las dos?

Sí, al mismo tiempo. Sin dejar de tomar sus pastillas

¿Cómo la toma? ¿Sabe usted?

Sí, el Sacha Jergón viene, es una raíz que lo raya y eso lo hace como infusión, lo hacía, porque ahora le están vendiendo como harina. Lo prepara, media cucharadita en un vaso de agua, y eso lo toma dos veces al día.

Usted no ha probado todavía ¿no?

No, no la he probado aún.

¿Pero ya tiene la tentación?

Sí, sí, porque me han recomendado

¿Cuánto tiempo llevará tomando su hermano esta infusión?

Más de un mes, y bueno, la herida del pie ha cicatrizado porque ha estado con esa herida desde enero, más o menos un mes que ya le ha cicatrizado.

¿Sabe cuánto cuesta?

Sí, es carito, 100 sol vale la bolsita de un kilo

¿Dónde la compra?

La ha comprado en el mercado Modelo porque en otros sitios no ha encontrado.

¿Y cómo llegó a esa medicina?

Una sobrina por internet se enteró, de un amigo, una amiga que le recomendó eso y le dio el nombre de la señora a la que le iba a comprar y lo compraron.

Entonces, ¿usted lo está considerando?

Bueno, sí.

¿Le han hablado de alguna otra alternativa?

Sí, el yacón y otras también que son buenas pero que en realidad no las he probado. En algún momento podría ser.

Paciente 5: Paciente con diabetes que usó pasuchaca y chocho hasta que sus niveles de glucosa se controlaron. Funciona con cambios en estilos de vida.

Sexo: femenino

Edad: 67 años

Grado de instrucción: superior (asistente social cesante)

Tiempo de enfermedad: 7 años

¿Por qué cree que le dio diabetes?

Porque no me controlaba bien con mi alimentación, era diferente. Salía en las tardes, como ya soy cesante, salía con mi esposo a tomar un lonchecito y esos lonchecitos son los que poco a poco fueron engordándome. Y esa fue la razón, y tenía mucha sed.

¿Qué comía antes?

Bueno, casi más frituras, cosas con más grasa, carne de choncho, los chicharrones, acá en Chiclayo es eso. Y eso es lo que me hizo engordarme y ya no controlarme. No hacía ejercicios tampoco. Tenía una vida casi sedentaria, en la casa ahí nomás estaba.

¿Cómo es su vida ahora?

Ahora es diferente, ahora consumo verduras, frutas y hago ejercicios: todos los días salgo a caminar de 6 a 7 de la mañana, de ahí vengo, mi desayuno. Ese es mi día. Pero ya me controlo en mi alimentación, no tomo gaseosas.

¿Antes sí tomaba gaseosas?

Antes sí tomaba a cada rato la Coca Cola, pero ahora ya no, prefiero mi maracuyá con bajo de azúcar. Todo bajo de azúcar.

¿Usa algún adicional de azúcar como Stevia o similares?

No, no, estaba probando con Stevia, pero no lo probaba bien, preferí bajar la dosis de azúcar y muy bien estoy controlando.

Me dice que antes estaba tomando medicina natural...

Sí, la medicina que tomaba era la... ay, no sé qué hierbita era... la "wasa", algo así, no recuerdo. ¡Ah! La pasuchaca. Después había otro frejolito, no recuerdo como se llaman unos frejolitos que los remojaba y al siguiente día los tomaba.

¿Cómo tomaba la pasuchaca?

Como agua de tiempo, hacía hervir el agua, echaba la hierbita, la tapaba y eso tomaba en el desayuno, almuerzo y comida, cuando tenía sed también.

¿Quién le recomendó la pasuchaca?

Un familiar, una comadre me recomendó, ella tiene diabetes y yo la veía que dormía cuando estaba conversando con ella, entonces yo dije si así va a ser, no quiero llegar a eso, por eso comencé.

¿Por cuánto tiempo tomó pasuchaca?

Casi como seis meses

¿Usted la compraba?

Sí

¿Cuánto le costaba? ¿Era cara?

No, dos soles la bolsita. Era barato.

¿En dónde la compraba?

En el mercado. Después hay otro frejolito, no sé cómo se llama: ¡Chocho!

¿Cómo se consume el chocho?

Eso es como un frejolito, lo remojaba en la noche anterior y en la mañana me lo tomaba, pero yo me lo masticaba, y el sabor lo sentía igual a la pastilla metformina. Es igualito, igualito a la metformina. Eso sí tomé por 6 meses también.

¿Cómo se sintió cuando tomaba pasuchaca y chocho?

Ya no tenía esas ansias de tomar más líquido y bueno, bastante fuerza de voluntad porque siempre a uno le provoca. He ido poco a poco alejándome de los dulces, ya ni tortas ni nada.

¿Por qué dejó de tomar la pasuchaca y el chocho?

Porque ya yo veía que me bajaba demasiado la glucosa, y mi glucosa se puso estable. Entonces ya yo dejé de tomar.

¿Usted las recomendaría a otras personas?

Bueno, hay que tener mucha fuerza de voluntad porque yo a varios he recomendado, sí les baja, pero luego les vuelve porque no cumplen pues, no cumplen las indicaciones: salir a caminar, tomar bastante agua, pero es un poco difícil para hacerlo, no lo cumplen, entonces vuelven a lo mismo. Pero sí he recomendado.

Cuando tomaba la medicina natural ¿dejaba de tomar las medicinas que le daban aquí?

Claro, yo dejé, la metformina solo tomé dos meses cuando me detectaron que tenía 230 de glucosa. Ahora ya no tomo nada de pastillas, sigo con los ejercicios, la dieta y mis controles constantes, acá nos piden siempre la glucosa, sino que el problema es que no hay reactivos y eso es lo que nos molesta a nosotros que somos diabéticos porque a veces uno se descuida. Después mi vida tranquila.

¿Cuál es el significado de la diabetes en su vida?

Bueno es un cambio total que he tenido en mi organismo, porque han cambiado muchas cosas a raíz del ejercicio, de la ingesta de agua. Me siento bien, no es como antes que sentía cansancio, sueño, malestar, me dolían las piernas, en cambio ahora no, salgo a caminar y no me duelen las piernas.

Entonces, digamos que para usted ¿fue un cambio positivo?

Sí, como le digo, también la comprensión de la familia, a veces al esposo hay que hacerlo que participe de la enfermedad de uno para poder vivir tranquila porque si no también es una preocupación y a veces dicen que es emotiva, se sube la glucosa. Yo no he tenido ese problema.

¿Alguien más en su familia con diabetes?

No, soy la única.

¿Qué opina de la insulina?

No la he recibido, pienso que a veces hace bien para una cosa, pero afecta a otra, ese es el problema. Al menos yo pienso así, he sido asistente social, he visitado hospitales y he visto mucho las consecuencias de cada una de las enfermedades, entonces eso me hizo tomar conciencia para que yo pueda realmente preocuparme por mi salud.

Paciente 6: diabetes recién diagnosticada

Sexo: femenino

Edad: 57 años

Tiempo de enfermedad: Recién ahora la doctora me acaba de decir que mis exámenes han salido con la glucosa alta, pero yo no he sabido.

¿Alguien en su familia tiene diabetes?

Mi hermano y mi papá.

¿Cuánto de glucosa le han encontrado hoy día?

No me ha dicho nada la doctora, 160 creo.

¿Es la primera vez que le encuentran la glucosa alterada?

Ya he tenido análisis anteriores, pero no me han dicho nada.

¿Cómo es su alimentación?

Normal, al menos evito las carnes, tomo mi sopa de verduras, arrocito nomás a veces. Como hay veces también que hago frituras.

¿En las noches qué cena?

En la noche, sinceramente si me queda arrocito de la mañana, como un poquito, sino me tomo una taza de té con uno o dos panes.

¿Hace ejercicios?

No, no, no he podido porque he tenido un golpe y a raíz de eso he quedado mal, mal de la cintura. Me hicieron un examen para ver el hueso, ¿Cómo se llama?

Densitometría...

Eso, densitometría, me dijeron que tenía la cadera y la columna mal, que tenía osteoporosis y que trate de no hacer tanto movimiento porque me puedo caer.

Paciente 7: Paciente con diabetes de reciente diagnóstico que toma hojas de guanábana, hojas de higo, pasuchaca y carqueja

Sexo: masculino

Edad: 77 años

Grado de instrucción: secundaria

Tiempo de enfermedad: 4 meses

Cuando me diagnosticaron mi glucosa estaba en 190, pero mi doctor me recetó unas cápsulas y particularmente me he hecho los análisis, ya estoy en 140. Tomo las cápsulas en la mañana y noche.

Y ¿Cuáles son?

No recuerdo

¿Por qué cree que le dio diabetes?

Bueno, de repente por ser muy adicto al dulce o a la cerveza. Después en mi familia que tenga antecedentes de diabetes: ninguno.

¿Cómo era su alimentación antes?

Demasiadas harinas, arroz, el pan, ahora también estoy con un solo pan. Verduras últimamente como más que otra cosa.

¿Considera importante la alimentación en el tratamiento de la diabetes?

Creo que sí porque es una forma de controlar nuestro organismo de la alimentación.

¿Hace algo de actividad física?

Caminatas en las mañanas, casi todos los días, por decir de mi casa para ir al centro no tomo el carro, voy caminando.

¿Hay alguien más en su familia con diabetes?

No

¿Usted conoce las complicaciones de la diabetes?

Claro, bueno, un diabético está propenso a una infección de los órganos más sensibles, por ejemplo: la vista, quizás el estómago o el hígado.

¿Toma actualmente alguna hierbita o alguna medicina complementaria?

Sí, aparte de las cápsulas que tomo. A veces así conversando me dicen: "Tómate esto", ¿Cómo se llama pues? Creo que por aquí lo tengo apuntado (busca en su libreta de notas), que se hace hervir como agua de tiempo y parece que eso también me ayuda.

¿Lo toma en el desayuno, en el almuerzo?

No, no hay un horario, como agua de tiempo, cuando tengo sed. (Encuentra sus apuntes). Es la hoja de la guanábana. Después también la hoja de higo, la pasuchaca y la carqueja.

¿Cómo las usa?

Las hago hervir, luego las cuelo y las tomo como agua de tiempo.

¿Hace hervir todo junto: ¿la guanábana, el higo, la pasuchaca y la carqueja?

No, no, no. Por decir, las hojas de la guanábana solas, luego las hojas del higo solas. Es un litro que me dura para dos días y luego preparo otra hierba, lo voy matizando.

¿Y cómo llegó a esas hierbas? ¿Quién le recomendó?

Unos amigos que han sufrido las consecuencias de la diabetes y que han visto que han mejorado con esas hierbas.

¿Sabe si son seguras?

Claro, la procedencia es la Farmacia Verde. A veces también hay en el Mercado Modelo en la sección hierbas.

¿Son caras?

No, no gasto ni 5 soles y me dura para una semana. Después mi cuñada que vive en Motupe tiene su planta, ella me trae las hojas de guanábana.

¿Su médico sabe que toma estas hierbas?

Sí, le he conversado y me dijo que está bien.

¿Deja de tomar sus pastillas por tomar sus hierbas?

No, no, también tomo mis pastillas y las hierbas, como le digo, son como agua de tiempo.

¿Usted recomendaría estas hierbas a otras personas con diabetes?

Sí, conversando con otras personas les digo esto me han dado y otros amigos me dicen justo eso yo también estoy tomando.

¿Hay algún cuidado adicional que tenga usted?

No

¿Cuál es el significado de la diabetes en su vida?

Bueno, a veces una persona que está con diabetes se siente como si le faltara la fuerza y la vitalidad, se encuentra más propenso al cansancio y al sueño. Inclusive yo era adicto al dulce, ahora solo un pedacito, pero más antes sí. El pan, que es harina también, antes dos panes, ahora no.

Respecto a sus pastillas, ¿A veces se olvida de tomarlas?

No, no me olvido, la tengo en la mesa a la vista.

¿Qué opina de la insulina?

Bueno, es algo, no diría la palabra venenosa pero que sí ataca a la sangre, no la purifica. Inclusive el doctor me está dando interconsulta para la dieta, nutrición.

Paciente 8: Paciente con diabetes que no usa medicina alternativa, solo metformina una vez al día. Toda la familia con diabetes.

Sexo: femenino

Edad: 56 años

Tiempo de enfermedad: Unos 15 años

¿Por qué cree que le dio diabetes?

Tengo antecedentes de familia con diabetes por parte de mi mamá y mi papá, entonces me imagino que todo eso influye dentro de tu organismo. Hermanos con diabetes también tengo. Mi hermano al que no le gusta el azúcar (risa irónica), en cambio a mí sí me encanta el dulce, puede que por ahí haya adquirido la enfermedad, pero ya veo que no es así porque a mi hermano que nunca le ha gustado el dulce, también es diabético.

¿Entonces cree que la diabetes es un tema hereditario?

Sí, es hereditario.

¿Qué cosa es la diabetes?

Es la subida de azúcar en la sangre

¿Cuáles son las complicaciones?

El mal funcionamiento del riñón, pero con una dieta, sin hacer que el riñón trabaje tanto, puedes vivir tranquila, porque mi padre ha sido diabético todo el tiempo y mi papá no murió por la diabetes.

¿Cómo era su alimentación antes de tener diabetes?

No soy de muchas harinas, me gusta el dulce, las golosinas. Me voy de viaje y me compro mi bolsa de caramelos y viajo normal. Ahora muy poco, lo he reemplazado por frutas secas: almendras y pecanas. Siento como si mi organismo necesitase algo de dulce, por eso como algo y como que me tranquilizo, pero últimamente, en marzo me enfermé, me dio dolor de pecho y espalda y pensé que me iba a dar un infarto, porque mi hermano es operado de la aorta. Estaba en el mercado haciendo las compras del fin de semana y me cogió el dolor y no me pasaba, juré que no llegaba al hospital, en ese momento llamé a todo el mundo, me tomaron la presión

y estaba en 13/8 pero al rato me subió a 20 y no me bajaba. No me bajaban ni el dolor ni la presión. Al final me hicieron una ecografía con contraste y me mandaron al hospital Almanzor porque no me encontraron nada.

¿Para su diabetes qué pastillas toma?

Solamente Metformina, después del almuerzo.

¿Se olvida a veces de tomar su pastilla?

Sí, de vez en cuando me olvido cuando estoy en la calle, tengo que hacer otras cosas y no regreso a mi casa, porque no las ando en mi cartera. Debería de andarlas en mi cartera, ando la de la presión, pero no ando la otra.

¿Eso es frecuente? ¿A la semana cuántas veces se olvida?

No, no, no, no. A la semana una o dos veces. No es tan frecuente.

¿Adicionalmente toma alguna hierba o alguna terapia alternativa?

No porque nunca la tomé como una enfermedad que fuera preocupante para mí. Mi madre siempre trató a mi padre normal por más que estaba enfermo de otras cosas, su diabetes era normal. Como que nosotros hemos visto que para nosotros la diabetes es emotiva, tenemos preocupaciones y se nos sube el azúcar. Tratamos de manejar eso y yo me siento muy bien. Pero últimamente yo he estado con el dolor en la parte del bazo, del hígado, no sé y mi metabolismo ha cambiado, como que tengo hambre, ganas de querer comer, almuerzo y al rato quiero comer, como una ansiedad. He tratado de manejar las preocupaciones.

Paciente 9: No usa medicina alternativa solo Magnesol para los nervios y Stevia de vez en cuando. La enfermedad ha calado en ella porque tiene una hermana con miembros amputados. Le han recomendado la hoja de la guanábana, pero no la consume.

Sexo: femenino

Edad: 75 años

Grado de instrucción: superior (profesora jubilada)

Tiempo de enfermedad: 21 años

¿Por qué cree usted que le dio diabetes?

No sé señorita. En el momento que me apareció la diabetes yo trabajaba, yo he sido profesora y pienso yo que la preocupación, el dejar la casa, el ir al trabajo, a mí me ha cogido ya de mayor. Pienso que ha sido eso porque no tengo familiares diabéticos, tengo una hermanita con diabetes, pero ya mayor.

¿Qué es la diabetes?

Es una enfermedad que afecta al páncreas

¿Qué complicaciones tiene?

Uy, son múltiples, principalmente a los órganos internos: los riñones, la vista.

¿Cómo era su alimentación antes del diagnóstico?

Yo comía bien, doctora, no comía grasas, dulces sí, desde niña he consumido mucho chocolate. Pero después en cuestión de la alimentación nos hemos cuidado siempre.

¿Cómo es ahora?

Quizás ahora pruebo dulce pero mínimo porque la boca ya no acepta.

¿Considera la alimentación importante en el control de la diabetes?

Sí, doctora, es importante sobre todo el consumo de verduras.

¿Y la actividad física?

También, yo hago mis ejercicios dejando un día. Hago movimientos de brazos, piernas, abdominales, pesas de un kilo cada uno, hago un ejercicio con una tira de maletín dura para los brazos. Una hora de ejercicios interdiaria. Hago abdominales también, la bicicleta.

¿Qué medicinas toma?

Tomo la Metformina, dos veces diarias y la Glidiabed una y media diaria. Para la presión tomo Losartán dos veces diarias.

¿Aparte complementa su dieta con alguna hierbita o alguna otra medicina?

No, consumo sí bastante líquido, además me dan tiamina, piridoxina y ácido fólico.

¿Le han recomendado alguna hierba?

Sí, pero no consumo.

¿Qué le han recomendado?

La hoja de la guanábana, me dijeron que tome eso, consumo sí la guanábana.

¿Quién le recomendó?

A veces amistades.

¿Por qué no ha optado por la medicina alternativa?

No sé, quizás porque en la casa no consumimos.

Muy bien, y a veces ¿Se olvida de tomar sus pastillas o cuando se siente bien deja de tomarlas?

No, doctora. No me olvido. Me voy de viaje y en mi carterita llevo mis pastillas y mi agüita. Lo que sí acostumbro a diario es a tomar en las noches Magnesol y eso hace años que estoy tomando.

¿Por qué toma Magnesol? ¿Qué efectos tiene?

En primer lugar, tomo porque amanecía muy nerviosa, tengo mis hijos 3 que son médicos, quizás la preocupación de la situación económica: mi esposo profesor y yo profesora, gracias a Dios que estudiaron en la Nacional, pero de todas maneras

tenía gastos y me levantaba preocupada. Yo no quería tomar, pero empecé a tomar, doctora y muy bien, amanezco tranquila, sin ningún problema, sin ninguna preocupación.

¿Hay algo adicional que use para controlar su diabetes?

No, a veces compro mi frasquito para endulzar de Stevia, a veces no siempre. Ya me acostumbré a tomar sin dulce, desabrido.

Por último, señora, ¿Cuál es el significado de la diabetes en su vida?

Uy doctora, es una enfermedad que afecta mucho, que hay que tener mucho cuidado, yo le cuento que mi hermanita menor también tiene su diabetes, pero no se ha cuidado, porque cuando venía de visita a mi casa le decía: ¿Has tomado tus pastillas? Y me respondía: ¡Me olvidé!, préstame. Tenía mal la piernita, le amputaron una y luego la otra. Por eso es una enfermedad que ha calado mucho en mí, yo me cuido, claro que a veces hago algunos desarreglos.

¿Qué desarreglos hace?

Por ejemplo, cuando estamos en un cumpleaños, un caramelito, pero no en exceso, no es habitual, solo de vez en cuando. Por ejemplo, en estos días me han regalado un kinkong, usted sabe, como chiclayana a veces apetece, efectivamente he comido pero una lengüita, el resto le doy a mis nietos.

¿En cuánto está su glicosilada?

Hace poco me hicieron acá y me salió 7, pero en mi último examen de sangre tengo 124 de glucosa y en un laboratorio particular me saqué y salió 8. Me hago mi control cada 3 meses, así que mi doctor me dice que es imposible, no confío en el laboratorio que me hicieron.

¿Sabe hasta cuánto es normal la glicosilada?

Bueno, acá nos dicen que hasta 120 es normal. La glicosilada hasta 6 me han dicho que es normal.

Paciente 10: Tomaba pasuchaca, pero ya no por flojera de preparar. Toma ajo para mejorar la circulación de sus piernas.

Edad: 83 años

Sexo: femenino

Grado de instrucción: secundaria completa

Tiempo de enfermedad: 17 años

¿Por qué cree usted que le dio diabetes?

Me dio diabetes porque tenía mucho problema, tenía la carga de familia, hacía de padre y madre, eso me hacía daño emocionalmente, las preocupaciones, empecé a trabajar, no dormía casi, estaba despierta hasta las 2 o 3 de la mañana, a las 6 ya estaba levantada, a hacer lo que tenía que hacer, tenía un ritmo muy agitado. Tengo un hijo que es psiquiátrico, que tiene esquizofrenia y verme yo a cargo de toda la responsabilidad, con una hija de 7 años, mi vida era bastante pesada. Además, tuve una úlcera duodenal, el doctor me pidió que hiciera dieta, yo vivía a dieta, y total que mucha dieta hace daño porque ocasiona otras cosas peores como fue conmigo, la diabetes.

¿Qué es la diabetes?

La diabetes es una enfermedad muy peligrosa que va minando el organismo día a día, uno no sabe si está bien o mal mientras no se hace sus pruebas.

¿Qué complicaciones tiene?

Por ahora todavía.

Perdón, ¿Qué complicaciones tiene la diabetes?

Ocasiona al riñón, primeramente, a los ojos, después, a los miembros.

¿Cómo era su alimentación antes de tener diabetes?

Mi alimentación, no comía nada de grasas, la sal bien baja, había alimentos que no podía consumir como la carne, era pobre la comida.

¿Cómo cambió su alimentación después de tener diabetes?

Ahora es un poco más nutrida pero tampoco puedo comer carne de res ni carne de chanco, no puedo comer mantequilla, no puedo tomar leche ni queso.

¿Cómo se siente usted respecto a no poder comer todas esas cosas?

A mí me dan ganas de comer de vez en cuando, pero mis hijas no me dejan.

Cuando no me ven mis hijas, estoy pellizcando el queso (risas), siempre ellas compran queso dietético.

¿Considera usted la alimentación importante en el manejo de la diabetes?

Claro, es importante.

¿Hace actividad física?

Sí, al menos ahora estoy bien activa porque estoy en el adulto mayor, ahí voy a hacer gimnasia, taichí, tenemos diferentes clases con el psicólogo, dibujo, para hacer labores. Estoy asistiendo como Dios manda hará unos 3 años.

¿Qué pastillas toma para su diabetes?

Eso es lo que no me acuerdo, son unas cápsulas grandecitas.

¿Metformina de repente?

Metformina, dos veces al día.

¿Adicionalmente toma usted alguna hierba o medicina natural?

Sabe qué, tomo últimamente ajo crudo. Un diente de ajo lo chanco y en el plato que me van a servir la sopa lo pongo. Una vez al día.

¿Quién le recomendó tomarlo?

Un amigo que trabajaba en la policía decía que hacía bien para la circulación de la sangre.

¿Usted ha notado algún cambio desde que toma el ajo?

Sí, he notado. Yo tengo mala la circulación de la sangre. Con el ajo parece que un poquito me deja caminar. Le dije al doctor que tengo mala circulación, ¿Qué puedo tomar para eso? Me dijo que tengo que caminar media hora diaria. Pero a veces no

puedo, y con el ajo he notado que hace un mes más o menos, un poco me afloja las piernas y puedo caminar.

¿Cuánto tiempo consumiendo ajo?

Ya hace más de un mes.

¿Usted lo recomendaría a otras personas?

Sí lo recomiendo, ¿Sabe por qué? Porque el hijo que tengo que es psiquiátrico también sufre de los bronquios y le daban unos accesos que se podía morir, tiene asma. Un señor que había tenido un familiar peor que el mío, me recomendó que use el ajo con leche, me dijo eso sí, tenga cuidado, póngale periódico en el pecho y en la espalda, esté pendiente para que le cambie la ropa. Como me dijo, así lo hice.

¿Conoce alguna medicina alternativa para la diabetes?

Sí, la pasuchaca.

¿Ha usado pasuchaca?

Sí

¿Hasta ahora usa?

No, dejé de usarla porque tenía flojera. Me mantenía más.

¿Cómo es la pasuchaca?

Son como hojitas, como té, hervía el agua, las echaba y me las tomaba como agua. Me la recomendó una señora que me inyectaba.

¿En la época que usaba la pasuchaca su médico sabía?

No, pero ahora ya no tomo por flojera de preparar (risas), me olvido de preparar.

Cuando tomaba la pasuchaca ¿dejaba de tomar sus pastillas para la diabetes?

No, no.

¿Actualmente se olvida de tomar sus pastillas?

No, no me puedo olvidar porque tengo dos hijas que se turnan, que están pendientes para que no deje de tomar.

¿Cuál es el significado de la diabetes en su vida?

Uy, me ha impedido hacer muchas cosas, por ejemplo, en primer lugar, es mi hijo, en segundo lugar, es la diabetes. Yo puedo salir y no puedo, quiero hacer alguna cosa en mi casa, por ejemplo, cuando estaba sola en mi casa hacía sándwiches, pasteles y los vendía en el Hospital Almanzor, tenía mi clientela, los vigilantes al principio me dejaban pasar, después empezaron que no, me iba por la otra puerta, y así los conquistaba a los médicos para que me lleven la mercadería (risas). Así pase como dos años.

Paciente 11: Mujer con diabetes hace un año cuya hermana usa moringa, pero ella no porque considera antiético que vendan cosas que te pueden perjudicar.

Edad: 60 años

Sexo: femenino

Grado de instrucción: superior

Tiempo de enfermedad: un año

¿Qué medicinas le están dando?

La glicol, glibe, ¿cómo es?... se demora en responder

¿Glibenclamida?

Eso.

Aparte, ¿toma alguna otra medicina?

No, nada.

¿Por qué cree usted que le dio diabetes?

Bueno el doctor me dijo que fue por una emoción fuerte que tuve, mi esposo falleció de un momento a otro y dice que es por eso, pero también tengo descendientes de diabetes, tengo a mi padre, por ejemplo, y la impresión fuerte ha activado la enfermedad.

Eso es lo que le ha dicho su médico, pero usted ¿por qué cree que le dio diabetes?

Yo pienso que a lo mejor es la herencia genética.

¿Usted no cree que sea por la impresión fuerte?

Bueno, yo pienso que la diabetes la tenía estacionaria y por esa impresión se activó, supongo, no sé.

¿Sabe qué es la diabetes?

Bueno sí, más o menos, es una enfermedad que afecta al páncreas y al hígado para producir la insulina suficiente para disolver las grasas y azúcares que son buenos para la sangre.

¿Conoce cuáles son las complicaciones?

Si, sé que afecta al riñón, también a la vista. O sea, es una enfermedad que degenera si uno no se cuida.

¿Su médico le ha dicho cuáles son las metas del tratamiento?

Bajar la glucosa siempre, tener controlada la glucosa.

¿Y sabe hasta cuánto? ¿Qué niveles son buenos para usted?

Exactamente no.

¿Qué comía antes de tener diabetes?

Comía frituras, bastante azúcar, pero ya no consumía gaseosas por el antecedente de mi papá que ya tenía, frituras más que todo, dulces por ejemplo tortas.

¿Con qué frecuencia las comía?

No mucho, de vez en cuando.

Y ¿cómo es su alimentación ahora?

Ahora ya no como frituras, todo es al vapor, por ejemplo, el pescado, el pollo. He suprimido todo lo que son dulces, como más verduras, pescado, huevos.

¿Considera importante la alimentación para el control de la diabetes?

Sí, para mí sí, porque creo que por ahí es la vía que uno puede lograr un resultado que favorezca a la salud.

¿Hace algo de actividad física?

Camino bastante.

¿Lo considera importante en el tratamiento de la diabetes?

Sí porque he estado leyendo que el ejercicio te ayuda a eliminar la glucosa.

Ha leído usted bastante sobre la diabetes...

Sí, más o menos.

¿La caminata que usted hace es porque se pone su ropa de deporte y sale a caminar o es parte de su actividad diaria?

El doctor me dijo que cuando camine, lo haga rápido, rápido, como si estuviera huyendo, y por ejemplo de acá me voy caminando hasta mi casa y vengo caminando. Camino mucho. Al día será más de media hora.

Medicina alternativa me dice que hasta ahora no...

No, hasta ahora no porque a veces hay gente que no tiene ética y te venden cosas que no te sirven, más bien te perjudican, solo por vender. No conozco mucho de esa medicina.

Nadie se la ha mencionado entonces...

Sí me la han mencionado, por ejemplo, la moringa

¿Quién le ha hablado de la moringa?

Los vendedores y mi hermana dicen que le compra a mi papá que tiene diabetes y que le ha hecho bien.

¿A su hermana quién le recomendó la moringa?

No sabría decirle, pero es voluntaria en el Hospital Regional. Pero yo aún no he usado.

¿Qué opina de la insulina?

Me da miedo

¿Por qué le da miedo?

Porque la insulina es prácticamente cuando estás bien mal, cuando tu organismo no produce defensas propias, tiene que ayudar la insulina.

¿Hay algún cuidado adicional que tenga desde que le diagnosticaron diabetes?

Sí por ejemplo trato de evitar de hacerme heridas, antes me gustaba cortarme mucho las uñas, hasta me las sacaba cuando estaban feas, para que salga de nuevo la uña, pero ahora no.

Respecto a las pastillas que toma para la diabetes, ¿a veces se olvida de tomarlas?

Ahora por ejemplo me olvidé

¿Esos olvidos son frecuentes?

No mucho

¿A la semana cuántas veces se olvidará?

Unas dos veces

Por último, señora, ¿cuál es el significado de la diabetes en su vida?

Para mí es incómodo y preocupante a la vez porque en un descuido de esos me daño otro órgano como los riñones. Cuando me dijeron que tenía diabetes me chocó.

Paciente 12: Mujer con tiempo de enfermedad 11 años, que usa pasuchaca.

Edad: 61 años

Sexo: femenino

Tiempo de enfermedad: 11 años

Grado de instrucción: secundaria (es empleada del hogar)

¿Cómo le detectaron diabetes? ¿Fue en un control?

Me vino como náuseas que no soportaba nada ni agua ni nada de nada, fui al médico, me hicieron análisis y me detectaron que la glucosa estaba en 300. Desde ahí me empecé a controlar hasta que entré el programa.

¿Por qué cree que le dio diabetes?

Es hereditaria, por mi mamá, mis hermanos, y como estaba gorda, pesaba como 80 kilos, por esos dos motivos.

¿Qué es la diabetes?

Sé que la diabetes es muy silenciosa y poco a poco va malogrando por dentro los riñones, ahorita me está afectando las vistas, veo borroso, eso también tengo que hacerme ver las vistas.

¿Le han dicho cuál es la meta del tratamiento de la diabetes?

Me dijeron que evitar las harinas, el dulce. Ya me acostumbré a tomar todo desabrido.

¿Cómo era su alimentación antes de tener diabetes?

Comía de todo, los dulces, era full dulcera.

Y ahora, ¿cómo es?

Ya es menos, más verduras, sopas. Casi harinas no consumo, a las quinientas hago unos tallarines, papa no consumo, yuca sí a veces, porque me dijeron también que la yuca no se puede comer. Ahora sé lo que hace daño.

¿Hace algo de deporte?

No, nada de eso. Soy empleada del hogar, me mantengo activa, no soy sedentaria. Paro todo el día trajinando.

¿Qué medicinas usa para controlar la diabetes?

Uso este la...glimentina y la metformina.

¿Cómo es la dosificación?

La glimentina tomo antes del desayuno y la metformina después del almuerzo.

¿Cuántos días a la semana hay olvidos en la toma de las pastillas?

Unas 2 o 3 veces, si me olvido ya no lo tomo, espero hasta el siguiente día porque no sé si la puedo tomar.

¿Por qué son esos olvidos?

Es que a veces en el trajín me olvido. Por ejemplo, hoy me he olvidado de tomar, de ahí llego a hacer las cosas y me olvido. No tengo todavía un orden.

Adicionalmente, ¿toma alguna medicina alternativa?

Sí, la pasuchaca.

¿Cómo se prepara la pasuchaca?

Son como unos arbolitos, uso dos en un litro de agua. Hiervo el agua y ahí las hecho, eso lo tomo todo el día como agua de tiempo.

¿Cuánto tiempo viene tomando la pasuchaca?

Desde que me diagnosticaron, pero no la tomo casi seguido.

¿Quién se la recomendó?

Siempre a veces comienzan a decir en reuniones que se hacen, hay comentarios. En reuniones familiares hay a veces algunos que tienen y recomiendan tomar.

¿Dónde la compra?

En el mercado

¿Cuánto le cuesta?

Una bolsa de un cuarto de kilo cuesta 1 sol. No es tan caro.

¿Para cuánto tiempo le dura esa bolsa?

Una semana, dan regularcito. La preparo y la tomo todo el día y al siguiente día otro poquito más.

¿Le ha ocasionado alguna molestia?

No, nada, cuando veo que he comido demasiado me duele la cabeza, y a veces estoy angustiada, me duele el cerebro.

¿Sabe en cuánto está su hemoglobina glicosilada?

Tengo mi control, acá está (saca su tarjeta). La última de junio está en 5.8. Se mantiene entre 5.8 y 5.9. Yo misma me cuido.

¿El hecho de tomar la pasuchaca hace que reemplace sus pastillas y deje de tomarlas?

No, no, no. Eso no, siempre ha sido complementario.

¿Qué opina de la insulina?

Yo sé que la insulina es ya lo último, cuando uno no se puede controlar con pastillas. Tengo una hermana mayor que se inyecta, pero ella tuvo problemas que casi le amputan sus piernas, a ella ya no le dan pastillas, sé que ya es lo último.

¿Qué pasaría si a usted le dicen que hay que usar insulina?

No lo aceptaría, no sé qué pasaría, no hay que llegar hasta ese extremo.

¿Algún cuidado adicional que tenga?

Trato de cuidarme los pies, no hay que cortarse, no hay que tener nada porque con la diabetes las heridas se infectan rápido.

Por último, ¿Qué significa para usted tener diabetes?

Al comienzo sí me chocó, pero después ya me hice a la enfermedad, ya lo asimilé.

Paciente 13: Paciente mujer con 18 años de enfermedad que al inicio consumía “amargos” hasta que sintió mareos y dejó de tomar por la desconfianza.

Edad: 72 años

Sexo: femenino

Grado de instrucción: secundaria (ama de casa)

Tiempo de enfermedad: 18 años

¿Por qué cree que le dio diabetes?

Bueno, me han dicho que del páncreas medio que se descontrola, pero realmente no he sabido por qué.

¿En su familia había alguien con diabetes?

Ahora, sé que he tenido una tía, porque a mi mamá yo le pregunté si ella o mis abuelos tuvieron y me dijo que nadie. Dicen que la hermana de mi mamá está con diabetes. Yo fui la primera en mi familia y ahora tengo una hermana y un hijo, el mayor con diabetes.

¿Qué sabe de la diabetes? ¿Qué es la diabetes?

Que le puedo decir... piensa, no funciona bien el páncreas. No sé ni qué es (se ríe).

¿Sabe qué complicaciones tiene la diabetes?

De los riñones, los ojos, de tantas cosas.

¿Cómo era su alimentación antes de que le diagnosticaran diabetes?

Normal, casi poco me gustan las frituras.

¿Cómo es ahora?

Ya no como frituras, no como harinas, no tomo gaseosas, licor ni qué se diga porque no me gusta.

¿Antes tomaba más gaseosa?

No, de vez en cuando porque poco me gustaba. Poco me gustaba a mí el dulce, en cambio mi esposo que era tan dulcero, yo no sé cómo a él no le ha dado, por eso

creo que no depende del dulce. Aunque ahora con la diabetes, el dulce ya lo he dejado del todo.

¿Hace algo de deporte o de actividad física?

Bueno no, en mi casa camino todo el día, subo escaleras, lavo, hago limpieza, estoy en movimiento todo el día, a veces me voy al mercado Modelo a pie y regreso a pie, como haciendo un poco de ejercicio porque el doctor me ha dicho que tengo que caminar. A veces en mi cama algo de ejercicios, muevo las piernas de acá para allá. Todo el día estoy de acá para allá, cocino, porque como me quedo solita, todos trabajan, tengo que hacer todo pues. Tengo que ir al mercado, aunque ahora ya poco voy al mercado porque tuve una caída y mi hija ya me deja el refrigerador lleno, todo me deja para que ya no salga. No me gusta ni dormir en las tardes porque me siento mal, salvo que me sienta muy cansada para acostarme en la cama, pero serán quince minutos, no más.

¿Qué pastillas usa para controlar su diabetes?

La gli ... mida. Glidi... glidia

¿Glibenclamida?

Sí, la otra después de almuerzo es la morfina... mor... met.

¿Metformina?

Sí, una en ayunas y la otra después de almuerzo. También hace 3 meses me han detectado la presión un poco alta, siempre no sé por qué, yo estaba tranquila, pero cada que venía al doctor me subía la presión, es algo bien raro. Cuando estaba en mi casa, me iba a la farmacia y me decían que estaba bien. Cuando vengo al doctor me encuentran en 14, desde ahí tomo las pastillas.

¿Usa algún tratamiento de forma complementaria?

No, no.

¿En algún momento a lo largo de estos 18 años que tiene de diagnóstico de diabetes ha usado alguna planta medicinal?

Cuando recién me diagnosticaron diabetes sí, pero no me la preparaba yo porque solamente compraba "los amargos" que los hacen con sábila y otras hierbas.

¿Así se le llama? ¿Amargos?

Sí, bien amargo y verdad, me tomaba y era bien amargo y me bajó bastaaaante la glucosa.

¿En dónde los compraba?

Ahí en los puestos del mercado Modelo, ahí tomaba mis amargos.

¿Sabía cuál era el contenido de los amargos?

Sabía que tenía linaza, ellos me mencionaron las pajitas, pero no me acuerdo. La otra era la sábila, sí, pero para qué. Lo tomaba como un vaso de líquido. Yo iba y lo tomaba ahí, no lo llevaba a casa porque no conocía las pajitas.

Un día estaba con un dolor de cintura muy fuerte, me fui donde las hierberas y me dijeron que eran los riñones, me dieron unas hierbas y me sentí mal, sentí que me quería dar mareos. Y en mi casa nadie ni mi esposo sabía que había tomado las pajitas, entonces me sentí mal, me quiso dar como mareo, tomé la tacita que me dijeron y desde ahí le tengo desconfianza, solamente que sea la manzanilla, un anís, eso sí, de ahí ya no, le tuve miedo. Boté la bolsa a la basura y después le conté a mi familia, mamá por qué has hecho eso me dijeron. Es que hijita no encuentro consulta en el hospital y no sé qué hacer.

¿Este episodio que me cuenta fue antes o después de los amargos?

Esto fue después, por eso dejé de tomar, porque la verdad es que me cayó mal, mal. Lo boté a la basura todo.

¿Cada cuánto tiempo iba a comprarse los amargos?

Bueno a veces me iba a los dos días porque como yo tenía mi negocio me iba a comprar al Modelo y cada que iba me compraba. A veces también me iba al mercadito de Campodónico, cerca de mi casa y también tomaba.

¿Cuánto tiempo consumió?

Me lo habré tomado un mes, porque también me decían que muchos remedios me pueden hacer mal. Siempre me venía a controlar mi diabetes y estaba bien, estaba en 70. De ahí dejé de tomar.

¿Hay olvidos en las tomas de sus medicamentos?

No, no. Eso sí que no me olvido. Me dijo el doctor: que te olvides de tu pan, pero no te olvides de tu pastilla. A las 7 de la mañana ya estoy tomando mis pastillas porque también sufro de la tiroides. La del almuerzo tampoco me olvido, yo me cuido bastante.

¿Qué opina de la insulina?

Ay no sé, le tengo un poco de miedo, el que se pone insulina es mi hijo, él tiene 50 años y ha tenido diabetes después que yo, pero él no se cuida. Agarra el azucarero y se echa bastante, yo le paro escondiendo. Ahora ya no toma tanto.

¿Alguna medida adicional que tenga?

No, solamente me cuido de los dulces. Ahorita si me ha subido un poquito porque ha sido el baby shower de mi nieta y me tomé medio vasito de gaseosa con agua. Ahora estoy con 125 de glucosa, me ha subido un poco, me he asustado, yo no sé llegar a esos valores, estoy en 90 – 95.

¿Qué significado tiene la diabetes en su vida?

La verdad es que yo nunca quise tener diabetes, cuando me dijeron que tenía diabetes no sabía ni dónde estaba parada, como me vine sola, estaba joven todavía, vine, me hicieron la prueba porque engordé y me daba una sed inmensa, qué raro. Como yo tenía mi negocio en el mercado, no había agua hervida y tomaba gaseosa sin saber, hasta que comencé a bajar y bajar de peso. Mi hija me dijo: mamá estás muy delgada y comenzaron a salirme unas heriditas. Entonces me mandaron al médico, en ese tiempo no tenía ni seguro, me fui al hospital Las Mercedes (del MINSA), para qué, me tocó una buena doctora, me tomaron mis análisis y salí con 280. Ahí, salí llorando del hospital porque en mi casa siempre se decía que la diabetes era peligrosa, que les cortaban los brazos, las piernas. Yo llegué llorando a mi casa, cada que me acuerdo me dan ganas de llorar. Mis hijas me alentaron, no es el fin del mundo me dijeron, todo está en que te cuides. Desde ahí comencé a cuidarme.

Paciente 14: Paciente que toma agua de Jamaica

Sexo: femenino

Edad: 65 años

Tiempo de enfermedad: 4 años

Grado de instrucción: secundaria – ama de casa.

¿Por qué cree que a usted le dio diabetes?

Porque tenía muchos problemas, a veces problemas con los hijos, no problemas, mi hermana se murió un 15 de diciembre, un 19 de diciembre se murió mi prima, un 28 de diciembre se murió mi hermano, ahí nomás fue y todo eso se me fue acumulando, paraba llorando, estresada, no quería salir, no quería comer, todo se me complicó. Me parece que todo eso desencadenó mi diabetes, porque familia diabética no tenemos, ni papá ni mamá ni hermana ni abuela ni bisabuela, yo soy la única. Mis demás hermanas tampoco tienen.

¿Qué es la diabetes?

Bueno sé que es una enfermedad como un cáncer, poquito a poquito nos va destruyendo los órganos si no nos cuidamos, pero llevando una dieta adecuada, cuidándonos del alcohol y todo eso, uno puede seguir viviendo.

¿Conoce las complicaciones de la diabetes?

Más o menos conozco, dice que uno debe evitar el azúcar principalmente porque si usted como azúcar o dulce o lo que a uno a veces le provoca, se destruyen los riñones principalmente, las vistas y poco a poco nos va destruyendo todo hasta llevarnos a la muerte.

¿Le han dicho cuáles son las metas del tratamiento?

Sí me han dicho, me he ido al médico y me han dado mis pastillas, cuidarse en los alimentos, comer frutas, no con mucho azúcar, el plátano y la uva me han prohibido. Todas las frutas que tengan dulces.

¿Cómo era su alimentación antes de tener diabetes?

De todo comía, gaseosa casi nunca me ha llamado la atención. Yo creo que no es hereditaria la diabetes, me vino porque perdí a mis seres queridos.

¿Después del diagnóstico de diabetes su alimentación en qué ha cambiado?

Bueno, ahora ya no como harinas, si como, como mis tostadas integrales, avena sin dulce, o la endulzo un poquito con Stevia, mi sopa de verduras, pollito sin pellejo, choclito, arroz casi nada.

¿Considera importante la alimentación para controlar la diabetes?

Claro, lo principal porque si no, lo mismo que nada.

¿Hace algo de deporte o de actividad física?

A veces salgo a caminar, porque correr no puedo por la artrosis. Me voy a ver a mi nuera caminando, no tomo carro, está como a 7 cuadras.

¿Qué pastillas toma para controlar su diabetes?

Metformina una vez al día.

¿Hay algún olvido en la toma de la pastilla?

A veces, si tomo diario, a veces cuando viajo me olvido, pero no es algo usual.

Adicionalmente, ¿toma alguna medicina alternativa?

Estoy tomando recién que me han dicho que tome la flor de Jamaica.

Cuénteme un poquito de qué se trata

Hago hervir y la pongo ahí, se tiñe todo de rojo, la guardo en el frigider y cuando quiero tomarla le agrego un poco más de agua fría o caliente, tiene un sabor bien rico, como agua de tiempo.

¿Quién se la recomendó?

Una misma doctora me dijo, por qué no compra la flor de Jamaica.

¿Dónde la compra?

En el mercado

¿Cuánto cuesta?

La bolsita cuesta 2 soles y dura casi un mes.

Después del consumo de la flor de Jamaica ¿le han hecho algún control de glucosa?

Todavía no me han hecho un control, pero me han dicho que es muy buena.

¿Sabe si es segura? ¿Le ocasiona alguna molestia?

No, solo me ocasionan gases.

¿Deja de tomar la metformina por tomar el agua de Jamaica?

No, no, tomo la metformina. Es solo agua de tiempo en vez de tomar agua pura.

¿Algún cuidado adicional que tenga?

No, tengo gastritis, por eso no puedo tomar desinflamantes.

¿Qué opinión tiene de la insulina?

No quisiera llegar a la insulina, por eso me cuido.

¿Por qué motivo?

Porque dicen que cuando uno se acostumbra a la insulina tienes que estar solo con insulina. NO quisiera llegar a eso.

¿Qué significado tiene la diabetes en su vida?

Ay, ya no es una vida normal. Tienes que cuidarte muchísimo. Te antojabas de comer un pedazo de King Kong, un arroz con leche y te lo comías. Ahora no, tienes que cuidarte. Yo estaba más gorda, ha sido una oportunidad para mejorar en la alimentación.

Paciente 15: Paciente con 14 años de enfermedad que se ha encomendado a Dios y ha dejado de tomar sus medicamentos. Usó ortiga para controlar la diabetes, pero dejó de tomar por escasez de la hierba. Hacía sus controles en una clínica particular de forma paralela.

Sexo: masculino

Edad: 64 años

Grado de instrucción: primaria - empleado de Municipalidad

Tiempo de enfermedad: 14 años

¿Por qué cree que le dio diabetes?

Por la sencilla razón que no tenía yo una adecuada orientación, ignoraba yo, comía sin saber lo que me hacía daño. Era la falta de conocimiento, esa fue la razón, yo no me cuidaba, si hubiese sabido hubiera tomado las precauciones. Comía como un animalito.

¿Qué comía?

Pan, gaseosa, carnes, no me cuidaba como ahora que tengo conocimiento de lo que hace daño. Ya comprendo que uno debe cuidarse.

¿Cómo es su alimentación ahora?

Ya no consumo azúcar, uso Stevia una cucharita chiquita, ya no tomo gaseosa. Antes tomaba cerveza ahora ya no tomo nada. No fumo tampoco. No fumo, no tomo.

¿Hace actividad física?

Hago bicicleta, salgo a manejar, recorro de 8 a 10 kilómetros al día, para irme a trabajar, ir al mercado, ir a mi casa. Cuando me dio la diabetes era conserje, dejaba documentos en las oficinas, pueblos jóvenes, urbanizaciones, todo en bicicleta. Yo me mantenía bien.

¿Qué es la diabetes?

Lo único que yo sé es que es una enfermedad no contagiosa, que le da a toda persona porque hacen desarreglos en su alimentación, por comer muchas harinas,

azúcares y también por el estrés. Tengo entendido que por estrés también le da diabetes a uno, no solo por la gaseosa.

¿Qué pastillas toma para controlar su diabetes?

Aquí en el hospital la Morfina.

¿Metformina?

De acuerdo, perdón, el nombre casi no se me graba.

Me dan tiamina, captopril, ácido fólico y otra más, me he olvidado el nombre. Pero, después me han dado una evaluación en el Almanzor Aguinaga, pero lo que me dan acá, me dan allá, por eso mejor vengo acá porque pierdo mi tiempo en ir hasta allá.

A mí también me atienden en la Clínica del Pacífico, mis hijos son ingenieros, yo sí me quedé en primaria. Ahí me dan mejores medicinas, pero ya no he estado yendo porque aquí me dan la medicina.

¿Es lo mismo que le dan acá?

No, allá es superior.

¿Y cómo hace? ¿Deja de tomar lo de acá y toma lo de allá?

Lógico, porque allá es lo mejor, cada pastilla cuesta como 12 o 15 soles.

¿Sabe qué pastillas son?

No me acuerdo.

Pero ya no está yendo...

No, ya no.

¿Por qué ya no va para allá?

Tanta medicina digo yo, vaya a hacerme daño, pero lo voy a hacer, el cuerpo no va a dar mucho con tanta medicina.

¿Aparte toma alguna medicina complementaria, alguna hierba?

No, no, no, no. Nada.

Acá hay mucho consumo de plantas medicinales...

Lógico, sí, pero no.

¿En algún momento ha usado alguna hierba medicinal?

Que yo sepa, sí lo usé la ortiga que la traen de la sierra, como agua de tiempo.

¿Quién le recomendó?

Los mismos hierberos.

¿En esa época usted dejó de tomar sus pastillas para tomar solamente la ortiga?

No, no. Lo hacía de forma complementaria.

Y ¿por qué dejó de tomar la ortiga?

Porque las hierbas se escasean, ya no traían de la sierra, la dejé. No sentí mejoría. En la actualidad me siento tranquilo.

¿Hay algún cuidado adicional que tenga?

No

¿Qué significa para usted tener diabetes?

Para mí, la diabetes es una enfermedad incurable, que no hay solución, porque yo tengo entendido que ningún médico ha dicho: hasta acá nomás la diabetes, hay curación.

Que yo sepa no. Muchos han perdido los brazos y las piernas por la diabetes, recién ha fallecido un amigo mío, le cortaron la pierna. Yo la verdad confío en Dios, me encomiendo a Dios y para mí la diabetes no le temo. Le voy a ser franco y sincero, soy cristiano. Sé que Dios no me va a abandonar. No le temo a la diabetes ni a la muerte. Sé que no me va a vencer, el Señor es el que me va a curar. Me siento tranquilo. Ya no quiero tomar las pastillas, que sea la voluntad de Dios, de vez en cuando las tomo, la Metformina me afecta el corazón, ya no tomo y me siento mejor así. La Glibenclamida no la tomo, a veces la tomo. Me siento tranquilo.

¿Cómo están sus controles de glucosa? ¿Están bien?

No, lo que sale es que está un poco alta la glicosilada.

Paciente 16: Paciente que fue a trabajar a la sierra y su alimentación no fue adecuada. No usa medicina complementaria porque lo considera un negocio y engaño.

Sexo: femenino

Edad: 44 años

Grado de instrucción: superior (docente)

Tiempo de enfermedad: 3 años

¿Por qué cree que le dio diabetes?

Por la alimentación, la mala alimentación porque no hay diabéticos en mi familia. Yo soy la primera, tuve un problema fuerte y ahí empezó mi diabetes. De ahí cuando me he ido controlando, al principio no lo aceptas, me hice exámenes en 3 lados, en dos salieron que sí, en uno que no. Así que empecé a seguir el tratamiento acá.

¿Qué es la diabetes, qué conoce de la enfermedad?

No mucho, solamente me han dicho de acuerdo a la alimentación que debo seguir. Me dijeron que hay dos clases de diabetes: la hereditaria y la emotiva. Entonces yo tengo la emotiva y hasta ahorita es cierto porque cuando tengo problemas se sube mi glucosa exageradamente, pero de ahí estoy tranquila.

¿Cómo era su alimentación antes de tener diabetes?

Era bien desordenada, trabajar y vivir en la sierra te acostumbras a comer papa, yuca y queso porque no hay pan. Comía en el desayuno, era totalmente desordenada.

¿En qué parte vivía usted?

En Incahuasi

¿Todavía vive ahí?

No, ya vivo en Chiclayo, ya estoy trabajando acá. Cuando recién empiezas tiene que ser a dónde te manden, a zonas rurales y quechua hablantes. Así que a aceptar nomás.

¿Cómo es su alimentación ahora?

Ahora he dejado de comer, te acostumbras a las comidas, me cuesta trabajo no dejar de comer comidas, yo quiero comida en el desayuno, estoy acostumbrada a tomar sopa, comer arroz, no era ni que grasas ni que carbohidratos, allá cocinaban con manteca no con aceite, aparte es manteca de los animales.

Ahora he empezado a reducir las proporciones porque no me es tan fácil dejar de comer en el desayuno. Trato de comer las cosas sancochadas.

¿Hace algo de actividad física o ejercicio?

He dejado de hacer ejercicios hace como 4 años que no haga, he subido totalmente de peso, pesaba 55 kilos, ahora peso 75 kilos. Los 75 kilos que peso me es difícil bajar, no se puede.

¿Por qué motivo no hace ejercicios?

Antes salía a correr, era mi rutina, practicaba karate y lo dejé totalmente por el problema que tuve en la columna, me caí de la moto y me prohibieron. Empecé a ser sedentaria y todas las enfermedades me vinieron. Son 20 kilos más que tengo y ahora me cuesta trabajo bajar de peso.

¿Qué pastillas toma para la diabetes?

Me dan Metformina, tableta y media al día.

¿Adicionalmente toma alguna medicina complementaria, alguna hierba medicinal?

No.

¿Le han hablado de alguna planta medicinal o alguien en su familia toma?

No.

En cuanto a sus pastillas, ¿hay olvidos en las tomas?

Eso sí, mayormente por la preocupación me olvido de tomar las pastillas, la de la presión no porque es temprano. Además, me estoy olvidando más de las cosas.

A la semana, ¿cuántos días se olvida?

Dos días, en el almuerzo es que me olvido. Más si es un almuerzo familiar a pesar de que uso un pastillero, aun así, me olvido.

¿Tiene algún cuidado adicional?

Me cuido de las heridas, los golpes, nada más.

¿Qué opina de la insulina?

No tengo conocimiento de la insulina ni en qué momento debe usarse ni para qué ni cómo porque no nos han explicado, ni siquiera nos han dicho lo qué es, en cambio cuando me diagnosticaron la presión ahí sí.

¿Qué sabe de la diabetes, qué es la diabetes?

Solamente me dijeron que tengo diabetes y que no puedo consumir azúcar, pero no tengo un concepto claro de lo que es. No me lo ha dicho, el médico ni siquiera me explica. La nutricionista solo me dice qué es lo que debemos consumir, pero qué es no.

¿Conoce las complicaciones de la diabetes?

Solamente me dijeron que debía controlarme por los riñones, mis vistas y nada más. Me lo dijo la nutricionista. En hipertensión tuve una mejor orientación porque me hacen controles más seguidos.

He visto que en Chiclayo hay mucho consumo de medicina alternativa, ¿qué opinión tiene usted al respecto?

No consumo medicina alternativa porque creo que son personas que no están preparadas, te engañan, te mienten con tantas cosas, por eso es que no consumo, prefiero consumir una hierba que es más natural, a que un médico naturista me vaya a engañar. No creo, nunca lo he hecho ni lo haría. Cada uno en lo suyo, por eso estudiamos algo, nos preparemos por eso. No confiamos, es nuestro cuerpo, es nuestra salud, no podemos ingerir cualquier cosa que por negocio nos van a vender.

¿Qué significado tiene la diabetes en su vida?

Para mí es un cuidado grande que debo de tener en mi comida, no sé si pueda hacer ejercicios nuevamente por mi lesión en la columna, pero quiero seguir porque tengo que bajar de peso.

He dejado de ingerir el agua, el agua en la Sierra es horrible, tiene un sabor feísimo.

¿Digamos que el hecho que haya trabajado en la Sierra ha ocasionado estos cambios en su vida?

La presión no porque ya la tenía hace 18 años, hasta tuve un derrame. Pero la diabetes sí es lo nuevo que tengo.

Paciente 17: Varón con 15 años de enfermedad, polifarmacia, consume uña de gato, manzanilla y cedrón como agua de tiempo.

Sexo: masculino

Edad: 75 años

Grado de instrucción: secundaria

Tiempo de enfermedad: 15 años

¿Por qué cree que le dio diabetes?

Diabetes, alimentos.

¿Cómo era su alimentación antes de tener diabetes?

Con mis padres comía verduras, posteriormente cuando me casé ha sido una alimentación más criolla. Mi esposa me cambió la alimentación, comía más guisos, todo lo que es harinas, menestras.

Desde que tiene diagnóstico de diabetes, ¿Hay algún cambio en su alimentación?

Ahora estoy consumiendo más verduras porque me he sentido subido de peso.

¿Qué es la diabetes?

El azúcar en la sangre.

¿Conoce las complicaciones de la enfermedad?

La vista y los problemas que tenemos en las piernas, en la circulación de la sangre también.

¿Le han explicado cuáles son las metas del tratamiento para la diabetes?

Comer comidas saludables

¿Hace actualmente algo de deporte o de actividad física?

Estaba haciendo, salía en las madrugadas a las 5am, tenía un buen parque hasta que un día un perro me mordió el brazo, desde ahí dejé de hacer actividad. Solía hacer caminatas.

¿Hace cuánto tiempo ya no hace actividad física?

Hace un año y medio más o menos.

¿Qué pastillas le dan para controlar su diabetes?

A ver... diabetes. Estoy con Metformina, Atorvastatina, Glibi...gle... se demora pensando.

¿Glibenclamida?

Sí, esa. Bueno, todas las pastillas que le voy a mencionar mejor. Últimamente estoy con... tengo yo de próstata también, pero en diabetes, a ver temprano (piensa y hace un recuento mental de sus pastillas).

Adicionalmente he visto en Chiclayo el consumo de medicina complementaria, alternativa, hierbas, ¿toma algo de eso?

Hierbas, sí. Tomo manzanilla, cedrón, como agua de tiempo. También uña de gato.

¿Son caras?

No.

¿Las compra en el mercado?

Sí, en el mercado, son frescas porque llegan los días martes y miércoles. A veces yo voy los martes y aprovecho las hierbas frescas.

¿Quién le recomendó el uso de estas hierbas?

Por intermedio de mi esposa que es de Cajamarca. Ella también las consume.

¿El uso de estas hierbas condiciona que usted deje de tomar sus medicamentos para la diabetes?

No, porque no tomo continuamente.

Respecto a sus pastillas para la diabetes, ¿hay olvidos en las tomas?

No, eso sí no. Todos los días tomo 8 pastillas, tengo mi pastillero, soy metódico.

¿Qué opina de la insulina?

Ahí sí que no tengo conocimiento de la insulina.

¿Hay algún cuidado adicional que tenga para controlar su diabetes?

Con el tratamiento lo estoy llevando bien.

¿Sabe el último valor de su hemoglobina glicosilada?

No, no lo sé.

¿Qué significado tiene para usted el tener diabetes?

Cuidado, de no ingerir alimentos dulces. Cuidado en la alimentación.

Paciente 18: Mujer que consume preparados amargos, desconoce el nombre de las plantas, su médico no lo sabe. Lo hace de forma complementaria.

Sexo: femenino

Edad: 66 años

Grado de instrucción: superior (docente)

Tiempo de enfermedad: 4 años

¿Por qué cree usted que le dio diabetes?

De repente por la alimentación porque familia no tengo, directamente así familia, no. De repente mis abuelos o tatarabuelos, no sé.

Yo he sido gordita o sea mi contextura con la menopausia cambió y comencé a engordar.

¿Qué sabe de la diabetes?

Me imagino que es una enfermedad que se produce por el exceso de comidas.

¿Conoce las complicaciones de la enfermedad?

Sí pues, a casi todos los órganos, el riñón especialmente, la vista, justo hoy me hicieron un examen de la vista.

¿Cómo era su alimentación antes de tener diabetes? Porque usted me dice que principalmente se produce por la alimentación.

Pienso que sí, porque como hereditario no lo considero. Comía de todo, a base de papa, arroz, sobre todo, harinas. Y como soy serrana, ahí la alimentación es a base de yuca y papa.

¿Cómo es ahora su alimentación?

Bueno, ahora un poco restringida, ya no tanto como antes.

¿Qué restringe?

Por ejemplo, si preparo el arroz, como poquito, por ejemplo, dos cucharitas. Si como yuca ya no como la papa.

Muy bien, ¿hace algo de actividad física?

No, solamente en mi casa. A veces mi esposo me dice para salir a caminar, pero yo estoy acostumbrada a caminar, yo me levanto temprano, yo no descanso, voy haciendo cosas de la casa.

¿Qué pastillas le están dando para controlar su diabetes?

Metformina, pero tomo la mitad nomás, porque tan elevada el azúcar no la tengo.

¿Solamente lleva su control aquí o en otro lado?

Bueno, de aquí me derivaron al Heysen, ahí me vio el especialista. Él fue el que me recetó la Metformina, porque acá me dijeron que no me podían recetar, que tengo que ir al endocrinólogo. Él ya me examinó y me dio la receta.

Muy bien, adicionalmente he visto que aquí hay mucho consumo de medicina complementaria, de hierbas, de plantas medicinas. ¿Es su caso?

Sí, a veces consumo preparados de plantas que son amargas, pero no demasiado.

¿Qué plantas son?

Piensa bastante...

Lo que pasa es que a mi esposo le dieron bastante, y de ahí saco. No recuerdo el nombre de las plantas.

¿De dónde las consiguió?

De una señora que aplicaba acupuntura, ahí les daba. Es una bolsita de plantas amargas. No me acuerdo ahorita, la achicoria por ejemplo es amarga.

¿Cómo la preparan?

Como té, hierbe el agua, las coloco ahí y después ya tomo.

¿Esto lo hace de forma complementaria o deja la Metformina para consumir solo las hierbas?

No, yo tomo mi pastilla con agua sola. Yo tomo el amargo a veces antes de acostarme o al mediodía.

¿Su médico sabe que consume estos amargos?

No, últimamente no he tenido citas.

Adicionalmente, ¿tiene algún cuidado?

Sí, alimentación comer menos harinas y dulces, sobre todo en el desayuno que tomo sin azúcar.

¿Qué opinión tiene acerca de la insulina?

La insulina controla, pero pienso que al menos yo no pienso llegar a ese extremo, no me gustaría.

¿Qué significa para usted tener diabetes?

La diabetes es una enfermedad que se produce como consecuencia de tener un buen cuidado en la alimentación o consumir muchas harinas. No sé qué otra cosa podría ser.

Yo trato de llevarla como si no la tuviese, claro que me cuido en la alimentación y que esté pensando todo el tiempo en eso: no.

Prefiero tomarlo como si no existiese porque si estoy pendiente de eso creo que me enfermo más.

Paciente 19: Paciente varón con diabetes hace 9 años, pero sin controles, sin consumo de medicamentos hasta hace un mes que le amputaron la pierna. Ahora usa moringa de forma complementaria esperando controlar la diabetes. Su médico no lo sabe.

Sexo: masculino

Edad: 49 años

Grado de instrucción: secundaria completa

Tiempo de enfermedad: 9 años

¿Por qué cree usted que le dio diabetes?

Por herencia.

¿Qué familiares tienen diabetes?

Mi mamá y mi hermano.

¿Qué es la diabetes con sus propias palabras?

Mucha azúcar.

¿Conoce cuáles son las complicaciones?

No, no las conozco.

¿Cómo era su alimentación antes de tener diabetes?

Comía mucho y muchos dulces.

¿Ahora ha cambiado eso?

Bueno sí, quiero comer dulces, pero ya no como ya.

¿Considera que la alimentación es importante para el control de la diabetes o considera que es un tema más hereditario?

Bueno, más por herencia.

¿Qué pastillas toma para su diabetes?

Unas chiquitas, no sé el nombre. (Saca de su bolsillo y muestra Glibenclamida).

¿Cómo las toma?

Una vez al día.

¿Aparte toma usted alguna medicina alternativa, complementaria o alguna hierba medicinal?

Hierbas sí tomo.

¿Qué es lo que toma?

¿Cómo se llaman las hierbas? (le pregunta a su acompañante).

Acompañante: Unas verdecitas, ¿Cómo se llaman? ... piensa.

¿Cuál será, la pasuchaca, moringa?

¡La moringa! Esa.

¿Cómo prepara la moringa?

Así estrujadito.

¿Cuál es su presentación?

Vienen en sobres o sino se compran así nomás por kilo. Eso se hace hervir y se toma como agua de tiempo.

¿Deja de tomar sus pastillas por tomar moringa?

No, no, no. Lo complemento.

¿Sabe su médico que toma moringa?

No, no, no le he dicho.

¿Es cara la moringa?

Entre 3 o 5 soles cuesta, dura para 3 días.

¿Qué ha notado cuando toma moringa? ¿Algo diferente?

Bueno, no.

¿Qué opina de la insulina?

No, no utilizo.

¿Pero qué opinión tiene de ella?

Dicen que nos deja ciegos.

¿Hay algún cuidado adicional que tiene?

Ninguno.

Por último, ¿Qué significado tiene para usted tener diabetes?

Bueno, un poco medio mal porque con la diabetes uno no puede hacer nada, no puede comer.

¿Cómo lo está sobrellevando?

Bueno, ahorita medio así, triste, porque hace un mes me cortaron la pierna.

¿Aquí viene a hacer sus controles?

Bueno, en realidad no venía hace un año, no estuve tomando mis pastillas, no tuve un buen control.

Paciente 20: Mujer que usa pasuchaca, cree que la diabetes es tensional y considera que ya ha vivido lo suficiente, por lo que, si le indican insulina, no usaría.

Sexo: femenino

Edad: 75 años

Grado de instrucción: secundaria (ama de casa)

Tiempo de enfermedad: 7 años

¿Qué significó para usted recibir la noticia de tener el diagnóstico de diabetes?

Mmm... me deprimí bastante porque no pensaba llegar a ese punto.

¿Por qué cree que le dio diabetes?

Dicen que, de los dulces, de las harinas, pero yo me he cuidado bastante. Pero según la doctora es de lo que uno mucho piensa, la tensión, todo eso, preocupación más que todo, porque también soy hipertensa.

¿La hipertensión fue primero?

Sí, la hipertensión fue primero, después la diabetes.

¿Qué es diabetes?

Es una enfermedad que tiene malas consecuencias con el tiempo porque veo pacientes que pierden su piernita, se les complica otra cosa hasta que llegan a morir. No se cuidan en las comidas, se descontrolan comiendo, sabiendo que a veces nos hace mal, lo comemos; porque a veces estamos cansados de esta enfermedad porque todo es pastillas, pastillas, pastillas, eso cansa.

¿Cómo era su alimentación antes de que le diagnostiquen diabetes?

Comía igual, porque yo tuve también un accidente en mi pierna, la doctora me dijo lo que tenía que comer, sobre todo por el colesterol, yo me he cuidado bastante. Esa misma dieta le hecho a toda mi familia, para todos. No sé pues, será la preocupación de los hijos.

Digamos entonces que usted no tenía una alimentación basada en dulces, gaseosas...

(Interrumpe). Nunca he sido que me han gustado las gaseosas o las dulces. Así les he acostumbrado a mis hijos, no son tan apetitosos a los dulces.

Después que le diagnosticaron diabetes, ¿hubo algún cambio en su alimentación?

Yo me hacía algo para mí diferente a lo de mis hijos, a raíz de mi accidente y de la diabetes. He ido bajando de peso. Pero más tengo preocupaciones, como tengo todavía dos hijos solteros, todavía se van a trabajar lejos, yo me quedo sola con mi esposo, él también se va. Pero yo tengo mi grupo de oración y eso me va vida, también pongo radio María y se me va la mañana haciendo cosas.

¿Hace algo de actividad física?

No, ahora no estoy haciendo. He asistido al adulto mayor donde hacía gimnasia, paseos, caminatas, ahora he dejado porque tengo várices.

¿Hace cuánto tiempo dejó de asistir al adulto mayor?

Todavía sigo, pero ya no hago ejercicios.

¿Hace cuánto tiempo dejó de hacer ejercicios?

Ya tengo como cuatro años que no hago porque tengo mis várices, he estado en tratamiento para eso, me ocasiona dolor, tengo que estar siempre en descanso, con mis pies arriba.

¿Qué pastillas toma para controlar la diabetes?

Unas chiquitas... la glimida, algo así.

¿Glibenclamida?

Ahí ta, esa. Me equivoco.

¿Cuántas pastillas toma al día?

Yo nomás tomo una media en la mañana y media en la tarde.

¿Aparte usa alguna medicina complementaria, alguna hierba o planta?

Ah sí, también, la que venden en el mercado, plantas así, hierbas para la diabetes.

¿Usted cuál usa?

Yo tomo la pasuchaca, es como agua de tiempo que se prepara en un litro de agua, aparte de la pastillita. Tomo en el día con otra hierbita que le meten.

O sea, es como un preparado, viene la pasuchaca con otras hierbas...

Sí, yo la hago en la mañana.

¿Cuánto le cuesta? ¿Es cara?

No porque una la compra de 2 soles, 3 soles.

¿Dónde la compra?

Del mercado Modelo, es de ahí de donde vienen todas las hierbas.

¿Quién le recomendó a usted la pasuchaca?

Bueno, las amistades. cuando uno conversa en el hospital. Pero no hace mal ni bien tampoco porque sirve para nuestro organismo.

¿Le han dicho cuál es el efecto?

Sirve para bajar la glucosa.

¿Su médico sabe que la usa?

No, porque yo vengo a la consulta y me dan la pastilla. Le he dicho a la doctora la vez pasada porque tuve 74 de glucosa en mi último control y me dijo que estaba muy bajo. Parece que vas a alternar tu pastilla para que no te baje mucho me dijo.

¿Sabe en cuánto está su hemoglobina glicosilada?

No sé, me tomaron análisis la vez pasada y me dijeron que estaba bien.

¿Qué opinión tiene de la insulina?

Mmm, bueno, un familiar le están poniendo la insulina. Le digo, por qué te ponen insulina. Porque su páncreas ya no tiene insulina, pero ya no toma sus pastillas. Su glucosa estaba en 300 y ya no le bajaba con las pastillas.

¿Qué pasaría si a usted le dijeran que tiene que usar insulina?

No, no, no, no la aceptaría. Ya me quedaría ahí nomás, qué vamos a hacer. Yo ya viví, ya mis hijos están hechos, son profesionales, he vivido en las buenas y malas con mi esposo, tenemos 50 años de casados. El día que yo me llegue a poner mal o enfermarme, no quiero que me lleven al hospital, y estar intubada, he visto amigas así que al final se han muerto. Quiero que me dejen en mi cama, en mi cuarto. No aceptaría que me pongan la insulina, tampoco.

¿Hay algún cuidado adicional que tenga usted?

La doctora me recomendó no golpearme, no caerme, de eso me cuido yo. Camino mirando dónde me puedo tropezar. Ya me he caído en mi casa, por eso tengo bastante cuidado.

¿Cómo es el procedimiento aquí en el hospital? ¿Cada cuánto tiempo viene?

Las medicinas me dan cada 3 meses, me la da el médico general.

Con enfermería, ¿cómo es?

Ella me apunta en mi libreta de control cuánto me toca con el médico, vengo cada 3 meses, primero paso por enfermería y luego me dicen cuándo me toca con el médico. La enfermera mide el abdomen, me pesa, me toma la presión y lo registra en mi tarjeta, hasta que llega el tiempo que vuelvo a hacer mis exámenes.

¿Recibe orientación nutricional también?

No, yo recibo en el adulto mayor. Las enfermeras de acá van cuando se les solicita. El adulto mayor es de ESSALUD, ya tengo 20 años ahí, si quiera para conversar con las amigas.

Paciente 21: Paciente mal controlado que se preocupa más por su diagnóstico de epilepsia.

Sexo: masculino

Edad: 55 años

Grado de instrucción: secundaria (carnicero)

Tiempo de enfermedad: 3 años

Tiene poco tiempo con diagnóstico de diabetes...

Sí, a mi mamá le diagnosticaron a los 85 años, le cortaron su piernita, después mi hermano, luego yo. A mí me ve la endocrinóloga, ella me ha recetado Metformina, pero sabe cuál es el problema, yo me siento normal.

¿Conoce el nombre de la prueba para saber si su diabetes está controlada o no?

Esa maquinita la tiene mi hermana, para sacar la sangre. Yo estoy en 185.

¿Por qué cree que le dio diabetes?

Será por la tensión, de lo que uno anda preocupado. Yo además soy un paciente que convulsiona, pero ahora tengo más de un año que no me pasa nada, con una pastilla que la tomo todos los días. Bacán me siento, tranquilo, no tengo molestias.

Con sus propias palabras, ¿Qué es la diabetes?

No, no, no le puedo decir. La diabetes automáticamente ataca al páncreas, después baja a los riñones y después sube a las vistas. La vista más bien me ha disminuido.

¿Cómo era su alimentación antes que le diagnosticaran diabetes?

Normal, mi desayuno mi palta con mi café, mis dos panes.

¿Después del diagnóstico hubo algún cambio en sus comidas?

No, nada, nada. La doctora sí me dijo que me cuide de las grasas, que disminuya el arroz, el pan. Dejando un día las aceitunas, el queso sin sal.

¿Y eso lo cumple?

No, pero es que yo me siento bien pues, aunque el médico me ha dicho que de todas maneras tome la pastilla, aunque sea una al día.

¿No está tomando medicamentos?

No, ahorita, no estoy tomando.

(Se le explica sobre la enfermedad...)

¿Y hay otra aparte de la Metformina?

Esa es la de primera línea.

¿Usa medicina alternativa o complementaria?

No, me han dado sí, porque tienen 20 o 30 años y solamente se mantienen con eso. Pero tampoco tomo. Más bien el trago si he dejado, tomo, pero a lo lejos, las gaseosas de igual manera.

¿En algún momento ha usado medicina alternativa?

No, no.

¿Cuándo recién le diagnosticaron diabetes sí tomaba sus pastillas?

Sí, al inicio sí. Es que comencé a bajar de peso, pesaba 90 y bajé a 85, no me gustó, mi hermana me dijo que me haga ver, y ahí estaba con diabetes.

¿Hay algún cuidado adicional que tenga desde que le diagnosticaron diabetes?

No, nada.

¿Ejercicios?

Eso sí, salgo a correr y después me voy al gimnasio, dejando un día. Más me inclino para la actividad física. ¿Usted me recomendaría que tome las pastillas, doctora?

Claro que sí, porque la diabetes es silenciosa y asintomática.

¿Qué significado tiene para usted tener diabetes?

Normal, mire doctora, si he superado la convulsión, qué será esto. Mi vida la hago normal, con el favor de Dios. Más me preocupan las convulsiones que la diabetes.

Paciente 22

Sexo: femenino

Edad: 53 años

Grado de instrucción: secundaria

Tiempo de enfermedad: 6 años

A mí me detectaron diabetes cuando mi mamá estaba enferma, a ella le detectaron diabetes cuando tenía 85 años, yo la cuidaba sola. Mi mamá era sana, nunca la operaron de nada, a los 85 años le dijeron que tenía vesícula, la llevaron a emergencia para que la operen, y ahí le detectaron diabetes. A mí también me detectaron, yo tenía 114 y el doctor me dijo que ya era diabetes, pero debió ser la misma tensión y preocupación, pero yo para descartar me hice la hemoglobina glicosilada, de 6 para abajo no es diabetes y yo entraba en ese rango, entonces yo me he dado cuenta que cuando tengo una preocupación, porque dicen que existe la diabetes emotiva, cuando yo tengo una preocupación, por ejemplo, hace poco mi hermano no llegaba a dormir a la casa, otra vez una señora que no me quería pagar. Entonces no sentía nada, pero fui a visitar a mi amiga que es diabetes y me dio la curiosidad de decirle que me pique (hace referencia al glucómetro) y estaba en 475. Yo no sentía absolutamente nada. Entonces me dijo, te pongo insulina, te voy a poner 20 unidades internacionales. No, le dije, ponme solo 10. Yo nunca me había puesto insulina, no sabía cuál iba a ser la reacción, me esperé como media hora, cuarenta y cinco minutos y no pasó nada, entonces seguí andando con mi bicicleta. Llego a mi casa y no tenía los reactivos, pero seguía normal. Fui a comprar los reactivos y tenía 192. Semanalmente me estoy midiendo el azúcar porque yo tomo esa pastilla "La Metformina", tomo una. Cada vez que tomo me da diarrea, entonces digo no voy a tomar.

Entonces lo que estoy haciendo es tomar AGUA, todas las mañanas estoy tomando un litro de agua pura, lo leí en internet, es un cambio que tú le haces a tu riñón, entonces he tenido la curiosidad de tomarme un litro y medio de agua y después tomarme la glucosa y estaba en 102. Lo he hecho una semana, solamente el agua. El lunes me tomaron la glucosa y tenía en 92.

Entonces, ahora, ¿No está tomando ninguna pastilla?

No, ninguna. Voy a ver si es cierto lo que dicen o es mentira. Yo estoy tomando el agua, de 192 bajé a 92 solo con el agua, solamente el agua en las mañanas. Para tomarte un litro y medio de agua te da una sensación de querer vomitar, pero el internet dice que tú te tomas el agua y sientes eso, debes lavarte la cara, ese es el secreto. Y después por media hora no puedes comer absolutamente nada. Luego en el día me tomo dos o tres vasos.

¿Ha probado con alguna otra medicina alternativa o hierba?

No, no, hierbas no tomo porque no me gustan. Solamente con el agua. No quiero probar con otras cosas porque al final no sabes qué es lo que te está haciendo bien si tomas muchas cosas, por eso he dejado mis pastillas y estoy probando solamente con el agua. Mi última hemoglobina glicosilada me salió menos de 6, es del mes de junio.

¿Por qué cree que le dio diabetes?

Por la preocupación, por mi mamá, yo la veía a mi mamá solita.

¿Considera importante la alimentación en el manejo de la diabetes?

Claro, que sí.

¿Cómo era su alimentación antes de tener diabetes?

Yo comía mi arroz, mi sopa, mis fideos. La nutricionista me dijo que tenía que comer más verduras y ensaladas.

¿Cómo es ahora?

He bajado la proporción de harinas.

¿Realiza actividad física?

Sí, todas las mañanas salgo a manejar bicicleta.

¿Hay algún cuidado adicional que tenga?

No, más bien ahora me está fastidiando la vista, me hice ver y el doctor me mandó a hacer un examen del nervio óptico porque podía haber desprendimiento de retina. Pero aún no me he hecho el examen.

¿Qué significado tiene para usted tener diabetes?

No lo tomé casi a pecho cuando me dijeron, si lo tomas así, la enfermedad no te mata, sino la depresión, para mí es eso.