



EXPERIENCIAS DEL PACIENTE DIABÉTICO MAYAHABLANTE
EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE TIZIMÍN, YUCATÁN.

Documento en modalidad de artículo

Presenta:

Didier Francisco Aké Canul.

Para obtener el grado de Maestro en Salud Pública
con Área de Concentración en Ciencias Sociales y del
Comportamiento.

Comité de tesis:

Dra. Clara Juárez Ramírez.

Dra. Gloria de Los Ángeles Uicab Pool.

Mtra. Aremis Litaí Villalobos Hernández.



Nota aclaratoria

El trabajo que se presenta a continuación forma parte de un protocolo de investigación con más de setenta cuartillas, revisado y aprobado por los comités de Investigación, ética y bioseguridad del Instituto Nacional de Salud Pública. Para fines de titulación y la defensa del grado de Maestro en Salud Pública se procedió a realizar el ejercicio de presentar tanto el protocolo como los resultados de investigación sintetizados en la modalidad de artículo científico.

Índice de Contenido

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
MATERIAL Y MÉTODOS	14
RESULTADOS	17
DISCUSIÓN	53
CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES.....	66
REFERENCIAS.....	69

RESUMEN

El **objetivo** de este trabajo fue analizar la experiencia de los pacientes diabéticos mayahablantes que participan en los Grupos de Ayuda Mutua, organizados en los centros de salud de los servicios estatales de salud en Tizimín, Yucatán, para documentar el proceso de búsqueda de atención médica, barreras u obstáculos a los que se enfrentaron y el impacto que las recomendaciones médicas tienen en su vida diaria. **Material y métodos:** se trata de un análisis secundario con un enfoque metodológico mixto y alcance explicativo. Los datos analizados corresponden a un proyecto más amplio denominado: “La diabetes entre población indígena de la región Maya: situación actual y propuesta de adecuación intercultural en los programas de prevención de los servicios públicos de salud”, proyecto realizado en el Instituto Nacional de Salud Pública. **Resultados:** La experiencia de los usuarios mayahablantes que hacen uso de los servicios públicos de salud permitió conocer la organización de los servicios de salud ofertados en el primer nivel de atención, así como identificar las inequidades en la calidad y el acceso a estos servicios. **Conclusiones:** los servicios de salud no son adecuados ni suficientes para responder a las necesidades de los pacientes indígenas mayahablantes de Tizimín, Yucatán. Los programas con enfoque de educación para la salud no deben limitarse a la transmisión de conocimiento; también es importante incluir los aspectos emocionales, sociales y culturales que influyen en la adherencia terapéutica.

Palabras clave: servicios de salud; accesibilidad; población indígena; diabetes mellitus; Grupos de Ayuda Mutua.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la diabetes mellitus (en adelante DM) es considerada uno de los principales problemas de salud pública por el número de personas afectadas en el mundo, por las incapacidades y las muertes prematuras que provoca, así como por los altos costos que los pacientes y el sistema de salud erogan para mantener el control y el tratamiento de sus complicaciones.

El estado de Yucatán no queda exento del problema mundial de la DM. De acuerdo con los datos del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), En 2008, en Yucatán, la DM representó la tercera causa de mortalidad general con 1,107 defunciones, lo que representa una tasa de mortalidad de 58.3 fallecimientos por cada cien mil habitantes; asimismo ocupó la quinta causa de muerte en edad reproductiva y la segunda en edad posproductiva con 359 y 746 defunciones respectivamente (SINAIS, 2008). De acuerdo a datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, (ENSANUT) 2006 y 2012, se sabe que en Yucatán, el número total de casos reportados de DM (prevalencia) pasó de 5.4% a 9.2% en un lapso de 6 años.

La DM es una enfermedad que se caracteriza por no hacer distinción entre los niveles socioeconómicos, pues puede afectar a ricos o a pobres, en zonas rurales o urbanas. En ese sentido podemos destacar algunos estudios epidemiológicos, por ejemplo el de; Olaiz G, Rojas R, Aguilar CA, Rauda J, Villalpando S. (2007), que en sus resultados reportan una mayor prevalencia de DM en las áreas con mayor desarrollo económico; en contraste, datos de la declaración de las Américas sobre la diabetes, establece que los grupos indígenas de América Latina son los que presentan una mayor incidencia y prevalencia de DM (OPS, 1996). Por esta razón se decidió trabajar con estos grupos humanos, la población indígena mayahablante de Tizimín, Yucatán fue la elegida para el desarrollo de esta investigación.

La población de estudio: mayahablantes de Tizimín, Yucatán

Los mayahablantes son aquellas personas reconocidas por su dominio de la lengua maya, por su número son uno de los grupos lingüísticos más importantes de América Latina. En México, el maya yucateco se habla en los estados de Yucatán, Campeche y Quintana Roo, así como en la frontera norte de Belice. La presente investigación se realizó con los mayahablantes del estado de Yucatán, específicamente los que pertenecen al municipio de Tizimín.

El estado de Yucatán adquiere especial relevancia por ser el estado que en la península concentra la mayor cantidad de población indígena maya, a nivel nacional es el segundo estado con mayor porcentaje de población de 5 años que habla una lengua indígena (INEGI, 2010). A este panorama se agregan diferentes problemáticas: altos índices de marginación y pobreza, altas tasas de mortalidad infantil y femenina por enfermedades curables o prevenibles, la desnutrición crónica que permea en los diferentes grupos de edad, una deficiente educación bilingüe-intercultural, la falta de viviendas con servicios sanitarios básicos, ingresos económicos por debajo del mínimo, aunado a una discriminación racial y cultural (Bracamonte P., Quintal E., Güémez M., Barrera L. 2002).

El municipio de Tizimín se ubica en región noreste del estado de Yucatán, México; a 167 km de la ciudad de Mérida, la capital del estado, es la actual cabecera municipal del municipio homónimo. El municipio es atravesado de norte a sur por la Carretera Federal 295 y al oeste por la Carretera Federal 176 que une a Tizimín con Mérida. Tizimín es una ciudad conocida a nivel nacional por su feria agrícola, ganadera, industrial y artesanal en honor a los Tres Reyes Magos celebrada a finales de diciembre y principios de enero. Esta feria es una de las más importantes de la región y convierte a Tizimín en un centro de atracción de población local y circunvecina.

La población total de Tizimín oscila entre 46,971 habitantes, de los cuales 49% son hombres y 51% mujeres. La relación hombres-mujeres era de 95.49, esto

quiere decir que por cada 100 mujeres habían 95.49 hombres. El promedio de hijos nacidos vivos era de 2.54 (INEGI, 2010).

El grado promedio de escolaridad¹ en Tizimín fue de 7.13 años. Entre la población de 15 años y más; 4,191 personas eran analfabetas; 7,045 tenían primaria incompleta y solo 5,075 terminaron sus estudios de educación secundaria. El municipio cuenta con 16 escuelas primarias, 7 preparatorias y 3 escuelas de educación superior. La mayoría de estas instituciones pertenecen al gobierno federal (ibid).

La población económicamente activa de Tizimín estaba representada por 17,764 habitantes (69% hombres y 31% mujeres), sin embargo, solo 17,381 personas se encontraban ocupadas². Los ingresos de la población de Tizimín son bajos; la población ocupada gana de uno a dos salarios mínimos, lo que coloca al municipio con poco valor adquisitivo (INEGI, 2010).

La población de Tizimín de 5 años y más estaba representada por 42,261 personas; de los cuales 12,959 hablaba una lengua indígena, específicamente maya Yucateco (31%). Los monolingües de lengua maya representaban el 0.7% de la población total en ese mismo rango de 5 años y más (ibid).

Según observaciones de Pereyra A. (2012), en las comisarias que pertenecen al municipio de Tizimín, todas las personas saben hablar maya, ya que es su lengua materna.

En Yucatán, para fines de organización territorial interna y efectos administrativos, los municipios rurales se dividen en comisarías y subcomisarías, las extensiones y los límites de las comisarías están determinadas por el ayuntamiento del municipio al que pertenecen (Gobierno del estado de Yucatán, 1988). Según datos del INEGI (2010), 85 son las comisarias que dependen del

¹ El grado promedio de escolaridad es la suma de los años aprobados desde primero de primaria hasta el último año que cursó cada integrante de una población; dividido entre el número de individuos que componen dicha población. La media nacional del promedio de escolaridad en México es de 8.6

² La población ocupada está compuesta por todas las personas en edad laboral que trabajan en un empleo remunerado (población ocupada) o bien se hallan en plena búsqueda de empleo.

ayuntamiento de la ciudad de Tizimín. Las comisarías yucatecas se caracterizan por el distintivo de las comunidades rurales, la mayoría de sus pobladores son de descendencia maya, esta afirmación se evidencia por los apellidos de las familias que tradicionalmente se escriben en maya. La lengua maya es otro distintivo entre los habitantes de las comisarías; los adultos, los jóvenes e inclusive los niños, lo utilizan para las conversaciones entre familiares, vecinos o amigos (Lugo J., Tzuc L., 2011).

Pereira A. (2012) señala que en la ciudad de Tizimín se puede encontrar personas que hablan español, maya, o ambas lenguas. El maya Yucateco es el lenguaje característico de la región, las personas de los diferentes grupos sociales y económicos lo utilizan para comunicarse coloquialmente.

La organización del Centro de Salud Urbano de Tizimín, Yucatán

Del total de la población de Tizimín, 35,754 personas son derechohabientes a servicios de salud, 21,577 son población derechohabiente por el seguro popular y 11,044 son población sin derechohabiencia. A pesar del que el municipio cuenta con otras instituciones de salud (IMSS, ISSSTE, Cruz Roja), el Centro de Salud Urbano de Tizimín, que pertenece a la Secretaría de Salud (en adelante Ssa), es quien atiende el mayor porcentaje de pacientes derechohabientes del Seguro Popular, así como a la población sin derechohabiencia (INEGI, 2010).

Pereyra A. (2012) señala que para la distribución de los Servicios de Salud, Tizimín está dividido en dos zonas: la rural, que incluye a las comisarias del municipio, donde el servicio es brindado por medio de Unidades Médicas Móviles que pasan periódicamente, y la urbana ubicada en el Centro de Salud Urbano de Tizimín, el cual está conformado por doce módulos. Un **módulo** es la unidad básica en los Centros de Salud, a cada módulo le corresponde un área geográfica delimitada con más de 3000 habitantes.

El centro de salud urbano de Tizimín atiende pacientes derechohabientes del Seguro Popular, así como a la población sin derechohabiencia. Los módulos

del 1 al 7 se encuentran dentro del centro de salud y los del 8 al 12 se encuentran ubicados en la periferia del municipio. Los módulos ofrecen servicios de atención de lunes a viernes en un horario de 7:00 a 13:00 horas (Pereyra A., 2012).

Para brindar una mejor atención a los usuarios, cada módulo debe contar con un médico y dos profesionales de enfermería, sin embargo en Tizimín esto no siempre sucede. El personal médico y de enfermería que atiende en los centros de salud de estos módulos, en su mayoría, son pasantes en servicio social, por lo que su estancia en los centros de salud es solo por un tiempo establecido, situación que condiciona una rotación constante del personal y en consecuencia limita a los pacientes crónicos para continuar con sus tratamientos (ibid). La misma autora menciona que en Tizimín los servicios de salud ofrecen atención a los pacientes en español. Son muy pocos los profesionales de la salud que tienen dominio de la lengua maya. En ocasiones otros pacientes realizan la función de traductor cuando al personal de salud se le dificulta comprender lo que los pacientes, que solo hablan maya, quieren transmitir (Pereyra A., 2012).

Pereyra A., (2012) señala que en la actualidad el centro de salud urbano de Tizimín se mantiene con recursos que obtiene de la venta de certificados individuales y prematrimoniales, pocos son los pacientes que pagan la cuota de consulta (\$16.00). Las personas que acuden al centro de Salud en su mayoría son derechohabientes del Seguro Popular, como ya mencionamos antes, está representado por 21,577 personas aproximadamente.

Es importante destacar que la atención médica que se brinda a los sujetos enfermos en la población donde se llevó a cabo el estudio está a cargo de la SSa. Esta institución ofrece atención médica gratuita o de muy bajo costo a la población con menores recursos económicos, los menos favorecidos socialmente y los pobres. La población que hace uso de estos servicios públicos por lo general no tiene acceso a la seguridad social ni a la medicina privada. Por su parte, la atención de los enfermos crónicos en la SSa forma parte de la estrategia trazada por el gobierno mexicano a través del Programa Nacional de Salud 2007-2012

para hacer frente a los problemas derivados de las enfermedades no transmisibles. Las acciones de la estrategia proponen: promover estilos de vida saludable y desarrollar intervenciones costo-efectivas para atender los daños de estas enfermedades. En el primer nivel de atención estas acciones son desarrolladas por el personal de salud quienes son los responsables de capacitar y motivar a los pacientes para tener un mejor control de la enfermedad.

El primer nivel de atención cobra especial importancia, ya que constituye la primera línea que da respuesta a las necesidades de salud de la población, en este sentido, representa el punto de contacto de los pueblos indígenas con el sistema de salud. Los determinantes sociales de la salud de los pueblos indígenas (pobreza, baja escolaridad, precariedad laboral, género, entre otros), los posiciona en una situación de desventaja social, los limita en la búsqueda de alternativas para atender su salud, y muchas veces los condiciona a que su única opción de atención esté representada por el primer nivel de atención que se ofrece en los centros de salud.

Con respecto al tema de la DM, mundialmente esta enfermedad es reconocida como una amenaza a la sobrevivencia de los pueblos indígenas, por los diferentes obstáculos a los que se enfrentan para obtener atención médica. Si bien estos obstáculos se presentan en los diferentes contextos poblacionales, sin embargo las comunidades indígenas siguen siendo de las más desprotegidas (Von Glascoe C., Camarena L., Arellano E.).

Uno de los problemas encontrados en la atención de pacientes con DM es la falta de adherencia terapéutica, fenómeno que implica, para la persona que la padece, un cambio radical en ciertas prácticas de su vida. Por tratarse de una enfermedad incurable el paciente debe aprender a vivir con su enfermedad y llevar un tratamiento permanente que le posibilite prevenir complicaciones por el padecimiento, mantener su calidad de vida y evitar una muerte prematura (Martín A., Grau J., 2004).

Por adherencia terapéutica entendemos: los acuerdos y compromisos alcanzados entre los prestadores de servicios y los pacientes en relación con las recomendaciones de salud. Incluye: la ingesta de medicamentos, recomendaciones en la dieta, ejercicio, cambios en ciertas prácticas de la vida cotidiana, recomendaciones higiénicas, asistencia a las citas, entre otras recomendaciones relacionadas con el control de la enfermedad. (Jáuregui J., De la Torre A., Gómez G., 2002; Orueta R. 2005).

Es conocido que efectuar un buen control del DM, retrasa la aparición de complicaciones y enfermedades secundarias, a la vez mejora la calidad de vida de los pacientes diabéticos (Heredia M., 2004; Peralta G., Figuerola D., 2003). El control de la DM depende principalmente de llevar un buen tratamiento, el cual se sostiene sobre cinco pilares fundamentales: dieta, ejercicio, autocontrol de los niveles de glucosa en sangre, una educación en salud y la ingesta correcta de fármacos hipoglucemiantes (Puerto M., 2011), sin embargo en la vida cotidiana de los pacientes la adherencia terapéutica resulta ser un proceso difícil de alcanzar debido a que se trata de un fenómeno de muchas dimensiones, producto de la interacción de factores socioeconómicos; factores relacionados con la enfermedad; factores relacionados con el tratamiento; factores del sistema de salud; del equipo de asistencia sanitaria; y factores relacionados con el paciente (OMS., 2004).

En Tizimín, con respecto a la situación de adherencia terapéutica de los pacientes diabéticos, se sabe que hasta mayo de 2011, en el Centro de Salud del municipio recibían tratamiento farmacológico 490 diabéticos. Del total, solo 113 pacientes estaban controlados, es decir, 377 pacientes (más del 75%) no mantenían un control sobre su enfermedad (Dirección General de Información en Salud, (DGIS). Tizimín Yucatán, 2011).

Ante el aumento de las cifras por DM, la SSa en el ámbito federal implementó en todos los estados de la República Mexicana, acciones para mejorar la forma de atención, control y tratamiento del paciente diabético dirigidos a todos los niveles de la SSa que tienen el contacto con la población, incluido el personal

de salud, entre ellos destacan: el Boletín de Prácticas Médicas Efectivas, la Norma Oficial Mexicana (NOM-015-SSA2-2000) y las Guías de Práctica Clínica. Una estrategia implementada en el primer nivel de atención para reforzar la adherencia terapéutica son los Grupos de Ayuda Mutua (en adelante GAM), los cuales son organizaciones voluntarias de pacientes que bajo la supervisión médica y el apoyo de los servicios de salud, colaboran en la “capacitación” necesaria que debe tener el paciente para aprender a controlar la enfermedad (SSa, Guía técnica para el funcionamiento de los GAM, 2004).

A pesar de los esfuerzos realizados, no es posible afirmar que en Tizimín, Yucatán, las acciones implementadas en el primer nivel de atención hayan tenido éxito. Programas como los GAM, que consideran la Educación en salud como eje transversal de sus acciones, han fracasado en su intento, debido a que no consideran los aspectos “culturales, sociales, interpersonales y las necesidades reales de los pacientes diabéticos” (Zanetti M y Mendes I. 1993 citado en Siqueira D., et al, 2007, p. 1106).

La política de salud, expresada en la norma oficial para la prevención, tratamiento y control de la diabetes (NOM-015-SSA2-2000), sugiere que las variables sociales y culturales inciden en la prevención, tratamiento, control y en el aumento de las complicaciones por DM. Para efectuar un buen control de la DM también es indispensable tomar en cuenta las variables étnico-culturales de la población indígena, dónde la validación y la negociación cultural sean el común denominador en la relación de los pacientes mayas y el personal de salud.

La **validación cultural** significa aceptar legítimamente los sistemas de creencias y prácticas del paciente, esto no quiere decir que el personal de salud deba compartir los sistemas de creencias y prácticas del paciente, pero sí que los comprendan, valoren y sobre todo respete. La **negociación cultural** es el conjunto de interacciones que surgen de los pacientes y el personal de salud para llegar a acuerdos mutuos referentes al servicio ofertado y a la consecución de la adherencia terapéutica (Alarcón et al, 2003).

Desde el área de promoción a la salud se considera importante conocer el punto de vista del usuario/a para comprender sus apreciaciones sobre el proceso salud/enfermedad/atención y en consecuencia lograr una mejor adherencia terapéutica. Así mismo se ha demostrado la importancia de incorporar el punto de vista del usuario/a para mejorar tanto el impacto como el diseño de los programas y servicios de salud (Ruíz A., Mercado F., Perea M., 2006).

En ese sentido y para documentar cuáles son las fallas de la estrategia de los GAM en el primer nivel de atención, en el trabajo con población indígena, vale la pena dar respuesta al siguiente cuestionamiento: ¿Cuál es la experiencia del paciente diabético indígena mayahablante que participa en los Grupos de Ayuda Mutua, organizados en los centros de salud de los servicios estatales de salud en Tizimín, Yucatán?

En términos conceptuales la **experiencia** se comprende como un tipo de conocimiento derivado de la observación o vivencias en ciertas prácticas, conocimientos y estímulos del contexto social, es un proceso continuo, coherente y particular entre lo que los seres humanos podemos sentir, explicar y demostrar. La experiencia implica un proceso cíclico entre el individuo, su contexto social, histórico y cultural cuyo resultado es la identidad, ya sea percibida o demostrada (Greenberg L, Rice L, Elliot R., 1993; Varela, F., 1999).

Partimos de la idea de que el funcionamiento de los GAM en un contexto indígena presenta particularidades que son importantes de documentar para colaborar en la adecuación necesaria que requieren estos programas. En ese sentido, se considera necesario que los usuarios mayahablantes, a través de su experiencia, expresen los factores que perciben como limitantes para el uso de los servicios públicos de salud. Recuperar este conocimiento tendrá relevancia para el diseño de estrategias operativas en los servicios de salud, en contextos semejantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un análisis secundario de bases de datos con un enfoque metodológico mixto y alcance explicativo para ofrecer una mejor comprensión de las causas subyacentes en el tema de acceso y la calidad de la atención médica que reciben los pacientes diabéticos mayahablantes de Tizimín, Yucatán. Los datos analizados corresponden a un proyecto más amplio denominado: “La diabetes entre población indígena de la región Maya: situación actual y propuesta de adecuación intercultural en los programas de prevención de los servicios públicos de salud”, proyecto realizado en el Instituto Nacional de Salud Pública.

El proyecto original diseñó un cuestionario que fue aplicado a todos los pacientes que asistían a los GAM en Tizimín y que aceptaron participar en el estudio. De ese total se seleccionaron casos representativos de personas diabéticas con historias importantes que contar y que tenían relación con los objetivos del proyecto principal. Adicionalmente y con autorización de las personas entrevistadas se realizaron grupos focales, posteriormente con toda esta información se construyó una base de datos cualitativa y otra cuantitativa, ambas procedentes de usuarios indígenas mayahablantes que participaban en los GAM organizados en los centros de salud de Tizimín.

Información cuantitativa

Se obtuvo del análisis de la base de datos de los cuestionarios. Durante el proyecto principal en Tizimín se levantaron 106 cuestionarios, de ese total y en función de los objetivos que perseguía el presente estudio, se seleccionaron 69 cuestionarios para el análisis cuantitativo. De los cuestionarios, para este trabajo se analizó solamente la sección de factores sociodemográficos para caracterizar a la población que acudía a los GAM, así como la variable apoyo social. Las variables sociodemográficas consideradas fueron: características de la vivienda, nivel socioeconómico, composición familiar, edad, ocupación, ingresos, lengua indígena, escolaridad y seguridad social.

Para el análisis de esta información se construyó una base de datos en el programa de hoja de cálculo Microsoft Excel 2007, se obtuvo la media de la edad y posteriormente a través de tablas dinámicas, valiéndonos de la estadística descriptiva se analizaron los resultados mediante medidas de frecuencias simples y proporciones.

Información cualitativa

Se obtuvo del análisis del discurso³ de 3 Grupos focales y 15 entrevistas a profundidad con pacientes. En esta fase los usuarios fueron elegidos por ser los casos más representativos de los objetivos que perseguía la investigación original.

La guía para entrevistas en profundidad originalmente se conforma de seis temas amplios, sin embargo para los objetivos del presente estudio se seleccionaron solamente cuatro temas para el análisis:

- Percepciones y sensaciones iniciales de la enfermedad.
- Primeras acciones para tratar la enfermedad.
 - a) En relación con la medicina tradicional.
 - b) En relación a la medicina institucional. Relación médico-paciente.
- Acciones que el enfermo realiza en su entorno.
- La organización de los GAM.

Para el análisis de la información de las entrevistas y los grupos focales se siguieron 4 pasos:

1. Lectura de las transcripciones y elaboración de categorías de análisis.
2. Elaboración de matrices para organizar la información.
3. Análisis y relación de la información con la categoría elaborada.
4. Descripción, discusión y contraste de los resultados

³ “Se refiere al análisis de los datos descriptivos-narrativos con el fin de identificar los principales temas y patrones de los mismos” (Polit D., Hungler B., 1997, p. 540).

Este proyecto fue registrado y aprobado por las comisiones de investigación, ética y bioseguridad del Instituto Nacional de Salud Pública. El autor de este trabajo cuenta con la autorización de la responsable del proyecto original para el uso de las bases de datos y para la elaboración del presente artículo.

RESULTADOS

En esta sección se presentan los hallazgos cuantitativos que permitieron caracterizar el perfil socioeconómico y demográfico de 69 participantes, el cual fue extraído de los cuestionarios aplicados en la investigación original. Las tablas 1 y 2 presentan los resultados.

Perfil sociodemográfico de la población de estudio

El 91.3% de las personas mayahablantes usuarios de los servicios públicos de salud eran mujeres y un 8.7% eran hombres; Los pacientes diabéticos que participaban en el GAM tienen en promedio 53.7 años y el 49% tienen entre 28 y 77 años de edad. La mayoría son casados y practicaban la religión católica, 78.3% y 76.8% respectivamente. El 36.2% reportó que sabían leer y escribir y 34.8% son analfabetas; el 59.4%, declaró que no había concluido los estudios de educación primaria. Con respecto a la ocupación, el 87.0% reportó que se dedicaba a las tareas del hogar y 60.9% que no recibía salario alguno por su ocupación. También es importante destacar que la mayoría de los encuestados (71.0%) son beneficiarios del programa Oportunidades.

En relación a la variable de apoyo social, el 57.9%, mencionó que sus familiares (cónyuge, hijos o nietos) eran las personas que los apoyaban de manera económica, afectiva, compartiendo alimentos o cuidados para sobrellevar la enfermedad, sin embargo un 24.7% de los encuestados declararon no contar con este apoyo (Ver tabla 1).

El 85.5% de los pacientes diabéticos mayahablantes usuarios de servicios públicos tienen una vivienda propia, cuentan con luz (98.6%) y fosa séptica (63.8%), cerca del 80% tiene agua entubada dentro de la vivienda o fuera de la vivienda, pero dentro del terreno (Ver tabla 2).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes diabéticos mayahablantes participantes de los GAM. Servicios públicos estatales de salud en Tizimín, Yucatán. n=69

SEXO	N	(%)
Hombres	6	(8.7)
Mujeres	63	(91.3)
EDAD		
28-49 años	22	(31.9)
50-64 años	34	(49.3)
65-77 años	13	(18.8)
ESTADO CIVIL		
Casado (a)	54	(78.3)
Viudo (a)	6	(8.7)
Soltero (a)	4	(5.8)
Separado (a)/ Divorciado (a)	4	(5.8)
Sin respuesta	1	(1.4)
RELIGIÓN		
Católico (a)	53	(76.8)
Otra	9	(13.0)
Protestante	6	(8.7)
No es religioso (a)	1	(1.4)
SABE LEER Y ESCRIBIR		
Si	25	(36.2)
No	24	(34.8)
Un poco	20	(29%)
ESCOLARIDAD		
Primaria incompleta	41	(59.4)
Primaria completa	5	(7.2)
Secundaria	5	(7.2)
Preparatoria	1	(1.4)
Sin respuesta	17	(24.6)
OCUPACIÓN		
Hogar	67	(87.0)
Comerciante	5	(7.2)
Obrero	2	(2.9)
Artesano	1	(1.4)
Sin respuesta	1	(1.4)
RECIBE SALARIO		
Si	27	(39.1)
No	42	(60.9)
BENEFICIARIO DE PROGRAMA		
Oportunidades	49	(71.0)
Otro programa	8	(11.6)
Sin programa	12	(17.4)
*PERSONAS QUE LO APOYAN EN RELACION A SU ENFERMEDAD		
Conyugue	12	(17.4)
Familiares	40	(57.9)
Nadie	17	(24.7)

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos cuantitativa del proyecto original

*Incluye apoyos de tipo económico, afectivo, ropa, alimentos, y otro tipo de cuidados.

Tabla 2: Características de la vivienda de los pacientes diabéticos mayahablantes participantes de los GAM. Servicios públicos estatales de salud en Tizimín, Yucatán. n=69		
Características de la vivienda	N	(%)
VIVIENDA		
Propia	59	85.5
Prestada	10	14.5
LUZ		
Si	68	98.6
No	1	1.4
DRENAJE		
Fosa séptica	44	63.8
No tiene drenaje	17	24.6
Red pública	7	10.1
Sin respuesta	1	1.4
AGUA ENTUBADA		
Dentro de la vivienda	30	43.5
Fuera de la vivienda, pero dentro del terreno	31	44.9
Llave pública	5	7.2
Se acarrea de otra vivienda	2	2.9
De pozo, río lago, arrollo.	1	1.4
NÚMERO DE CUARTOS		
1	16	23.2
2	37	53.6
3	12	17.4
4	2	2.9
Más de 4	1	1.4
Sin respuesta	1	1.4

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos cuantitativa del proyecto original

La información anterior, evidencia las condiciones en las que viven los pacientes diabéticos mayahablantes de Tizimín. Por un lado podemos observar que las mujeres son las que más se acercan y hacen uso de los servicios de salud, situación influenciada por roles de género marcados socialmente. Las mujeres mayahablantes por lo general trabajan en el hogar, la mayoría de los hombres salen de la casa para ir al trabajo a conseguir recursos económicos para mantener a la familia. Las mujeres son las que mejor se organizan para cumplir con los roles de madres, esposas y proveedoras de cuidado tanto del esposo como de los hijos; así como para cumplir con sus citas médicas, recoger medicamentos y atender las indicaciones del médico. Los hombres no asisten al centro de salud porque durante gran parte del día se encuentran trabajando fuera de casa.

En la información analizada en este trabajo, destaca la condición indígena de los participantes (todos los encuestados hablaban lengua maya); la mayoría de ellos se ubica en el rango de 50-64 años de edad, lo que significa que un porcentaje considerable ya son o en poco tiempo serán adultos mayores, segmento poblacional considerado como uno de los grupos sociales más vulnerables. Reyes H. (2011), señala que los adultos mayores son aquellos actores sociales que además de sufrir el proceso del envejecimiento, la mayoría de las veces viven aquejados de padecimientos como la DM y sus complicaciones, que desafortunadamente serán las causas de su muerte. Lo anterior representa una situación adversa que se suma a la condición de vulnerabilidad de los indígenas mayas de Tizimín.

En la tabla 1 se puede observar que existe un grupo de diabéticos que cuentan con el apoyo de sus familiares para sobrellevar su enfermedad, sin embargo lo que llama la atención es el porcentaje que no cuenta con este sustento. En ese sentido vale la pena mencionar a Martínez B. y Torres L. (2007), quienes señalan que la familia permite superar el problema de la DM y llegar al cuidado de la salud, sin embargo como se mencionó anteriormente, en este estudio existe un porcentaje considerable de participantes (24.7%) que no cuentan con este apoyo.

Otro dato de la tabla 1 que llama la atención es el gran porcentaje de pacientes encuestados que reportaron ser beneficiarios del programa de gobierno Oportunidades⁴, programa que en la actualidad brinda apoyos en educación, salud, nutrición e ingreso a los grupos que viven en la **pobreza y extrema pobreza**, entre ellos se encuentra la población indígena mayahablante.

⁴ Oportunidades: Programa federal para el desarrollo humano de la población en pobreza extrema. Para lograrlo, brinda apoyos en educación, salud, nutrición e ingreso. Se basa en un riguroso sistema de selección de beneficiarios considerando las características socioeconómicas del hogar, que permite focalizar los recursos a las familias que realmente lo necesitan, superando los subsidios y los apoyos discrecionales y definidos con criterios políticos. Oportunidades tiene como prioridad fortalecer la posición de las mujeres en la familia y dentro de la comunidad. Por tal razón, son las madres de familia las titulares del Programa y quienes reciben las transferencias monetarias correspondientes. (OPORTUNIDADES, 2010)

Con base a lo anterior se puede evidenciar que las condiciones del paciente diabético mayahablante de Tizimín, posiblemente no son las más favorables. Si a su condición indígena le sumamos la condición de adulto mayor y a su vez le agregamos la condición analfabeta o baja escolaridad, más la falta de redes de apoyo y las condiciones de pobreza en las que viven; Entonces tenemos a un grupo de población en **extrema vulnerabilidad social** por todas estas condiciones que están en contra de su calidad de vida.

Experiencia del paciente diabético mayahablante en relación a los servicios públicos de salud.

Los resultados cualitativos se presentan en tres secciones: 1) El proceso de atención que recibieron los usuarios: diagnóstico, tratamiento y prevención de complicaciones de la enfermedad; 2) Las barreras a las que se enfrentaron para seguir las recomendaciones relacionadas con la adherencia terapéutica: dieta, actividad física y toma correcta de medicamentos; y 3) Las dificultades a las que se enfrentaron al ponerse en contacto con los servicios públicos de salud para recibir atención médica.

1.- Proceso de atención que recibieron los usuarios: diagnóstico, tratamiento y prevención de complicaciones de la enfermedad.

a) El diagnóstico de la enfermedad

La SSSa, en su Guía de Práctica Clínica sobre diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la diabetes mellitus (en adelante GPC), establece que en el primer nivel de atención se debe investigar de manera rutinaria y periódica la presencia de factores de riesgo y las condiciones asociadas a la DM para poder realizar las intervenciones diagnósticas y terapéuticas pertinentes, con el fin de tener un manejo óptimo y en consecuencia la prevención de complicaciones por el padecimiento.

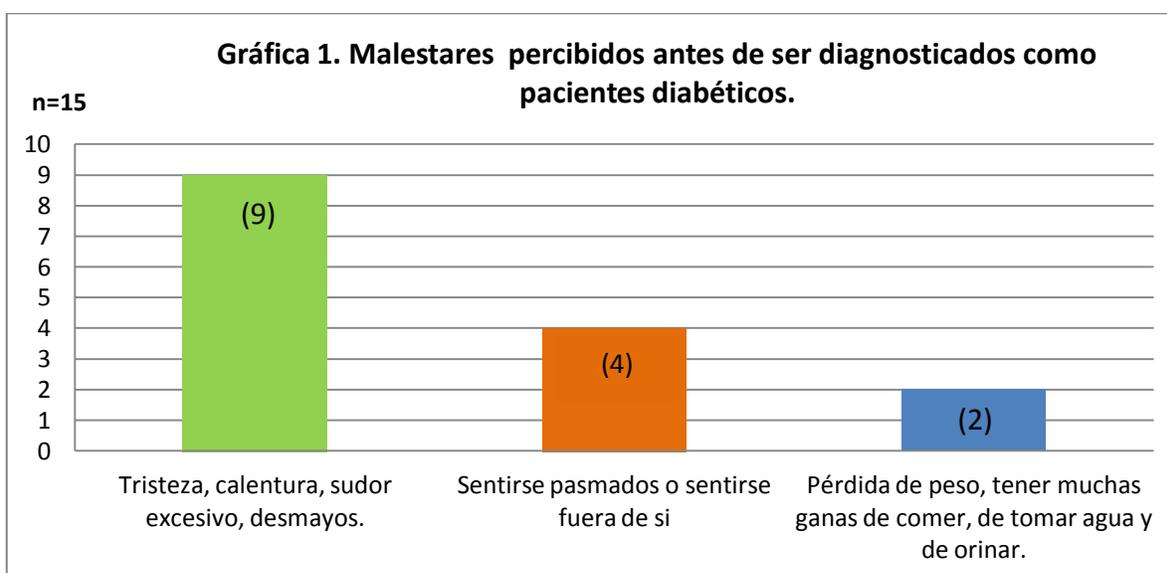
Una primera constante, en la mayoría de los testimonios analizados evidenció una baja utilización en los servicios preventivos del primer nivel de atención; ya que ninguno de los pacientes reportó haber asistido al centro de salud por sentirse en riesgo de padecer DM. La mayoría de los informantes manifestaron que la búsqueda de atención médica inició como consecuencia de diversos cuadros clínicos, con diferentes periodos de evolución, casi todos correspondían a complicaciones vasculares propias de la DM.

Según testimonios de todos los usuarios, ninguno fue diagnosticado por la iniciativa de acudir a los servicios preventivos, más bien todos fueron catalogados como diabéticos durante actividades masivas (por ejemplo: ferias de salud, campañas preventivas y de tamizaje) que los servicios de salud o el ayuntamiento municipal organizaba para acercar los servicios de salud a la población. Fue frecuente encontrar que el inicio de las complicaciones por la DM (cuando las personas iniciaron con malestares) marcó la pauta para la búsqueda de atención médica y en consecuencia prevenir que la enfermedad literalmente las deje *tiradas en su hamaca*,⁵ es decir: evitar caer enfermo⁶. La DM en su etapa temprana puede cursar de forma asintomática, es por ello que los pacientes no identifican los factores de riesgo, en consecuencia retrasan la búsqueda de atención médica y el diagnóstico temprano de la enfermedad.

⁵ Caso 14. Mujer, 59 años. Tizimín Yuc.

⁶ De acuerdo con Bronfman M. et al. (1997). Caer enfermo es un estado en la que la enfermedad alcanza a limitar las actividades rutinarias de las personas, es decir: un grado avanzado de la enfermedad que deja a las personas *"tiradas en su hamaca"* sin poder levantarse para trabajar. Llegar a este estado generalmente marca la pauta para la búsqueda de atención médica, antes no, porque se puede seguir trabajando con las molestias de la enfermedad que todavía no llegan a ser incapacitantes.

En general podemos dar cuenta de que el centro de salud en Tizimín, tiene debilidades que limitan su trabajo eficiente. En lo que refiere a la promoción de una cultura de prevención para el diagnóstico temprano de la población en riesgo de padecer DM, se puede destacar que la utilización de los servicios preventivos en el primer nivel de atención se hace de manera pasiva o nula, es decir, los servicios de salud son los que buscan a los pacientes de manera intencionada y los pacientes sólo recurren a estos cuando los malestares han limitado sus actividades de la vida diaria. La gráfica 1 presenta los malestares percibidos antes de ser diagnosticados como pacientes diabéticos.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos cualitativa del proyecto original.

En la gráfica 1 se puede observar que nueve de los pacientes entrevistados refirió malestares diversos y con diferentes periodos de evolución. En sus narraciones llaman la atención los signos y síntomas que la literatura médica no expresa como propios de la DM, entre ellos destacan: tristeza por la impresión del diagnóstico, sudor excesivo, calentura, dolor de estómago, falta de apetito, náuseas y sensación de boca reseca o pegajosa. Otras molestias referidas en este grupo pueden ser los atribuidos a complicaciones vasculares propios de la DM, por ejemplo: pérdida temporal de la vista, desmayos repentinos y falta de fuerzas para seguir con las actividades rutinarias. Dentro de este mismo grupo,

también se destacaron malestares que la literatura médica consideran propios de la hipertensión arterial, por ejemplo: dolor de cabeza, cuello y espalda, sensación de calambres en las piernas, ardor en los pies y mareos.

En contraste hubo cuatro entrevistados que expresaron sus signos y síntomas a través de ideas culturales tales como sentirse fríos y luego calientes, con *sacudones*⁷ por todo el cuerpo, sensación de que *les llevan la cabeza*, sentirse *pasmados* o *fuera de sí*.⁸ Estas ideas culturales conocidas propiamente como síndromes de filiación cultural, de acuerdo con Zolla et al. (1989, p. 31), se definen como padecimientos que son producto de una construcción social y cultural (generalmente alejada de los conceptos médicos sobre la enfermedad), percibidos, manifestados y tratados a través de ideas culturales propias del grupo y en la que es evidente la utilización de procedimientos de *eficacia simbólica*⁹ para lograr la recuperación del enfermo.

De acuerdo con el diccionario de la biblioteca digital de medicina tradicional mexicana podemos poner el ejemplo de sentirse *pasmado*, el cual es un calificativo popular aplicado a ciertos malestares que supone un cese o una pérdida de los sentidos y del movimiento, dicho malestar es común en los padecimientos cuya causalidad se atribuye por efecto de un enfriamiento del cuerpo acalorado o caliente.

En la gráfica también se puede apreciar un grupo minoritario de pacientes, quienes declararon que sus malestares, antes de ser diagnosticados como pacientes diabéticos, correspondían al cuadro clínico característico de la DM: pérdida de peso de manera repentina, ganas de comer mucho, tener mucha sed y muchas ganas de orinar.

⁷ Caso 7. Mujer, 64 años. Tizimín Yuc.

⁸ Caso 1. Mujer, 76 años. Tizimín Yuc.

⁹ Según Lévi-Strauss C. dentro del área médica, la eficacia simbólica incluye aquellas prácticas que sugieren la manipulación mental de ciertas enfermedades a través del poder de influencia de las palabras que se legitimizan dentro de un grupo social con base a la experiencia de los resultados obtenidos, es decir; es la parte psicológica de la enfermedad que se puede tratar a través de la sugestión de las palabras.

Estos resultados evidencian que no hay concordancia entre lo establecido en los lineamientos para el diagnóstico de la DM en los servicios de salud y las experiencias de los pacientes mayas de Tizimín. Por ejemplo; el Boletín de Prácticas Médicas Efectivas de diabetes mellitus, (en adelante BPME), entre sus criterios para el diagnóstico de la enfermedad propone los siguientes síntomas típicos de la DM: poliuria (emisión anormal de grandes cantidades de orina), polidipsia (aumento anormal de sed), polifagia (aumento anormal del apetito) y pérdida de peso por causa desconocida, acompañado de glucemia plasmática causal de > 200 mg/dl.¹⁰ Sin embargo como se aprecia en la gráfica 1, solo dos pacientes de los quince entrevistados, expresaron con sus propias palabras los síntomas típicos propuestos en el BPME. Fueron más los pacientes que manifestaron cuadros clínicos diversos que propiamente no están catalogados dentro de la literatura médica como síntomas propios de la DM, inclusive también destacó el grupo de pacientes que expresó sus malestares a través de síndromes de filiación cultural.

Con los resultados anteriores queremos demostrar que no es aceptable que en los diferentes contextos poblacionales se utilicen lineamientos generales/iguales como criterios para el diagnóstico de la DM. No hay que perder de vista que las condiciones sociales, culturales, inclusive climáticas, como en el caso del estado de Yucatán, donde el clima es cálido subhúmedo con una temperatura media anual de 26°C, posiblemente se hagan común escuchar que el tener mucha sed y en consecuencia muchas ganas de orinar, son situaciones usuales para toda la población.

En cuanto a las estrategias de prevención y diagnóstico de la DM vale la pena destacar los factores culturales (el significado que representa ser una persona yucateca que padece diabetes) y sociales, componentes que han sido ignorados por los tomadores de decisiones en salud y que deberían ocupar un lugar central en la planeación de programas e intervenciones sanitarias porque

¹⁰ Prueba para medir la concentración de glucosa libre en la sangre, suero o plasma sanguíneo, que de acuerdo con la Asociación Americana de Diabetes los valores normales van de 80-130 mg/dl.

que van más allá de una revisión sistemática de la literatura clínica, son el reflejo de la experiencia de los pacientes que viven con el padecimiento.

b) Tratamiento y prevención de complicaciones de la diabetes mellitus

Las *pastías* (tratamiento farmacológico) y la dieta aconsejada fueron consideradas por la mayoría de los entrevistados como los pilares fundamentales para el tratamiento del paciente diabético. Sigue en orden de frecuencia la actividad física. Al principio de las entrevistas fue común en los entrevistados encontrar argumentos sobre una baja utilización de la medicina tradicional como alternativa para el tratamiento de la DM.

Los mayahablantes argumentaron que la medicina tradicional es exclusiva para el tratamiento de enfermedades de filiación cultural (*mal de ojo, caída de mollera, cargar vientos malos, etc.*), preferida por las personas de mayor edad, y que ha disminuido su uso gracias a que en la actualidad existen una amplia gama de medicamentos. Así mismo, los pacientes atribuyeron una mayor eficacia a los fármacos porque consideran que actúan más rápido en el organismo. Entre otras razones para resistirse al uso de la medicina tradicional destacaron: experiencias negativas con algunos *remedios*, temor por el desconocimiento de las propiedades de las plantas medicinales, percepción de que los actores sociales de la medicina tradicional (yerbateros, curanderos) son charlatanes, e ideas religiosas contrapuestas entre Dios y los recursos que estos personajes utilizan para la curación de enfermedades, como plantas, piedras, rezos, imágenes.

Los mayahablantes de Tizimín, también argumentaron que los *doctores* representan la mejor alternativa para depositar su confianza en el tratamiento de la DM. Estas percepciones manifestadas a través de los testimonios, corresponden a que el discurso médico se ha posicionado como el de mayor credibilidad y ha limitado los alcances de otras alternativas de tratamiento, como el caso de la medicina tradicional. El temor de los pacientes por ir en contra de las evidencias clínicas y el discurso científico los limita a opinar sobre el tema de las plantas

medicinales o los *remedios* caseros que han empleado para el tratamiento de la DM. Nadie mejor que una de las entrevistadas para ejemplificar estas aseveraciones.

“...ajá, si porque pues ellos te dicen [los médicos], lo tienen estudiado, saben para qué y que reacciones tiene... en cambio una hierba a veces si te cura en verdad como dicen lo del ojo [enfermedad de filiación cultural], el ojo si no lo llevas al hierbatero no se cura, eso sí es verdad ya lo vi...”

“...toy bien con mis pastías (risas) pues sí, ¿no?, siento que toy mejor así controlada y todo, si lo dejo de tomar y empiezo a tomar cosas [infusiones de hierbas] y me empeoro, no, toy mejor así...”
(Caso 8. Mujer, 46 años. Tizimín Yuc.).

Es importante destacar que conforme se fueron desarrollando las entrevistas se encontró que los pacientes reconocen y prefieren la medicina tradicional por encima de la occidental, esto corresponde a que la califican como una alternativa de tratamiento integral, que no corrompe con los saberes populares del proceso salud-enfermedad, así mismo, los informantes argumentaron que los fármacos en un tiempo prolongado pueden causar afecciones en ciertos órganos del cuerpo, a diferencia de los *remedios* (infusiones a base de plantas medicinales, basados en la medicina tradicional), los cuales los consideran más nobles con el organismo por la propiedad de ser de origen natural libre de químicos, sin embargo a pesar de estas experiencias positivas los pacientes se ven forzados a regresar al centro de salud (biomedicina) puesto que ahí los servicios (aunque no sean integrales), le son otorgados de forma gratuita, a diferencia de lo que económicamente representa recurrir a un actor de la medicina tradicional, donde el paciente deberá invertir dinero para poder costear los servicios y la atención.

“...yo no pude seguir yendo con el yerbero porque ya no podía pagarlo, así comencé a ir al centro de salud y ahí pues me dan las medecinas y me dice la doctora que no coma grasa, ni chile, ni cosas que me engorden, así ya ves que vamos a hacer ejercicio y así nos apoya las Oportunidades y pues así me sale más barato...” (Caso 13. Mujer, 60 años. Tizimín Yuc.).

Solamente 2 de los informantes manifestaron abiertamente que como complemento de su tratamiento farmacológico habían utilizado satisfactoriamente algunas infusiones, licuados y jugos a base de plantas y frutas para disminuir los niveles de glucosa en sangre. Entre las plantas y frutas que mencionaron destacan: el fundeamor/cundeamor (*Momordica charantia* L.), las hojas de x'kanlol, (*Tecoma stans* L.), la sábila (*Aloe vera*), la árnica (*Árnica montana* L.), la lima verde (*Citrus aurantifolia*), el repollo/col blanca (*Brassica oleracea var. viridis*), el nopal (*Opuntia ficus -indica* Linnaeus Miller), el apio (*Apium graveolens*), y la flor de jamaica (*Hibiscus sabdariffa*).

La paz y la tranquilidad fueron otros elementos que los informantes consideraron como indispensables para el tratamiento y la prevención de complicaciones por el padecimiento, esto implican que los pacientes reconozcan los factores que provocan cierto estrés, por ejemplo los problemas o roles que surgen de la dinámica familiar, tratar de guardar la calma y estar tranquilos para que estos problemas no incidan negativamente en el seguimiento de su tratamiento. Esta percepción corresponde a que dentro de la concepción popular maya la DM surge como consecuencia de eventos estresantes, miedos, enojos, preocupaciones, impresiones fuertes o sustos, por ello los pacientes deben evadir este tipo de situaciones si es que quieren evitar la enfermedad o en su caso prevenir sus complicaciones.

Llama la atención que a pesar de que los familiares y pacientes tienen conocimientos sobre la importancia de la paz y tranquilidad como elementos sustanciales para evitar complicaciones de la DM, las tareas del hogar no disminuyen para los enfermos diabéticos, al contrario en muchos de los casos hasta aumenta. Por ejemplo, seis de los entrevistados declararon que se encargan del cuidado de los nietos (en edad preescolar o escolar) mientras sus hijos trabajan fuera de la localidad. El cuidado de los nietos es un trabajo que implica muchas responsabilidades y además es desgastante por la demanda de cuidados y atenciones que requieren los niños pequeños. La edad avanzada de los pacientes y su estado de salud no son las más favorables para cumplir con esta

tarea asignada, desafortunadamente los pacientes tienen que cumplir con el rol de niños ya que en las comunidades rurales yucatecas, es común que los abuelos se encarguen del cuidado de los nietos, porque la situación económica no permite otra alternativa para descargar de esa responsabilidad a estos pacientes.

En el cuadro 1 se presenta una comparación entre las recomendaciones realizadas a nivel nacional sobre el tratamiento y la prevención de complicaciones por la DM versus la realidad de los usuarios mayahablantes experimentada durante el proceso de atención médica. Del análisis del cuadro comparativo destacan observaciones que demuestran una diferencia abismal entre lo normado y las experiencias de los pacientes diabéticos mayas de Tizimín. Las observaciones que se presentan a continuación están organizadas de acuerdo al orden de importancia que los informantes atribuyeron a los pilares del tratamiento del paciente diabético.

i. Medicamentos indicados

De acuerdo a la sugerencia de la NOM.- 015-SSA2-2000., los fármacos sólo se debe prescribir a los pacientes que ya tienen avanzada la enfermedad o aquellos que no se han podido controlar con dieta y ejercicio, sin embargo en este estudio se observa que a todos los pacientes desde el día del diagnóstico les prescribieron tratamiento farmacológico, esto corresponde a que la DM en su etapa temprana puede cursar en forma asintomática y por tanto el diagnóstico se establece cuando la enfermedad ha avanzado, es por esto que los médicos prescriben los fármacos desde el inicio del tratamiento. La falta del reconocimiento de los factores de riesgo y de realización de pruebas de detección temprana son condiciones que favorecen este panorama.

ii. Dieta recomendada

La mayoría de los pacientes argumentó que seguir la dieta recomendada por el personal de salud resulta ser un proceso difícil y lento, los informantes argumentaron que los alimentos sugeridos muchas veces no forman parte de lo que se acostumbra comer en la región, otras veces no son de su completo agrado o que no tienen los recursos económicos para comprarlos.

iii. Actividad física recomendada

En Tizimín, aun prevalece la ropa típica de la región. En el caso de las mujeres, consiste en un hipil (vestido) en color blanco que se distingue por márgenes bordados con dibujos de flores multicolores. La vestimenta de las mujeres yucatecas constituye parte de su identidad cultural y es el distintivo que las caracteriza como mujeres mestizas mayas. Al parecer el personal de salud no está considerando la vestimenta de las usuarias a la hora de motivarlas para hacer ejercicio. Situación que solo aumenta las barreras culturales y dificulta seguir las recomendaciones.

iv. Revisión médica como parte de la prevención de complicaciones

La condición de vulnerabilidad a la que están sujetos los pacientes mayas de Tizimín, no les permite expresar su experiencia sobre la revisión médica y tienen que aceptar la atención como buena a pesar de que ésta no lo sea. El desconocimiento de sus derechos como pacientes y la presión social y cultural los condiciona a no expresar este tipo de situaciones.

El programa Nacional de Salud 2007-2012 destaca la importancia del respeto a los derechos de los pacientes y propone el fomento de una cultura de servicio orientada a satisfacer las demandas y necesidades del usuario. En ese sentido, en 2001 se promulgó el decálogo de los Derechos Generales de los Pacientes, compromiso que surge como parte de la Cruzada Nacional por la

Calidad de los Servicios de Salud. Los 10 lineamientos sugieren entre otros aspectos, garantizar un trato digno a los usuarios, proporcionarles información completa y una atención oportuna. Para apoyar el cumplimiento de estos compromisos cada una de las instituciones médicas debe contar con información visual que permita a los usuarios informarse sobre sus derechos, inclusive cuando el paciente se afilia a la unidad médica, es el momento que se debe aprovechar para dar a conocer y explicar esta información. Sin embargo, de acuerdo a los testimonios de los entrevistados, se encontró que los usuarios mayas del centro de salud de Tizimín, no identifican sus derechos como pacientes, esto se debe a que muy pocos usuarios saben leer; el personal de salud no les ha podido explicar o los pacientes son los que prefieren quedarse callados y no reclamar sus derechos por temor a ser etiquetados como personas *revoltosas*¹¹ (mal comportamiento social)

v. Los GAM y las sesiones de promoción a la salud como parte del tratamiento

La mayoría de los pacientes decidió formar parte del GAM a raíz de que el personal de salud o el ayuntamiento municipal los invitó a integrarse, esto quiere decir que no se integraron por iniciativa propia. Solo 2 pacientes, de los 15 entrevistados, argumentaron que el GAM representa un escenario de aprendizaje, un lugar de apoyo donde pueden hablar de su padecimiento, distraerse, relajarse y convivir con otras personas. Lo más significativo en el GAM son los ejercicios y las pláticas que comunican lo que *no se debe comer*.

La asistencia por género al GAM, está representada exclusivamente por mujeres, quienes a pesar de sus múltiples actividades en el hogar, son las que mejor se organizan para asistir a las sesiones del grupo. Los pacientes varones con DM no asisten a las sesiones del GAM, las mujeres apoyan y justifican la inasistencia de los hombres por cuestiones de trabajo. Ir al GAM para los hombres representa un día de trabajo que se pierde.

¹¹ Caso 4. Mujer, 50 años. Tizimín Yuc.

Cuadro 1. Cuadro comparativo entre las recomendaciones a nivel nacional sobre tratamiento y prevención de complicaciones por DM versus la realidad de los usuarios mayahablantes de Tizimín, Yucatán.

Tratamiento de la DM	Marco normativo del tratamiento de DM desde el nivel rector de salud	Experiencia de las personas entrevistadas
Medicamentos indicados	<p>La NOM.- 015-SSA2-2000.¹² recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> El tratamiento con medicamentos debe indicarse sólo en pacientes que no se han controlado con dieta y ejercicio. Las sulfonilureas deben considerarse una alternativa de tratamiento de primera línea cuando metformina no se tolera o está contraindicada. 	<p>Todos los pacientes refirieron tener prescrito tratamiento farmacológico, por lo general les tienen recetado sulfonilureas (Glibenclamida) y biguanidas (Metformina). Agregan que el médico siempre les explica la dosis y el horario en que deben de tomar su <i>pastías</i>, la mayoría de los pacientes explicaron sin dificultad la dosis prescrita, sin embargo a pesar de que llevan años de tratamiento farmacológico; el nombre de los fármacos y su finalidad son temas que todavía les resultan complicados de explicar.</p> <p><i>“...hay este... tomo una en la mañana y una en la noche... ah! aquí están mis pastías, son dos pastías chiquititas! no eso me dice la doctora; "tienes que aprender cómo se llama" ay le digo que a mí se me olvida, ahorita te lo muestro...”</i> (Caso 15. Mujer, 61 años. Tizimín Yuc.)</p>
Dieta aconsejada	<p>EL BPME establece que el médico general deberá insistir al paciente sobre la importancia del plan de nutrición, enfatizar que no es necesaria la prohibición de determinados alimentos sino su adecuada combinación en las cantidades recomendadas por el médico. En su plan destaca: Acordar adopción en la medida de las posibilidades del paciente, reforzar cambio en preferencias.</p>	<p>Al preguntar por la dieta que el personal de salud recomienda a los pacientes con DM, lo que la mayoría de los entrevistados recordó y destacó fueron los alimentos restringidos en su dieta, así como la disminución en la proporción de alimentos. Al final mencionaron que las frutas y las verduras constituyen el eje central de la dieta del paciente diabético.</p> <p><i>“...pues la diabetes es cuidarse normal como le dije, es no comer tanta grasa, tanta sal, no comer mucha tortilla, no comer mucho, no comer...es todo lo que dice el doctor...más verduras, frutas ¡solo eso!...”</i> (Caso 6. Mujer, 68 años. Tizimín Yuc.)</p>
Actividad física recomendada	<p>La NOM.- 015-SSA2-2000. Propone :</p> <ul style="list-style-type: none"> Recomendar el ejercicio en todos los pacientes, ajustándolo a cada caso en particular y considerando varios factores: (actividad habitual, edad, peso, patologías del paciente). 	<p>La mayoría de los pacientes identifica los beneficios de hacer actividad física, entre las ventajas destacaron; el control de la presión arterial, el control de los niveles de glucosa en sangre, el control de peso y sensación de bienestar y plenitud. Agregaron que el personal de salud siempre hace énfasis en la importancia de hacer ejercicio, inclusive unos hasta demostraron lo que han aprendido en la sesiones, sin embargo también agregaron que en este pilar del tratamiento no siempre son constantes por las diferentes barreras a las que se enfrentan para poder realizarlo.</p> <p><i>“...de pronto nos dice [el médico], vengan con tenis, vengan con Pants, pero muchos no van con tenis, ni pants, muchos van con su misma ropa...Pues estamos acostumbrados al vestido [hipil, traje típico de las mujeres mestizas de Yucatán]...”</i> (Caso 5. Mujer, 62 años. Tizimín Yuc.)</p>

¹² NOM. NOM.- 015-SSA2-2000. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.

<p>Revisión médica</p> <p>La GPC¹³ establece que a todos los pacientes con diagnóstico de DM se les debe realizar examen físico que incluya estado de la piel, temperatura, color, resequead, fisuras, eritemas, zonas anormales de presión, examen vascular, prueba de retorno venoso.</p> <p>La NOM.- 015-SSA2-2000. Establece que el médico debe revisar los pies del paciente en la primera visita y el paciente debe revisarlos posteriormente de acuerdo con las instrucciones del médico quien a su vez hará una revisión en cada consulta de control.</p>	<p>La mayoría de los pacientes, cuando asisten a la consulta, perciben que el médico no los revisa exhaustivamente. Los pacientes hacen comparaciones entre el médico que anteriormente los atendía y su médico actual, concluyeron que la forma en que los médicos revisan a los pacientes es muy diferente y que unos médicos están más pendiente que otros. Un grupo minoritario perciben que la revisión médica es una acción que realiza el personal de enfermería y no propiamente el médico.</p> <p><i>“...el doctor de antes, estaba más pendiente, porque cuando ibas te checaba tooodo, te checa tus oídos, te checa tu garganta...aunque vayas solamente por estén... por lo del control de la diabetes, que te checa tus rodillas, que te checa tu pie y sin embargo ahorita la doctora dice: ¿está bien tu pie? ¿tá bien?...con que le digas; está bien, está bien pues porque yo digo que está bien, ¡pero pues ella no lo ve!...”</i> (Caso 4. Mujer, 50 años. Tizimín Yuc.)</p>
<p>Los GAM</p> <p>La SSa, en su Guía técnica para el funcionamiento de los GAM (2004) establece:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La principal función del GAM es garantizar que cada uno de los pacientes reciba la capacitación (conocimiento, habilidades y destrezas) indispensable para el buen control de la enfermedad. • Los GAM deben estimular la participación activa e informada del paciente como un elemento indispensable para el autocuidado. • Mediante la organización de eventos y actividades sociales, los GAM deben promover la participación comunitaria y servir de apoyo a los servicios de salud. 	<p>Con respecto a la organización del GAM la mayoría de los pacientes refirió estar insatisfecho con la atención recibida. La falta de seriedad, los compromiso sin cumplir, la falta de motivación por parte de los prestadores de salud, la cancelación de las sesiones de manera improvisada, la falta de control en el grupo, la percepción de que un GAM es mejor que otro, el que algunos pacientes no tomen en serio lo que se dice en las reuniones y el que no les practican los procedimientos prometidos (antropometría, cuantificación de signos vitales, glicemia capilar, entre otros), fueron las principales quejas de los pacientes externaron. Agregaron que en ocasiones solo asisten para que les pregunten ¿cómo se siente?; si la respuesta es afirmativa, se les firma su tarjeta del programa Oportunidades y ya se pueden retirar.</p> <p>Fueron común los testimonios argumentando que la asistencia al GAM no representa algo significativo para los pacientes, simplemente es un requisito que los obliga a asistir porque requieren de una firma del personal de salud para poder seguir recibiendo el apoyo económico del programa de Oportunidades.</p> <p><i>“...es una obligación... pues creo que es una obligación así porque pos tiene uno que ir a la junta...dicen como ella tiene Oportunidades, pues dicen que si falla a no ir a la junta, pues la ponen de baja y todo...”</i> (Caso 9. Hombre; 56 años. Tizimín, Yuc.)</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos cualitativa del proyecto original

¹³ GPC. SSA. (2008). Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la diabetes mellitus en el primer nivel de atención. Guía de práctica clínica México.

Con respecto a las sesiones educativas impartidas en el GAM, los testimonios de los informantes desatan una serie de cuestionamientos sobre la calidad de la educación en salud que les son ofrecidos. ¿Por qué después de mucho tiempo las sesiones educativas no han sido significativas para los pacientes?, ¿Cuál es el método y la dinámica con la que se imparten las sesiones?, ¿Con qué recursos (tiempo, material, espacio) se imparten las sesiones educativas?, ¿Qué habilidades (manejo de grupos y estrategias de enseñanza-aprendizaje) tienen las personas responsables de impartir las sesiones?, ¿Como deberían de impartirse las sesiones educativas en una población indígena, en su mayoría conformado por adultos mayores y con poca escolaridad?

Los pacientes por lo general identifican los beneficios de llevar un buen tratamiento para evitar las complicaciones de la DM, sin embargo les hace falta elementos que los motive a hacer más de lo que ya saben. La mayoría tiene en promedio de cinco a nueve años con DM, todos son usuarios que se atienden en los servicios públicos de salud y asisten a los GAM para recibir la capacitación necesaria para el control de su enfermedad. Sin embargo la experiencia de los pacientes mayas sobre los GAM, evidencia las fallas organizacionales de estos grupos, al parecer los GAM no están cumpliendo con los objetivos para los cuales fueron creados y están lejos de ser la propuesta que se establece en la guía técnica para su funcionamiento: un escenario idóneo que permita a los pacientes intercambiar experiencias que faciliten la adopción de cambios conductuales para el control de su padecimiento.

2.- Barreras para apegarse a las recomendaciones relacionadas con la adherencia terapéutica.

Las razones que los pacientes identificaron como impedimentos para seguir con las recomendaciones que hace el equipo de salud relacionadas con la adherencia terapéutica, se clasificaron y presentan en 2 rubros: 1) Barreras personales; las cuales son atribuciones relacionadas con las preferencias, gustos, actitudes o ideas de los propios informantes y 2) Barreras externas; se refieren a factores que no dependen propiamente de los informantes, sin embargo directamente los limita para seguir con las recomendaciones. Entre ellas destacan los factores relacionados con la organización del sistema de salud, los factores sociales y culturales (ver tabla 3). Las barreras personales y externas son constantes e interactúan mutuamente sobre las recomendaciones de la dieta, actividad física y la toma correcta de los fármacos y finalmente se traducen en la falta de adherencia terapéutica de los pacientes.

a) Barreras personales y externas para la dieta aconsejada

En cuanto a las barreras personales para seguir las recomendaciones de la dieta, la mayoría de los informantes percibe que la dieta del paciente diabético estrictamente se basa en una restricción y disminución en la proporción de alimentos que generalmente son los de su preferencia, situación que dificulta el apego dado que los pacientes no quedan satisfechos con las cantidades recomendadas, es decir: se quedan con hambre y ansiedad cuando comen lo que les recomiendan como parte de su dieta.

Los mayas de Tizimín consideran que su forma habitual de comer no puede ser modificada; las tortillas de maíz y la carne de puerco son ejemplos de algunos alimentos preferidos que les resulta difícil dejar de comer ya que los han consumido durante toda su vida. Los informantes también reportaron que la gastronomía yucateca, es un factor que imposibilita seguir las recomendaciones

de la dieta, perciben que las personas de Yucatán como parte de su identidad cultural están acostumbradas a consumir platillos típicos de la región. Por ejemplo: en los hogares de familias yucatecas los lunes siempre se acostumbra comer frijol con puerco y los domingos no puede faltar la tradicional cochinita pibil.

Las ideas erradas sobre los alimentos y la *debilidad* (inconsistencia) de los pacientes fueron otras barreras que imposibilitan el seguimiento de la dieta prescrita. Uno de los informantes explicó que en la dieta del paciente diabético se encuentra el consumo de alimentos salados, percibe que para mantener los niveles de glucosa dentro de los parámetros permisibles, se debe lograr un equilibrio entre lo *dulce de la sangre* y lo *salado de los alimentos*. Estas ideas de origen cultural provienen de la familia y de la comunidad, es decir, es una transmisión generacional de ideas y conceptos. Cabe resaltar que el informante es un paciente masculino que no asiste a las sesiones educativas que se imparten en el centro de salud.

“...entonces mayormente cosas saladas [debemos comer los pacientes diabéticos]... todavía como la barra (pan), pues no pasa nada... jeso sí se puede comer!... todo lo que es salado... jeso si lo puedes comer no te altera tu azúcar!...”
(Caso 9. Hombre, 56 años. Tizimín, Yuc.).

En cuanto a las barreras externas, la pobreza es el principal obstáculo que limita la compra de los productos recomendados. Generalmente las mujeres son las encargadas de la preparación de los alimentos, ellas consideran que hacer una *dieta especial*,¹⁴ implica invertir recursos económicos para hacer compras adicionales a lo que consumirán los otros integrantes de la familia, también implica invertir tiempo y esfuerzo para preparar alimentos diferentes. Los informantes perciben que la dieta del paciente diabético es una carga extra para el gasto familiar, el cual es muy limitado. Aunado a esto, cuatro de los entrevistados argumentaron que preparar alimentos diferentes y rechazar lo que el resto de la familia come genera ciertos conflictos entre ellos, esto sucede porque los

¹⁴ Caso 1. Mujer, 76 años. Tizimín, Yuc.

familiares perciben una postura exagerada de los pacientes en su intento por cambiar ciertos alimentos en su dieta, generalmente los integrantes de la familia no se sienten vulnerables ante la enfermedad y por lo tanto no vislumbran la magnitud del problema y el esfuerzo que el paciente realiza. Es así cuando la hora de la comida deja de ser un espacio abierto para la convivencia y se convierte en un momento de tensión y malestar para el paciente, un ciclo interminable donde por parte de la familia solo se reciben regaños, reproches, burlas o contradicciones que finalmente llevan al paciente a decidir ya no seguir las recomendaciones para la dieta y hacer caso a los comentarios de los familiares con el objetivo de evitar este tipo de conflictos.

“...[Familiar expresa descontento a la entrevistada] “te vas matar, tú misma te vas a morir, te estás matando en que no quieres comer”... me dice: no porque te digan que no puedes comer tal cosa, no vas a comer nada, hay que buscar algo que puedas comer, que te convenga, claro que no vas a comer las cosas que tiene grasas o las cosas dulces, pero no es para que te pases...(Entrevistada narra) le digo, no, pero me dijeron que no puedo comer esto, (réplica del familiar) ¿Entonces... no vas a comer nada?...” (Caso 13. Mujer, 60 años. Tizimín, Yuc.).

Otra barrera externa de gran importancia es la función que la comida tiene en las *fiestas* (convivios o reuniones familiares), escenarios donde la mayoría de los pacientes rompe con la dieta establecida. Los informantes perciben que despreciar alimentos como el pastel o el *platillo* (alimentos que ofrecen en las *fiestas*), socialmente representaría una actitud descortés hacia los anfitriones y en consecuencia el paciente sería catalogado como una persona *pesada* (mal comportamiento social). Tal como lo describe Mechanic D. (1995) citado en Moraga R. (2005), cuando señala que la diabetes es una enfermedad que se construye socialmente. En ese sentido, la dieta representa uno de los componentes que determina lo que socialmente es aceptable o no en la conducta de los enfermos diabéticos. Por ejemplo: el paciente puede tener la intención de apegarse a la dieta, cuidando los alimentos que consume durante las reuniones o convivencias familiares, sin embargo las etiquetas o burlas de amigos y familiares (presión social) pueden influir en las acciones de los pacientes y en consecuencia sabotear el proceso de apego a la dieta.

“...Yo no voy ni a fiestas ni a nada, ¿para qué?... sólo va uno a despreciar el platillo y para qué voy a despreciar y hacer que mal hablen de uno... uno no toma, ni puede comer el pastel que le sirven. Si vas a la novena o al rezo te dan chocolate y no lo puedes tomar. ¿Qué haces?... si no lo agarras te dicen que estás pesadiando...” (Caso 2. Mujer, 56 años. Tizimín Yuc.).

Tabla 3. Barreras personales y externas para seguir las recomendaciones relacionadas con la adherencia terapéutica: perspectiva de los informantes.		
Recomendaciones Médicas	Barreras personales	Barreras externas (organización del sistema de salud, sociales y culturales)
Dieta	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hábitos alimenticios adquiridos desde la infancia. ➤ Valor cultural que atribuyen a la gastronomía Yucateca. ➤ Ideas erradas sobre los alimentos dulces y salados. ➤ <i>Debilidad</i> (inconsistencia) para mantener la dieta prescrita. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recursos económicos limitados para la compra de alimentos. ➤ La comida representa un espacio para la convivencia y no solamente la satisfacción de una necesidad básica. ➤ Lo que socialmente es permisible en la dieta de los pacientes diabéticos.
Actividad Física	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No se sienten lo suficientemente motivados para mantener una rutina de ejercicios. ➤ Desinterés por la actividad física. ➤ Malestares físicos (lesiones musculares, artritis). ➤ Los pacientes atribuyen que las actividades rutinarias del hogar son equivalentes a la actividad física que deberían realizar. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Saturación por actividades y obligaciones en el hogar que los limita para hacer actividad física.
Ingesta correcta de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Algunos medicamentos prescritos tiene efectos secundarios: boca reseca y pérdida de apetito. ➤ Se les olvida tomar sus medicamentos. ➤ Percepción e interpretación de los síntomas asociados al nivel de glucosa en sangre y ajuste de la medicación sin consultar al médico. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La disponibilidad y el acceso a los medicamentos en el centro de salud. ➤ El rol de género masculino influye negativamente en el seguimiento del tratamiento farmacológico.

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos cualitativa del proyecto original

b) Barreras personales y externas para la actividad física recomendada

El seguimiento de las recomendaciones para la actividad física se ve obstaculizado por varios factores que dependen del paciente. En primer lugar podemos mencionar la dependencia hacia el personal de salud. Los pocos pacientes que realizan actividad física no lo hacen por intención propia, su participación es esporádica y sólo si el personal de salud los supervisa. Fue

común el discurso de los pacientes argumentando que el personal de salud no funge como líder, y que tampoco los motiva o los guía para realizar actividad física. Llama la atención un grupo de pacientes que por iniciativa propia se organizó para realizar actividad física, inclusive contrataron a una persona para que les diera clases de baile por un precio accesible, sin embargo fracasaron en el intento. Las pacientes atribuyen que el fracaso se debió a la falta de apoyo y compromiso del personal de salud y por la desmotivación y desinterés de los pacientes para organizarse y cumplir con las sesiones programadas. La actividad física es a la que menos se apegan las pacientes, la mayoría se justifica bajo el argumento de que el personal de salud es el responsable de su falta de motivación, sin embargo los testimonios de los entrevistados evidenciaron que los pacientes no están interesados o no se sienten lo suficientemente motivados como para mantener una rutina de ejercicios. Una de las entrevistadas es quien mejor expresa esta situación.

“...Por ejemplo; nosotros sí lo hacemos [actividad física], pero las demás gente no lo hace... Y lo primero que dice la gente; ¡Si la doctora no viene, para qué vamos a ir nosotros...”(Caso 3. Mujer, 44 años. Tizimín, Yuc.).

Las ideas erradas sobre la actividad física y las tareas del hogar fueron otras limitantes. La mayoría de los informantes considera que las actividades del hogar (lavar la ropa, ir al mandado, limpiar la casa) son equivalentes a la actividad física que deberían realizar, perciben que han cumplido con las recomendaciones, inclusive que hacen ejercicio de más. Las capacidades físicas disminuidas por enfermedad o vejez, la falta de costumbre y olvidarse de hacer actividad física fueron otras limitantes que los informantes reportaron.

En cuanto a las barreras externas, la falta de tiempo y las rutinas establecidas para el cuidado de los integrantes de la familia son otros factores que limita a los pacientes para hacer actividad física, estas barreras se amplían en el caso de algunas mujeres que además de sus múltiples actividades en el hogar, también tienen que salir de casa para trabajar y contribuir al ingreso familiar.

c) Barreras personales y externas para la toma correcta de medicamentos.

En cuanto a las barreras personales, los informantes destacaron experiencias de efectos desagradables por el uso de hipoglucemiantes orales (por ejemplo: disminución o supresión del apetito y sensación de tener el estómago amargo). Varios fueron los pacientes que se autodescribieron como *olvidadizos* cuando dejan de tomar la medicación prescrita a la hora indicada.

El ajuste de la dosis prescrita por el médico es otra barrera para el apego al tratamiento farmacológico, surge como resultado de la valoración que los pacientes realizan acerca de la gravedad y evolución de la enfermedad, es decir; cuando los pacientes sospechan que sus niveles de glucosa en sangre se encuentran elevados, ellos mismos (sin consultar al médico), toman la decisión de ajustar la dosis en su tratamiento.

“...Pues son dos pastillas; una en la mañana, uno en la noche, pero cuando yo siento que me medio tambaleo del cuerpo: me tomo uno medio día también...”
(Caso 2. Mujer, 56 años. Tizimín, Yuc.).

Se identificó como los roles de género influyen en el apego al tratamiento farmacológico, en este caso la mayoría de los informantes fueron mujeres, el único paciente masculino que participó en el estudio argumentó que cumplir con el rol de proveedor del sustento económico le complica tomar sus medicamentos en hora y dosis prescrita, a pesar de que el paciente trata de organizarse, asegura que le resulta muy complicado, esta situación no aplica en el caso de las pacientes femeninas que se dedican al hogar.

En cuanto a las barreras externas para seguir las recomendaciones sobre el uso de medicamentos fundamentalmente se ubica el acceso y disponibilidad de los mismos en el centro de salud. La mayoría de los pacientes aseguró que nunca se han quedado sin su medicamento para la DM, eso no quiere decir que en el centro de salud en cada consulta les hagan entrega de los fármacos. Cuando hacen falta medicamentos en el centro de salud los pacientes se las ingenian para continuar con su tratamiento farmacológico. Algunos prefieren ahorrar dinero por si

surge una complicación de la DM que en el centro de salud no puedan resolver; para la compra de medicamentos o asistir por motivos de urgencia a una institución particular. Otros, mientras llega el medicamento al centro de salud (entre 1 a 2 semanas aproximadamente) tienen la opción de recurrir al hospital de segundo nivel para surtir su receta; otros argumentaron que sus familiares cercanos (que padecen de DM), les comparten de sus medicamentos o que muchas veces los pacientes tienen *pastías* de reserva (porque les dan de más en el centro de salud) todas esas particularidades les posibilita continuar su tratamiento farmacológico.

“...pues a veces no gasto todo mi dinerito, lo voy guardando, cuando suceda así un punto de mi enfermedad que sé que en el centro de salud no hay; no hay la fórmula de medicina, pues tengo que ir en particular (médico particular), entonces sacaré mi ahorro para ir al particular...” (Caso 2. Mujer, 56 años. Tizimín, Yuc.).

3.- Dificultades a las que se enfrentaron al ponerse en contacto con los servicios públicos de salud para recibir atención médica.

Entre los informantes existe una apreciación general sobre las acciones recibidas en el primer nivel de atención. Nueve de los quince entrevistados consideran que en el centro de salud de Tizimín los servicios ofertados son de mala calidad y con una organización deficiente, esto desencadena dificultades para los usuarios y desalienta la utilización de los servicios públicos de salud.

[¿Cómo le atienden?]
“...me dice, te voy a agarrar un poco de tu sangre, si ya subió mi azúcar [me dicen] que me cuide.
[¿Le preguntan cómo se siente?]
A veces si, a veces no, casi no me regaña... me dan medecinas,
[¿Sabe cómo tomarlas?]
pues ay veces sí, pero me pregunta cómo me siento.
[¿Usted habla español?]
casi no, pero un poco...ellos [los médicos] hablan con sus palabras que uno no entiende, también escribe así y no se entiende, ni está completo...”
(Mujer; 76 años, caso 1; Tizimín, Yuc.).

Una observación interesante para los resultados es que al principio de las entrevistas, los informantes expresaron que la atención recibida en el centro de salud era de muy buena calidad y que no existían problemas relacionados con la forma de su organización, sin embargo a lo largo del discurso los informantes fueron exponiendo las principales dificultades a las que se enfrentan para recibir atención médica, las cuales se englobaron y presentan en dos categorías, tal como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 4. Dificultades a las que se enfrentaron los pacientes diabéticos mayahablantes para recibir atención en el centro de salud de Tizimín, Yucatán.	
Dificultades relacionadas con la organización de centro de salud	Dificultades relacionadas con la atención médica
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Los diversos trámites que se realizan en el centro de salud restan calidad a la atención médica. ➤ Largas horas de espera. ➤ Las sesiones informativas que se imparten en la citas de control son breves, por lo tanto los pacientes no opinan, tampoco preguntan, ni aclaran sus dudas. ➤ La cancelación de las citas de forma improvisada desmotiva a los pacientes a seguir asistiendo a las reuniones. ➤ Los módulos de salud son insuficientes para una población que va en aumento. ➤ La rotación constante del personal de salud obstaculiza el proceso de la adherencia terapéutica. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Maltrato a través de regaños y amenazas. ➤ Relación vertical entre el médico y los pacientes. ➤ Insuficiente Información y explicación sobre la enfermedad. ➤ El médico impide que los familiares se involucren y participen en las consultas. ➤ El personal de salud no tiene formación en salud intercultural.

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos cualitativa del proyecto original

1) Dificultades relacionadas con la organización del centro de salud

La experiencia de los usuarios permite identificar problemas relacionados con una organización institucional repleta de trámites o trabas administrativas por los que hay que transitar y resistir si es que se quiere recibir atención médica en el centro de salud de Tizimín. Se encontró que la condición económica de los pacientes tiene una relación directa con la demanda de los servicios de salud, diez informantes mencionaron que preferirían atenderse en una institución particular, porque perciben que las clínicas privadas ofrecen mejores servicios de salud y

atención médica de calidad, sin embargo la situación económica de los pacientes mayas no les permite recurrir a la alternativa de su preferencia y tienen que conformarse y adaptarse a lo que se les ofrece en los servicios públicos de salud.

Las largas horas de espera, tener que levantarse temprano para sacar una ficha y esperar a que el personal de salud encuentre los expedientes clínicos, son situaciones ya esperadas por los usuarios del centro de salud. Los pacientes hicieron comparaciones entre el centro de salud (institución pública) y el IMSS (institución de seguridad social), concluyeron que aunque ambas son instituciones de salud y atienden pacientes diabéticos, la forma de organización, atención y control es completamente diferente, esta situación genera confusiones entre los usuarios en relación a las forma de control, tratamiento y prevención de complicaciones por la DM. Los pacientes aseguran no saber en quien confiar cuando se trata de las recomendaciones médicas. A continuación se plasman algunas experiencias de los pacientes que permite identificar problemas relacionadas con la organización del centro de salud de Tizimín, Yucatán:

a) ***Me levanto temprano para ir a sacar la ficha***¹⁵

Del análisis de las opiniones expresadas sobre el tiempo de espera para pasar a la consulta se puede concluir dos perspectivas de los informantes. Por un lado existen testimonios de pacientes quienes consideran que organizar las consultas por medio de citas ha reducido el tiempo de espera para recibir atención, decisión que para los pacientes diabéticos representa una ventaja porque perciben que son considerados como un grupo prioritario; por otro lado existen usuarios que expresaron que el tiempo de espera sigue siendo muy tardado. A pesar de que las consultas de los pacientes diabéticos se organizan por medio de las citas; aún persisten las *colas* que requieren de muchas horas de anticipación, situación que desespera, estresa y disgusta a las pacientes debido al argumento de que en sus hogares dejan actividades pendientes por realizar. Llegar lo más temprano posible

¹⁵ Frase dicha por el caso 14. Mujer, 59 años. Tizimín, Yuc.

al centro de salud es una estrategia que representa una ventaja para las pacientes porque perciben que son atendidas más rápido y el tiempo de espera para pasar a la consulta se reduce.

Los pacientes consideran que esperar hasta dos horas para poder ser atendidos es un tiempo considerable y justificable por todos los trámites y acciones que el personal de salud tiene que realizar (recepción de fichas, buscar expedientes, medir, pesar, llenar muchos formatos, etc.). Para los usuarios ir al centro de salud requiere invertir gran parte de su tiempo de la mañana o de la tarde y mucha paciencia por todo el tiempo que se espera para poder recibir la atención.

“... [Ir a la consulta requiere] mucha paciencia, porque pues hay que esperar su turno de uno... pues al menos una hora y media, dos horas... hoy tengo cita y estoy esperando, estoy sentada, hasta que me llaman paso...”
(Caso 14. Mujer, 59 años. Tizimín, Yuc.).

La mayoría de los entrevistados argumentaron que después de largas horas de espera el tiempo destinado para las consultas y las sesiones educativas es muy breve, en consecuencia los usuarios no pueden expresar sus padecimientos, no son revisados exhaustamente por el médico y las recomendaciones que hace el personal de salud no les son significativas, esta situación acarrea muchos problemas para los pacientes, sobre todo para la prevención de complicaciones por el padecimiento.

b) *En las juntas del GAM sólo nos firman las tarjetas*¹⁶

La cancelación de citas de manera improvisada para los pacientes representa una falta de organización y poco compromiso por parte del personal de salud, que en

¹⁶ Frase dicha por el caso 3. Mujer, 44 años. Tizimín, Yuc.

consecuencia los desmotiva para asistir a las reuniones del GAM y continuar con su tratamiento.

“...lo que pasa, lo único que hace la doctora es que ella no nos tiene puesto una fecha fija, ella un día vas, te dice hoy no hay reunión, vente en tal fecha...o si se cambió te manda a avisar y todo eso, entonces ese es el detalle...en cambio el doctor (...), tal fecha tienen y tal fecha, él deja todo lo que está haciendo y ese día nos tiene que atender. Desde cuando se cambió el doctor (...), ese es el detalle que está pasando así...” (Caso 3. Mujer, 44 años. Tizimín, Yuc.).

Más de la mitad de los entrevistados expresó que no hay seriedad con la organización de las citas, inclusive en varias reuniones el personal de salud se limita a hacer preguntas básicas, como por ejemplo: ¿cómo se siente hoy? , si la respuesta es: *me siento bien*, se les firma su tarjeta de asistencia al GAM y ya se pueden retirar. En otras ocasiones el personal no cuantifica los niveles de glucosa en sangre de los pacientes, tampoco hace preguntas y solo se limita a firmar las tarjetas de asistencia.

c) Los módulos de salud no alcanzan para tanta gente ¹⁷

Los entrevistados manifestaron que a pesar de que se han abierto más módulos para la atención de pacientes, estos continúan siendo insuficientes para una población que sigue aumentando. El centro de salud de la SSa es donde se atiende el mayor porcentaje de la población de Tizimín, por esta razón el personal de salud que atiende en los módulos no se da abasto con la demanda de los usuarios, si a esto aunamos lo diferentes formatos que el personal requisita y el tiempo estandarizado para la consulta, posiblemente por estas razones solo se esté brindando una atención que pretende cumplir las metas establecidas, es decir se está cubriendo una atención de cantidad que está dejando mucho que desear de una atención holística y de calidad.

¹⁷ Frase dicha por el caso 2. Mujer, 56 años. Tizimín, Yuc.

“...No, no habían muchos módulos, ahora pues si hay, y ni así no alcanza la gente, hay de ellos que no alcanzan a consultar porque en primer lugar por el seguro popular, pues toda la gente ahí va, pues no alcanza para todos los doctores...” (Caso 2. Mujer, 56 años. Tizimín, Yuc.).

El cambio constante del personal de salud es otra de las dificultades que impide que los pacientes puedan dar un seguimiento a su tratamiento, los informantes concluyeron que cada médico tiene una forma distinta de trabajar, por tanto; mientras el paciente se adapta al médico que recientemente llega al módulo (lo cual lleva mucho tiempo), el apego al tratamiento se ve obstaculizado debido a que para los usuarios representa iniciar de nueva cuenta con el tratamiento.

“... [Con el cambio de personal de salud] empezamos otra vez! porque nosotros ya tenemos un médico...cuando pasa un doctor, vamos a decir, como el doctor. (...) que duró 9 años, ya nos habíamos adaptado a su forma de llevar el tratamiento y todo y a veces cuando viene un cambio hay doctores que tienen otra forma de trabajar...y es lo que nos....bueno, ahorita como que ya, como que ya nos estamos adaptando a la doctora, ¡pero al principio sí nos dio trabajo!...” (Caso 3. Mujer, 44 años. Tizimín, Yuc.).

2) Dificultades relacionadas con la atención médica.

a) Te voy a pegar si no haces de tu parte ¹⁸

Una de las dificultades identificadas entre los entrevistados fue el maltrato manifestado a través de regaños y amenazas por parte de su médico tratante, la mayoría de los pacientes en un principio mencionó que del personal de salud siempre habían recibido un buen trato y por lo tanto se mostraban satisfechos con la atención, sin embargo fueron varias las experiencias que evidenciaron el maltrato al que eran sometidos los pacientes durante el proceso de atención.

¹⁸ Frase dicha por el caso 3. Mujer, 44 años. Tizimín, Yuc.

Fue común entre los informantes encontrar expresiones como: *a mí no me han maltratado pero a otros pacientes sí.*¹⁹ La mayoría agregó que en las consultas, los regaños (una forma de retroalimentación negativa) son una constante en aquellos usuarios auto etiquetados como *pacientes tercos*,²⁰ es decir, aquellos pacientes que no han podido mantener sus niveles de glucosa en sangre dentro de los parámetros permisibles.

Para los informantes, los regaños no representaron una forma de maltrato o agresión, al contrario lo perciben como un aliciente que los motiva a cumplir las órdenes del médico. Un médico que regaña o amenaza es aquel que se preocupa por sus pacientes, los regaños son un bien merecido sobre todo para los pacientes *tercos*.

“... [El médico] sí nos regañaba... pero de hecho estaba bien, porque es una persona que se interesa por nuestra salud... Sólo que nosotros somos tercas...”
(Caso 4. Mujer, 50 años. Tizimín, Yuc.).

El maltrato en forma de regaños y amenazas, son situaciones a las que los usuarios se han acostumbrado y les es difícil expresar como algo negativo que violenta sus derechos de pacientes y humanos, dentro de su contexto socio-cultural no es bien visto discutir con los médicos o calificarlos como personas que no prestan servicios adecuados, aunado a esto se encuentra la condición indígena que de cierta forma posiciona a los pacientes en una situación de desventaja social, por ello perciben que un médico estricto, que regaña y somete al paciente, es quien mejor se impone para ser obedecido.

La relación vertical entre dos actores sociales es otra de las razones por las que los pacientes se ven sometidos a las órdenes del médico tratante. Este tipo de relación es común en el modelo biomédico, donde el personal de salud es quien tiene los conocimientos y sabe lo que es mejor para el paciente, y por otro lado el

¹⁹ Caso 3. Mujer, 44 años. Tizimín, Yuc.

²⁰ Caso 4. Mujer, 50 años. Tizimín, Yuc.

paciente representa un vacío que hay que llenar, una persona que solo escucha y sabe acatar órdenes.

“...Empezaron ellos a tratarme, me quitaron clases de comida que no me convienen comer... lo que me conviene eso me decían... y pues yo... yo lo obedezco ¿no?...” (Caso 9. Hombre, 56 años. Tizimín, Yuc).

La mayoría de los informantes en un principio mencionó que percibe tener una comunicación efectiva con su médico, aseguraron que la relación médico-paciente se basa en el respeto mutuo y en la confianza para externar padecimientos o dudas, sin embargo más adelante contrargumentaron que en las consultas no se sienten en confianza para externar sus dudas o propuestas al médico, nuevamente los pacientes se responsabilizaron de esta problemática; auto etiquetándose como personas a las que no les gusta opinar y preguntar. En ese sentido nos cuestionamos ¿a los pacientes mayas de Tizimín no les gusta preguntar, o en la relación médico paciente el único que habla y opina es el médico?

***b) No sé, no nos lo dice el doctor*²¹**

En un principio la mayoría de los informantes externó que el médico siempre hace una explicación clara de la enfermedad, sin embargo cuando directamente se les preguntó sobre algunas características básicas de la diabetes, la mayoría contrargumentó que sobre ese tema su médico no les había explicado.

[Usted conoce las partes del cuerpo que se pueden afectar por la DM] *“...no sé, no nos dice el doctor...” (Caso 6. Mujer, 68 años. Tizimín, Yuc.).*

Esta situación llama la atención debido a que los pacientes que participaron en el estudio ya tienen varios años asistiendo en los GAM, escenario que debería promover la adquisición de conocimientos sobre la enfermedad, el tratamiento y la prevención de complicaciones por el padecimiento, sin embargo según los testimonios parece ser que las sesiones educativas del GAM y las actividades de promoción de la salud no ha sido significativa para los usuarios del centro de

²¹ Frase dicha por el caso 6. Mujer, 68 años. Tizimín, Yuc.

salud, puesto que solo una de las pacientes demostró tener conocimientos amplios sobre la diabetes, a pesar de su poca escolaridad, sorprende la facilidad con la que la paciente explica términos y conceptos que se manejan en el discurso médico.

A la mayoría de los pacientes les resulta complicado explicar las recomendaciones que el médico hace para el control de la DM, entre las razones destacaron la falta de comprensión de algunos conceptos, enfermedades propias de la vejez (disminución de la agudeza auditiva y visual) y la condición de ser analfabeta. Tres de las pacientes se auto etiquetaron como personas *olvidadizas*, es decir; personas que les resulta difícil comprender, memorizar y explicar los conceptos que les ha compartido el personal de salud. Cabe destacar que los pacientes siempre se responsabilizaron de la falta de comprensión y explicación de la enfermedad, sin embargo consideramos que estas situaciones además de estar relacionadas con factores personales de los pacientes, por ejemplo; la edad (mayores de 60 años) y la poca escolaridad (la mayoría con primaria incompleta), también pudieran estar asociadas con la dinámica en que se les imparte la sesiones, los recursos que se utilizan (materiales y humanos) para compartir la información y el lenguaje que el personal de salud utiliza para explicar los temas (tecnicismos).

“...sí nos dice cómo, qué es, qué es lo que no produce nuestro cuerpo... sí nos dan las pláticas, lo que pasa es que yo... no se me queda... pero sé que es lo que tengo (entre risas)...” (Caso 12. Mujer, 56 años. Tizimín, Yuc.).

c) *El doctor no deja que el familiar pase a la consulta*²²

La mayoría de los pacientes comentaron que acuden solos a su consulta. Al plantearles el supuesto que algún familiar tuviera que acompañarlos, expresaron que el médico no permitiría el acceso del acompañante. Cuidar la individualidad del paciente es el argumento que los entrevistados utilizan para justificar por qué los médicos impiden que los familiares sean partícipes de la consulta.

²² Frase dicha por el caso 8. Mujer, 46 años. Tizimín, Yuc.).

“...vamos a suponer que va alguien así conmigo, en la puerta se va quedar, solo yo entro [a la consulta], si solo yo jum...” (Caso 8. Mujer, 46 años. Tizimín, Yuc.).

d) El doctor no sabe hablar maya²³

Otra de las barreras son los problemas de comunicación, ya sea por el idioma o por la tendencia de los médicos a emplear el lenguaje propio de su rama científica (tecnicismos). La mayoría de los pacientes aseguró que no tiene problemas para comunicarse en lengua maya con los médicos, esto corresponde a que todos los entrevistados son bilingües (hablan español y maya). A pesar de que la lengua maya es el idioma predilecto para los informantes, en la consulta y en las sesiones educativas los pacientes son los que terminan adaptándose al idioma de los médicos, los usuarios optan por no hablar en lengua maya por temor o vergüenza a no ser comprendidos, regañados o ridiculizados por el personal de salud.

“... [¿Ha tenido problemas para comunicarse en lengua maya?], No porque no le hablo en Maya, si no en puro español...” (Caso 5. Mujer, 62 años. Tizimín, Yuc.).

Fue común en los informantes encontrar expresiones relacionados con que no se ha tenido problemas con el idioma, sin embargo doce de los quince entrevistado mencionaron que durante las consultas habían presenciado como otros pacientes (que solo hablan maya) tuvieron dificultades para comunicarse con el médico, específicamente en la explicación de signos y síntomas.

“...una vez fue una pobre mestiza, es una abuelita, empezó hablar con la doctora así, y la doctora: “¿qué dice?” me dice, “¿sabes maya?”, ¡claro que sí! ahorita le dije que es lo que dice, ah y se lo dije en español a la doctora...” (Caso 15. Mujer, 61 años. Tizimín, Yuc.).

²³ Frase dicha por el caso 10. Mujer, 65 años. Tizimín, Yuc.).

La mayoría de los pacientes mencionaron desconocer si su médico habla en lengua maya, asimismo consideraron que para poder brindar una mejor atención, sobre todo a aquellos pacientes monolingües, es importante que los médicos dominen la lengua.

“... [¿El médico que le atiende habla maya?] Nunca, nunca he escuchado que hable, estén maya... pues yo de mi parte, pues yo considero que los médicos deben hablar maya porque los que vienen del monte hablan maya, y ¿cómo lo va a entender él...cómo le van a explicar?...” (Caso 14. Mujer, 59 años. Tizimín, Yuc.).

En los resultados obtenidos vale la pena destacar que los pacientes no solo se limitaron a identificar problemas en la organización de los servicios públicos de salud, de acuerdo a su experiencia expresaron el origen de los problemas de acceso y calidad de los servicios ofertados, es decir; reconocieron las causas de las causas, inclusive algunos agregaron alternativas que pudieran contribuir a mejorar la organización de los servicios públicos de salud.

Una de las pacientes percibió que los programas otorgados no tienen el impacto que se espera, debido a que los tomadores de decisiones en salud desconocen la realidad en las comunidades, por tanto el diseño de los programas se realiza de manera general sin considerar las características particulares de cada contexto.

“...pero eso es lo que pasa que hay [tomadores de decisiones]...pues es como dicen...los que están en una oficina trabajan dentro de oficina...los que están en el contorno [en la práctica real] es cuando ven el problema que hay en la comunidad... porque el de una oficina no sale, solo le llega lo que otros ven... ¡pero él no lo está viendo!...” (Caso 3. Mujer, 44 años. Tizimín, Yuc.).

Otra paciente destacó la importancia de considerar el conocimiento de los diferentes actores que forman parte del proceso salud/enfermedad/atención, esto con la finalidad de conjuntar los diferentes saberes y en consecuencia construir conocimientos que contribuyan a diseñar programas mejor contextualizados para la población.

“... ¡claro! Es que así es... Andando, andando, va aprendiendo, vas escuchando a cada persona, cada persona tiene su forma de explicar, entonces usted también va a entenderlos en conocimientos, cada persona tiene un conocimiento de una planta, de una pastilla, de todo eso...entonces ahí va aprendiendo uno...” (Caso 2. Mujer, 56 años. Tizimín, Yuc.).

Entre otras propuesta para mejorar la organización de los servicios públicos de salud, los pacientes destacaron; que las instituciones hicieran más promoción de la salud, que la forma de atención, trato y control de la enfermedad sea igual en todas las instituciones, reducir el tiempo de espera para la atención y garantizar que los medicamentos nunca hagan falta para los pacientes.

DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue analizar la experiencia de los pacientes diabéticos mayahablantes que participan en los GAM, organizados en los centros de salud de los servicios estatales de salud en Tizimín, Yucatán para documentar el proceso de búsqueda de atención médica, barreras u obstáculos a los que se enfrentaron y el impacto que las recomendaciones médicas tienen en su vida diaria. Aunque nuestros resultados distan de poder ser generalizados, ofrecen una comprensión de la perspectiva de los pacientes indígenas y su experiencia en la utilización de los servicios públicos de salud.

La diabetes mellitus y los mayahablantes de Tizimín, Yucatán

En esta investigación, la población estudiada confirma que los grupos de 28 a 49 años y de 50 a 64 años, fueron los de mayor frecuencia, representando un 81.2% de la morbilidad en los pacientes diabéticos mayahablantes que se atienden en los servicios públicos de la SSa, encontrando algo similar a lo que indica la Norma Oficial mexicana NOM.- 015-SSA2-2000. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. En donde se refiere que la población entre 20 a 69 años son los grupos más afectados por el padecimiento.

La NOM.- 015-SSA2-2000 señala que es necesario diseñar, implementar y evaluar estrategias de solución efectivas que integren al sector público, social, y privado para enfrentar el problema de la DM, y antes de que éste rebase la capacidad del sistema de salud. Para apoyar la propuesta anterior es imprescindible que la salud se mantenga dentro de Agenda de Desarrollo de la Organización de las Naciones Unidas post 2015, ya que la salud es considerada como el medio y el fin para alcanzar el desarrollo sostenible de los países (Alleyne G. et al., 2013).

Actualmente las enfermedades no trasmisibles: enfermedades cardiovasculares (enfermedades del corazón, hipertensión, accidente cerebro vascular), **la diabetes**, cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas, son las

principales causas de muerte y discapacidad, tiene un efecto negativo en la salud, en el ámbito social, económico y medioambiental, y figuran entre las principales causas de morbi-mortalidad, especialmente en los países de ingresos medios y bajos. Los señalamientos anteriores justifican la inclusión de las enfermedades no transmisibles dentro la agenda de desarrollo post 2015 (ibid).

Los grupos de trabajo del sistema de la Organización de las Naciones Unidas sugieren que la propuesta de incluir las enfermedades no transmisibles a la agenda de desarrollo post 2015, se debe apoyar en la defensa de las comunidades, siempre con pruebas sólidas, asociaciones funcionales dentro de la organización de las enfermedades no transmisibles y otros grupos comprometidos con el liderazgo político. En ese sentido, la presente investigación demuestra que en Tizimín, municipio habitado en su mayoría por personas indígenas mayas, la DM está afectando a un gran porcentaje de la población que se encuentra en edad productiva. Considerando que este panorama solo representa la punta del iceberg, ya que en Tizimín existen otras instituciones que atienden pacientes diabéticos, personas que no han sido diagnosticadas y otras que se encuentran en riesgo de padecer la enfermedad, por estas y otras razones es necesario considerar la magnitud del problema y buscar alternativas de solución que sean factibles y se dirijan a minimizar y controlar la problemática. La inclusión de las enfermedades no transmisibles en la agenda de desarrollo post 2015 representa un área de oportunidad que se podría aprovechar garantizando que las acciones propuestas se cumplan.

Dificultades a las que se enfrentaron los pacientes diabéticos mayahablantes para recibir atención en el centro de salud de Tizimín, Yucatán

Por otro lado, los resultados de este trabajo hacen visibles las dificultades que se perciben entre los pacientes mayahablantes de Tizimín, como limitantes para el uso de los servicios públicos de salud. Las barreras de acceso a estos servicios están fuertemente relacionadas con la pobreza, el cual es la principal

fuente de los problemas que enfrentan los usuarios mayas; de ella derivan las barreras económicas, sociales y culturales. Esto es similar a lo que se puede constatar en las conclusiones de Hautecoeur M, Zunzunegui M, y Vissandjee B., que en 2007 realizaron un estudio sobre las barreras de acceso a los servicios de salud en una población indígena de Rabinal, Guatemala.

Con respecto a la atención recibida en el centro de salud, los pacientes la evalúan en términos favorables y de gratitud por dos razones: primero porque se trata de una atención gratuita y segundo porque cumplir con las citas y las reuniones de salud se traducen en un apoyo económico que reciben por parte del programa Oportunidades. Por gratitud nos referimos a la percepción de los pacientes indígenas con respecto al acceso a un servicio de salud al cual no se tiene derecho; razón por la cual se expresan muy agradecidos aunque la atención no sea integral y de calidad. Las normas sociales y culturales en contra de las quejas pueden condicionar a los usuarios a responder que se encuentran satisfechos con la atención, inclusive los puede limitar a opinar sobre las carencias o deficiencias del centro de salud, sin embargo todo lo anterior no impidió a los pacientes mayas expresar las dificultades a los que se enfrentan para recibir atención médica en el centro de salud. Entre las cuales destacaron el número elevado de persona que demanda atención y en consecuencia las largas horas de espera para ser atendidos, el cambio constante del médico tratante, la falta de medicamentos y otros recursos materiales.

A continuación presentamos ejemplos que muestran algunas de las recomendaciones realizadas a nivel nacional que distan de la realidad de los pacientes mayas y en consecuencia los aleja de los servicios públicos de salud.

De acuerdo con el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), dentro de los índices de organización de los servicios de salud, se establece que no se debe rebasar un máximo 50 minutos para que el paciente de una zona rural sea atendido en una consulta de primer nivel de atención, sin embargo los usuarios del centro de salud de Tizimín, esperan en promedio hasta 120 minutos para ser atendidos en la consulta.

La NOM-015-SSA2-2000 señala en su apartado 7.3.1.1: el personal de salud, pacientes y **familiares del enfermo** deben recibir información en salud sobre los siguientes temas: generalidades, nutrición, ejercicio, hipoglucemiantes orales, insulina y procedimientos de evaluación cotidiana. Sin embargo en la práctica real este señalamiento no se cumple. En ese sentido, Martínez B. y Torres L. (2007), señalan que la familia es quien permite superar el problema de la DM y llegar al cuidado de la salud, eso implica que los familiares se involucren y participen en el cuidado y el tratamiento de los pacientes diabéticos, si el personal de salud no los incluye en el proceso de atención será menos viable obtener resultados terapéuticos y lograr una auténtica participación de la familia y la comunidad. Lo anterior es similar a los resultados que reportaron Ruiz A., Mercado F., y Perea M., que en 2006 realizaron un estudio sobre la atención a las enfermedades crónicas en los servicios públicos de salud.

La barrera lingüística es otro de los obstáculos que limita el acceso de los pacientes mayas a los servicios de salud. Los usuarios no están cómodos al hablar en español y difícilmente comprenden las explicaciones que hace el médico tratante, esto es similar a lo que se puede constatar en el estudio de Montero E. (2011), sobre la percepción de los habitantes indígenas de áreas rurales respecto al primer nivel de atención médica.

Es curioso que desde 1974 en la Declaración Tzotzil de la Salud, se promulgó un documento con 6 indicadores interculturales para mejorar la calidad de la atención médica en contextos indígenas. El cuarto indicador establece que el personal de salud que trabaja en un contexto intercultural debe tener dominio de la lengua indígena, esto implica que los trabajadores de salud respeten y aprendan a hablar la lengua indígena y que en las clínicas y hospitales se cuente con un traductor. Actualmente los Servicios de Salud de Yucatán han propuesto 8 indicadores interculturales, uno de ellos establece lo siguiente: Si el paciente no habla español, el personal de salud deberá solicitar el apoyo de un traductor. Han pasado más de 35 años desde que fueron promulgados los primeros indicadores interculturales y sin embargo las barreras idiomáticas entre pacientes y

profesionales de la salud continúa siendo un problema que el sistema de salud no ha podido resolver.

Todos estos problemas relacionados con el acceso y la calidad de los servicios experimentados por los indígenas mayahablantes de Tizimín, se originan en las características de los servicios de salud ofertados, cabe mencionar que las demandas en salud de este grupo poblacional hacen más compleja su atención en comparación con la población en general. Esto corresponde a que los pacientes mayas tienen un marco conceptual y cultural diferente al del personal de salud, las actitudes y creencias de los pacientes, que por lo general es poco reconocida por la población general, determina como las personas conceptualizan el origen de los síntomas, las formas de tratamiento que debería recibir, las prácticas para conservar la salud, inclusive hasta el tipo de relación que se debe establecer con los profesionales de la salud.

En conjunto las barreras económicas, sociales, culturales y la calidad de la atención recibida dan como resultado que los pacientes diabéticos mayahablantes de Tizimín desconfíen del personal médico y en consecuencia se alejen de los servicios de salud. Si lo esto ocurre, en consecuencia se retrasa el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de la DM, el principal problema será que se agudizarán las complicaciones por el padecimiento, mismas que pueden ser evitables siguiendo la operación de programas y los lineamientos normados que existen en el primer nivel de atención médica, en otras palabras; si la relación institución de salud--población se diera como esta normado oficialmente en el BPME, la Norma Oficial Mexicana (NOM-015-SSA2-2000) y las GPC, las cifras por DM posiblemente no seguirían en aumento y lo más importante se contribuiría a mejorar la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo no es sencillo, ya que México es un país que se caracteriza por su diversidad pluriétnica y pluricultural, situación que para el sistema de salud significa un reto por la complejidad que representa el conocer y comprender los aspectos culturales y sociales que influyen en el proceso salud/enfermedad/atención de los diversos contextos poblacionales. En tal sentido, otro de los aportes de la presente investigación es

que ofrece información que permite conocer el contexto sobre el proceso de atención a la salud en el que viven los mayas de Tizimín.

En Yucatán como en otros estados de la república mexicana no existe una sola forma de percibir y curar la enfermedad, los factores relacionados con el paciente y las instituciones de salud definitivamente impactan las experiencias de los usuarios y en consecuencia tienen repercusiones para la utilización de los servicios de salud. Campos y otros (2002), identificaron algo similar a este estudio: A pesar de que el personal de salud hace una explicación de la enfermedad, los pacientes no tienen una idea clara de cómo la DM actúa en el organismo. Vale la pena explorar por qué después de muchos años las *pláticas* no son significativas para los pacientes mayas.

La percepción de los pacientes mayas de Tizimín, es que en el centro de salud la atención recibida es de mala calidad con problemas organizacionales que impactan en su satisfacción, sin embargo los pacientes se han acostumbrado y hasta les resulta normal y esperado todas estas trabas de la organización. Un estudio realizado por Linares N. y López O. (2009), mostró que estas apreciaciones son compartidas con los estados más pobres del centro y sur del país, los cuales muestran mayores limitaciones en el acceso y uso de los servicios de salud, situación reflejada en los porcentajes de la población atendida por primera vez en los servicios del primer nivel de atención.

Para los mayas de Tizimín, las dificultades relacionadas con la organización del centro de salud y con la atención médica recibida representan las principales barreras asociadas al acceso y utilización de los servicios públicos de salud. En la medida en que se conozcan las características y el origen de estas limitantes se podrá contribuir eficientemente en la creación de programas dirigidos hacia la reducción de las mismas. En ese sentido, en los contextos semejantes al lugar donde se realizó el estudio, la presente investigación representa un insumo necesario para lograr este fin.

Barreras para apegarse a las recomendaciones relacionadas con la adherencia terapéutica.

En el tema de adherencia terapéutica, nuestros resultado son similares a los de Montiel M., y Domínguez M. (2011), en su estudio sobre la adhesión al tratamiento en adultos mayores con DM. El uso de los medicamentos fue lo más reportado entre los pacientes, situación que no aplica en la adherencia a la dieta y la actividad física, pilares del tratamiento más complejos porque requieren de ajustes en ciertas prácticas de la vida diaria. En ese sentido vale la pena cuestionarse y seguir investigando sobre la relevancia y pertinencia de los programas implementados en la comunidad yucateca.

Con respecto a las barreras personales y externas para seguir las recomendaciones médicas relacionadas con la adherencia terapéutica es importante destacar que en este estudio; las barreras personales superan a las barreras externas, esto significa que las preferencias, gustos, actitudes o ideas de los informantes representan un componente muy fuerte que direcciona el comportamiento de adherencia de los pacientes al tratamiento. Con base a lo anterior es necesario diseñar intervenciones que apoyen el cambio de ciertas prácticas de la vida diaria, necesarias para la adherencia terapéutica y el control de la DM, es decir, estrategias de intervención con enfoque en cambios de comportamiento, basadas en el sistema de creencias y en las apreciaciones que los paciente diabéticos mayahablantes y sus familiares han definido a lo largo de su vida y en su experiencia con el tratamiento de la enfermedad.

El cambio de ciertos comportamientos en la vida diaria del paciente diabético requiere de un esfuerzo constante y a largo plazo, tanto del sistema de salud, el personal médico y los familiares del enfermo, quienes deben considerar y valorar todo lo que los pacientes realizan para modificar hábitos muy arraigados. También es importante considerar que en el proceso de cambios de comportamiento el nivel de motivación sugiere un trayecto en espiral y no en ascenso horizontal, esto significa que se deben prever las recaídas que los pacientes pudieran tener durante el proceso (Prochaska, Redding & Evers, 2002

citado en Montiel M., Domínguez M. 2011), será necesario ajustar las estrategias de intervención y motivar al paciente a que continúe acercándose a los servicios de salud para que entre el personal médico, los pacientes y sus familiares se identifiquen los factores que pudieran estar obstaculizando el seguimiento de las recomendaciones de salud (Penn, Moffatt & White, 2008 citado en Montiel M., Domínguez M. 2011).

Por otro lado, los determinantes sociales de los pacientes diabéticos mayahablantes (pobreza, baja escolaridad, trabajo precario, la falta de redes de apoyo, entre otras), no son los mejores para lograr una adherencia terapéutica exitosa. Ante situaciones como ésta, en la conferencia de las Naciones Unidas sobre los Determinantes Sociales de la Salud, se propuso que para hacer frente a los desafíos mundiales en materia sanitaria, la agenda del desarrollo global en salud después de 2015 debe incluir un enfoque basado en las condiciones en las que las personas nacen, crecen y se desarrollan, así como en los factores que influyen en el acceso y la utilización de los servicios de salud, es decir; la agenda para el desarrollo debe centrarse en los determinantes sociales de la salud, los retos sociales, económicos y medio ambientales para guiar su acción hacia la formulación de políticas públicas basadas en las necesidades sentidas de la población, especialmente en los grupos más vulnerables, como el caso de los pueblos indígenas (Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, 2011). Vale la pena destacar que el desarrollo del país y la equidad sanitaria no depende únicamente del sector salud, sino del esfuerzo integrado entre varios sectores y actores, incluidos las organizaciones internacionales, los gobiernos, la sociedad civil, las instituciones educativas, entre otros.

En la conferencia antes mencionada se propusieron varias acciones para colocar los determinantes sociales de la salud en la agenda del desarrollo global en salud después del 2015. Una de las acciones destaca: identificar fuentes de información, seleccionar indicadores y recopilar datos, que marquen la pauta para la formulación de políticas públicas en salud, y a la vez que la información disponible sirvan para evaluar las estrategias implementadas y para la rendición

de cuentas (ibid). En tal sentido, la presente investigación aporta evidencia científica sobre las inequidades en salud y los determinantes sociales con las que sobreviven los mayahablantes de Tizimín. Esta información no se traduce automáticamente en acción, sin embargo son el reflejo de las necesidades de los pacientes diabéticos mayas, lo cual se puede convertir en políticas públicas dirigidas a evitar las injustas inequidades en salud.

El funcionamiento de los Grupos de Ayuda Mutua en Tizimín, Yucatán

En lo que refiere a los GAM se encontró que el género femenino es quien destaca en la asistencia a estos grupos. Esto es similar a como se puede constatar en el estudio de Lara A., et al. (2004), quienes señalan que la más alta incidencia está representada por las mujeres, lo que representa una situación transversal al problema estudiado. Con respecto al nivel de conocimiento que los usuarios han adquirido en el GAM, se pudo constatar, por medio de las entrevistas, que los pacientes mayas difícilmente respondieron preguntas sencillas relacionadas con el tema la DM. Así mismo se pudo apreciar que el GAM está lejos de cumplir con los objetivos para los cuales fueron creados, ya que para los pacientes mayas, asistir al GAM solo es un requisito que deben cumplir obligatoriamente para seguir recibiendo su apoyo económico del programa Oportunidades.

Nuestros resultados difieren a los de Peralta J. (2008), el autor concluye señalando que en su estudio los GAM se llevan de forma adecuada y satisfactoria, alcanzando un impacto favorable y satisfactorio para los usuarios. Agrega que el personal de salud responsable de estos grupos utiliza diversas acciones para concientizar y formar en los usuarios el sentido de responsabilidad sobre su enfermedad, lo cual repercute de manera positiva en controlar los factores de riesgo y prevenir las complicaciones por el padecimiento. Esta discrepancia en los resultados están asociadas a las características generales de los participantes en cuanto al nivel de escolaridad, el lugar de residencia y principalmente la condición indígena, situación que complican el modelo de atención médica, debido a que

estos grupos poblacionales se encuentran en desventaja biológica, social y económica en comparación con la población no indígena, lo que nos muestra un problema de exclusión social.

CONCLUSIONES

Los servicios de salud en Tizimín, culturalmente no son adecuados ni suficientes para atender las necesidades y particularidades de los pacientes indígenas mayahablantes, esta afirmación se puede constatar a través de lo establecido en el BPME y en la GPC sobre los criterios para el diagnóstico médico de la DM, lo cual dista mucho de la experiencia de los pacientes mayas por todas las características sociales, culturales inclusive climáticas que son propias del estado de Yucatán. En ese sentido es necesario que los servicios de salud se adapten a la cultura de los pacientes y no como sucede en la práctica real, donde parece que los servicios de salud al establecer criterios generales para toda la república mexicana, pretenden que la cultura de los diferentes contextos poblacionales se adapte a ellos.

La experiencia de los pacientes demostró un abismo entre las recomendaciones que hace la SSa para mejorar la forma de atención, control y tratamiento del paciente diabético versus la realidad experimentada por los pacientes durante el proceso de atención. Solo por mencionar algunos ejemplos: Ninguno de los pacientes mencionó haber recibido ayuda profesional (de un psicólogo) para aceptar el diagnóstico de la enfermedad, tampoco expresaron ser atendidos como la NOM-015-SSA2-2000 señala en cuanto a hábitos alimentarios, actividad física, la toma correcta de medicamentos o sobre la importancia de incluir a la familia en el tratamiento del paciente. Por el contrario mencionaron que los médicos difícilmente permiten la entrada a los familiares durante la consulta. La GPC sugiere la participación multidisciplinaria para la atención del paciente diabético, pero en la realidad de los pacientes solo existe la intervención de un médico y del personal de enfermería. Otra de las recomendaciones es tomar en cuenta las creencias, costumbres y experiencias del paciente para mejorar el proceso de atención, sin embargo en la práctica real esto tampoco se cumple. Lo anterior sugiere un panorama que está lejos de cumplir con el objetivo y la razón de los servicios de salud: contribuir al bienestar de las personas y de las comunidades.

La experiencia de los pacientes mayahablantes de Tizimín, también demuestra los problemas de acceso y calidad de la atención médica a las que se enfrentan en su trayecto por los servicios públicos de salud, barreras que son el distintivo del centro de salud, y que los pacientes deben soportar si es que quieren recibir la atención. Por todas estas dificultades los pacientes prefieren otras alternativas de atención, entre la que destaca la medicina tradicional, valorada en este contexto yucateco como una atención integral que no corrompe con los saberes populares de la cultura maya. Desafortunadamente los pacientes mayahablantes de cierta forma se ven condicionados a regresar al centro de salud, porque ahí la atención se les brinda de forma gratuita y a la vez representa un estímulo para seguir recibiendo un apoyo económico por parte del programa Oportunidades, los pacientes no se alejan de los servicios de salud porque quieren conservar un ingreso monetario, es decir, van por compromiso, casi obligados y no por la convicción de mejorar su salud. Esta situación se traduce en el desinterés de los pacientes para seguir las recomendaciones de salud y finalmente representa un factor decisivo que limita el alcance de los resultados terapéuticos.

Los determinantes sociales de los pacientes mayas (pobreza, baja escolaridad, precariedad laboral, género, entre otros) son condiciones que están en contra de su calidad de vida, como expusimos en los resultados, estos pacientes se encuentran en extrema vulnerabilidad social, situación que dificulta el proceso de atención médica, el alcance de los objetivos terapéuticos y el desarrollo pleno de los mayahablantes de Tizimín. La condición indígena de los pacientes es el determinante que los posiciona en una situación de exclusión social, es por esto que no se sienten con el derecho de solicitar o reclamar una atención de calidad y terminan aceptando lo que les ofrecen en los servicios públicos de salud, inclusive los maltratos en forma de regaños, amenazas y discriminación.

Por otro lado, los problemas de salud que enfrenta actualmente el municipio de Tizimín, así como otras localidades (prevalencia de enfermedades crónicas, incidencia de enfermedades agudas, entre otras), difícilmente podrán ser paliados

por un médico y dos enfermeras que atienden en los módulos de salud, mucho menos si este personal se encuentra solo por un tiempo determinado, cumpliendo con el lapso establecido de su servicio social, si a esta situación agregamos que se trata de un contexto intercultural, entonces el proceso de atención médica se vuelve más complejo por todos lo que implica trabajar con personas indígenas: visiones diferentes del proceso salud/enfermedad/atención, saberes populares que muchas veces se contraponen con la biomedicina, la barrera del idioma, entre otros.

Al parecer los servicios de salud no reconocen lo complicado que es el trabajo del personal de salud que labora en el primer nivel de atención y tampoco ha considerado que para brindar una atención integral y de calidad, sobre todo en los padecimientos crónicos, es necesaria la creación de equipos multidisciplinarios que acompañen a los pacientes a lo largo del proceso de la adherencia terapéutica. Si el problema se pretende abordar con pasantes en servicio social que rotan constantemente en los módulos de salud; difícilmente obtendremos los resultados esperados.

El recurso humano en salud que trabaja en el primer nivel de atención representan la primera línea que da respuesta a las necesidades sanitarias de la población y de cierta forma constituyen el primer contacto de la población indígena mayahablante con el sistema de salud. El personal de salud debe tener las competencias necesarias para poder brindar una atención adecuada y de calidad en su contexto poblacional, en gran medida de ellos depende el alcance de los objetivos terapéuticos y que las normas oficiales e institucionales se lleven exitosamente a la práctica. Sin embargo, la experiencia de los pacientes mayahablantes vislumbra que en la práctica real esta propuesta no se cumple, el personal de salud no considera elementos importantes de la cultura maya, como por ejemplo la vestimenta de la mujeres o los alimentos preferidos en la región, situación que acrecienta las barreras culturales y desmotiva a los pacientes a seguir las recomendaciones sanitarias.

Con respecto a los GAM, este tipo de programas basados en el enfoque de educación para la salud, consideramos que se deben evaluar en virtud de los resultados obtenidos y no solamente con las listas de asistencia que figuran la transmisión de conocimientos. Para garantizar un impacto en la población consideramos necesario que desde el diseño de los programas se tomen en cuenta las características de la población a quien se dirige, por ejemplo; edad, escolaridad, condición indígena, nivel socioeconómico, entre otros. Así mismo es necesario que estos programas incluyan los aspectos emocionales, sociales y culturales que influyen en la adherencia terapéutica.

Para concluir, hombres y mujeres indígenas o no indígenas son actores sociales que en el acontecer de su vida diaria se relacionan con los servicios de salud, por tanto son quienes mejor conocen el funcionamiento de estos servicios. Es necesario conocer su experiencia y recuperar su propia voz para llevar a la práctica lo que ya se encuentra normado y diseñar implementar y evaluar en forma conjunta Institución de salud—población programas eficientes basados en características y necesidades de la población para recuperar la confianza de los usuarios y contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población en general.

RECOMENDACIONES

a) Los servicios de salud

- Garantizar la protección social en salud de los grupos socialmente excluidos, donde la capacidad de pago no sea lo que condicione o limite el tipo y número de servicios al que puedan tener acceso.
- El nivel federal a través de su función rectora debe: reorganizar y establecer nuevas propuestas con miras a privilegiar la atención primaria en salud y la salud pública.
- Garantizar que la prestación de servicios de salud sea de calidad y con calidez.

- Facilitar las relaciones intersectoriales con otros sectores (educativo, económico, político, entre otros) que inciden sobre la salud y bienestar de la población.
- Garantizar el cumplimiento de los señalamientos sobre competencia intercultural establecidos en las instituciones educativas que forman recursos humanos en salud.
- Formular, ejecutar y evaluar programas y políticas de salud basadas en la realidad y en las necesidades sentidas de la población.
- Promover la contratación de más personas de la localidad que funjan como traductores en los centros de salud.

b) Para el personal de salud

- Garantizar que los servicios de salud que atienden población indígena capaciten adecuadamente a su personal sobre el tema de salud en contextos interculturales.
- Adecuar el personal de salud a las responsabilidades y puestos del primer nivel de atención y no al contrario, a veces por cuestiones de disciplina o antigüedad las responsabilidades y el puesto se ajustan al personal.
- Fomentar la creación de equipos multidisciplinarios para la atención integral de los pacientes crónicos. (Médicos, curadores que usan la medicina tradicional, enfermeros, nutriólogos, antropólogos, psicólogos, fisioterapeutas, especialistas en salud pública, entre otros).
- Diseñar e implementar estrategias apropiadas de incentivos a fin de reducir la rotación del personal de salud que labora en el primer nivel de atención en contextos interculturales.
- Dar seguimiento a las investigaciones sobre el trato que el personal brinda a los pacientes indígenas y divulgar los resultados en los medios de comunicación masiva como asuntos públicos y de interés general.
- Diseñar e implementar un programa de sensibilización cultural y derechos del paciente dirigido al personal de salud.

c) Los Usuarios

- Diseñar, implementar y evaluar intervenciones con un enfoque centrado en los cambios de comportamiento. Garantizar que estas intervenciones no se antepongan con las costumbres y tradiciones de los pacientes, que se planeen a largo plazo y estén ajustados a las particularidades de la población.

Es importante destacar que el cumplimiento de las recomendaciones anteriores dejarán de estar plasmados en un papel y se convertirán en una realidad solo si existe la voluntad política y el respaldo de los tomadores de decisiones en salud, así como de aquellas personas que investigan el desempeño de los sistemas y servicios sanitarios. No hay que perder de vista que el primer nivel de atención muchas veces representa la única alternativa de atención a la salud de las personas indígenas, es por ello que las mejoras en el acceso y calidad de la atención para estos grupos poblaciones depende de las decisiones que se tomen en este nivel de atención.

REFERENCIAS

Alarcón et al. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica. Chile* 131, 1061-1065.

Alleyne G. et al. (2013). Embedding non-communicable diseases in the post-2015 development agenda. *Non-Communicable Diseases* 1. Publicado en línea el 12 de febrero 2013 a través de [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61806-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61806-6). *Lancet*, 381: 566–574

Bracamonte P, Quintal E, Güémez M, Barrera L. (2002). *La situación histórica y actual del pueblo maya de Yucatán*. Diagnóstico del Instituto para el Desarrollo de la Cultura Maya del Estado de Yucatán. Mérida, Yucatán, México.

Bronfman M., Castro R., Zúñiga E., Miranda C., Oviedo J. (1997). Del “cuánto” al “por qué”: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública Mex*, 39, 442-450.

Dirección General de Información en Salud. (2011). Informe mensual de actividades realizadas en la unidad médica SIS-SS-CE-H. Tizimín.

Greenberg L, Rice L, Elliot R. (1993). *Facilitating Emotional Change: the moment-by-moment process*. New York: Guilford Press; pp 58-63

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2010). Censo General de Población y Vivienda. Extraído en julio de 2012 desde: http://www.inegi.org.mx/sistemas/consulta_resultados/iter2010.aspx?c=27329&s=s

Lara A., Aroch A., Jiménez R., Arceo M., Velázquez O. (2004). Grupos de Ayuda Mutua: Estrategia para el control de diabetes e hipertensión arterial. *Archivos de cardiología de México*, 74, (4), 330-336.

Levi Strauss (1968) *.La eficacia simbólica en: Antropología estructural*. Eudeba. Pp.168-185.

Linares N., López O. (2009). Los efectos de las transformaciones del sistema público de salud sobre la equidad en México, 1995- 2002. *Salud Colectiva*. 5(2):237-257.

Martín A., Grau J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y salud*, 14, Xalapa: Universidad Veracruzana.

Martínez B. y Torres L. (2007). Importancia de la Familia en el Paciente con Diabetes Mellitus Insulinodependiente. *Psicología y Salud*. Universidad Veracruzana. Extraído en diciembre de 2012 desde: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29117207.pdf>

Montero E. (2011). Percepción de los habitantes indígenas de áreas rurales respecto al primer nivel de atención médica. El caso del sureste de Veracruz, México. *Salud colectiva*, Buenos Aires, 7(1):73-86.

Montiel M., Domínguez M. (2011). Aproximación cualitativa al estudio de la adhesión al tratamiento en adultos mayores con DMT2. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. 1(2): 7-18.

Moraga R. (2005). Estudio cualitativo sobre la experiencia subjetiva de la enfermedad en diabéticos. *Rev Chil Salud Pública*, 9, 162- 168. Extraído en abril de 2013 desde: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/20158/21322>.

NOM.- 015-SSA2-2000. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, publicada el 18 de enero de 2001. Extraído en agosto de 2012 desde: <http://bibliotecas.salud.gob.mx/gsdl/collect/nomssa/index/assoc/HASHe32c.dir/doc.pdf>.

Olaiz G, Rojas R, Aguilar CA, Rauda J, Villalpando S. (2007). Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. *Salud Publica Mex*, 49, 331-337.

OMS, (2004), Adherencia a los tratamientos a largo plazo, pruebas para la acción (traducción al castellano OPS), Unidad de enfermedades no transmisibles, Washington, D. C.

Peralta G., Figuerola D. (2003). Aspectos psicosociales de la diabetes. *Endocrinol Nutr*, 50, 280-5.

Peralta J. (2009). La influencia del grupo de autoayuda de pacientes diabéticos en el control de su enfermedad. *Horizonte sanitario*, 8 (1), 44-58.

Polit D., Hungler B. (1997). *Investigación científica en ciencias de la salud*. México D.F.: Mc graw-Hill Interamericana.

Puerto M. (2011). Desarrollo de un proyecto de investigación, sobre la adherencia en el tratamiento de la diabetes tipo 2, en pacientes que acuden a un servicio público de salud. Tesis de Maestría no publicada. Universidad Europea de Madrid-Madrid Salud.

Reyes H. (2011). *Medición de Grupos Sociales Vulnerables*. Seminario institucional, 18 y 19 de Octubre, México D.F.

Ruiz A., Mercado F., Perea M. (2006). La atención a la enfermedad crónica en los servicios públicos de salud. La perspectiva de los profesionales y los legos. *Inv. Salud*, 7, 23-30.

Secretaría de Salud. (2004). Grupo de Ayuda Mutua. Guía Técnica para su Funcionamiento. Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano. Extraído en julio de 2012 desde: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/5759.pdf>.

Secretaría de Salud. (2007). Plan Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano, construyendo alianzas para vivir mejor. México DF. Extraído en enero de 2013 desde: http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf

Secretaría de Salud. (s.f). Atención a la salud de los pueblos indígenas de México. Elementos generales para la construcción del programa de acción. México DF. Extraído en mayo de 2013 desde

http://salud.chiapas.gob.mx/doc/biblioteca_virtual/programas/Atencion_Salud_Pueblos_Indigenas_Mexico.pdf

Siqueira D., Dos Santos MA., Zanetti M., Ferronato A. (2007). Dificultades de los pacientes diabéticos para el control de la enfermedad: sentimientos y comportamientos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 15, 1105-1112. Extraído en julio de 2012 desde: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000600008>.

Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Principales causas de mortalidad por entidad federativa. México 2008. Extraído en agosto de 2012 desde: http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/Principales_CausasxEF_2008.xls ht.

Hufty M., Báscolo E., Bazzani R. (2006). Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 Sup: S35-S45.

Varela F., (1999). *Ethical know how: Action, Wisdom and Cognition*. Stanford University Press.

Von Glascoe C., Camarena L., Arellano E. (s.f.). Estrategias para la detección temprana, control y prevención de la diabetes mellitus tipo 2 y otras enfermedades relacionadas en comunidades indígenas nativas de Ensenada, Baja California. Extraído en noviembre de 2012 desde: http://www.123people.es/ext/frm?ti=personensuche%20telefonbuch&search_term=christine%20von&search_country=ES&st=suche%20nach%20personen&target_url=aHR0cDovL2ltaXBibnMub3JnL0VYVEVOU08vMTItQ0hSSVNUSU5FVk9OLnBkZg%3D%3D§ion=document&wrt_id=329.

World Conference on Social Determinants of Health. (2011). *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*. Rio de Janeiro, World Health Organization.

Zolla C., Del Bosque S., Tascón A., Mellado V. (1988). *Medicina tradicional y enfermedad*. México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.