UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

"MEDICINA ALTERNATIVA Y COMPLEMENTARIA Y SU ASOCIACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS"

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva

de la Facultad de Ciencias Médicas de la

Universidad de San Carlos de Guatemala

Gabriela Beatriz Cifuentes Morales
María Susette Hernández López
Ana Cristina Rodríguez López
Heidy Susana Saucedo Mérida
Claudia Paola YantucheSampuel
Jorge Alejandro Bernardino Bac
Carlos Federico Hernández Gómez

Médico y Cirujano

Guatemala, agosto de 2014

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Los estudiantes:

Gabriela Beatriz Cifuentes Morales	200610069
María Susette Hernández López	200410116
Ana Cristina Rodríguez López	200410186
Heidy Susana Saucedo Mérida	200718114
Claudia Paola Yantuche Sampuel	200510177
Jorge Alejandro Bernardino Bac	200310089
Carlos Federico Hernández Gómez	199912856

han cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad previo a optar al Título de Médico y Cirujano en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

"Medicina alternativa y complementaria
y su asociación con la calidad de vida
en pacientes con Enfermedades Crónicas"

Estudio descriptivo realizado en pacientes con diagnóstico de Diabetes mellitus, Artritis reumatoide e Hipertensión arterial atendidos en las Consultas Externas de Endocrinología, Reumatología y cardiología de los Hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt, Guatemala, junio-julio 2014

Trabajo tutorado por el Dr. César Oswaldo García García y revisado por la Dra. Karin Danna Casasola Mazariegos, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, a los catorce días de agosto del dos mil catorce.

DR. JESUS ARNOLFO OLIVA LEAL
DECANO

Dr. Jesús Arnolfo Oliva Leal
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
COORDINACIÓN DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN

El infrascrito Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

Gabriela Beatriz Cifuentes Morales	200610069
María Susette Hernández López	200410116
Ana Cristina Rodríguez López	200410186
Heidy Susana Saucedo Mérida	200718114
Claudia Paola Yantuche Sampuel	200510177
Jorge Alejandro Bernardino Ilac	200310089
Carlos Federico Hernández Gómez	199912856

han presentado el trabajo de graduación titulado:

"Medicina alternativa y complementaria
y su asociación con la calidad de vida
en pacientes con Enfermedades Crónicas"

Estudio descriptivo realizado en pacientes con diagnóstico de Diabetes mellitus, Artritis reumatoide e Hipertensión arterial atendidos en las Consultas Externas de Endocrinología, Reumatología y cardiología de los Hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt, Guatemala, junio-julio 2014

El cual ha sido revisado y corregido por el Dr. César Oswaldo García García, y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala el catorce de agosto del dos mil catorce.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Facultad de Ciencias Médicas
Coordinación de Trabajos de Graduación
COORDINADOR

Dr. Edgar de León Bastlas
Coordinador

USAC
TRIFINACIONAL

Guatemala, 14 de agosto del 2014

Doctor
Edgar Rodolfo de León Barillas
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. de León Barillas:

Le informamos que los estudiantes abajo firmantes:

Gabriela Beatriz Cifuentes Morales

María Susette Hernández López

Ana Cristina Rodríguez López

Heidy Susana Saucedo Mérida

Claudia Paola Yantuche Samguel

Jorge Alejandro Bernardino Bac

Carlos Federico Hernández Gómez

Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

"Medicina alternativa y complementaria
y su asociación con la calidad de vida
en pacientes con Enfermedades Crónicas"

Estudio descriptivo realizado en pacientes con diagnóstico de Diabetes mellitus, Artritis reumatoide e Hipertensión arterial atendidos en las Consultas Externas de Endocrinología, Reumatología y cardiología de los Hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt, Guatemala, junio-julio 2014

Del cual como tutor y revisor nos responsabilizamos por la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

Dr. César Oswaldo García García
TUTOR
Firma y sello profesional

Dra. Karin Dalesa Casasola Mazariegos
REVISOR
Firma y sello profesional

DRA. KARIN CASASOLA
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 9000

Agradecimientos especiales:

A la tricentenaria Universidad de San Carlos de Guatemala por ser nuestra alma mater, a la facultad de ciencias médicas por brindarnos los conocimientos adquiridos durante el tiempo de desarrollo de nuestra carrera, a los maestros quienes enseñaron con su ejemplo y a quienes compartieron sus conocimientos en especial a Dr. Cesar García y Dra. Karin Casasola nuestros asesor y revisor, quienes nos encaminaron sabiamente para la realización de este trabajo de tesis.

Gabriela Beatriz Cifuentes Morales

A Dios y Nuestra Madre Virgen María por ser mi fortaleza, por nunca abandonarme y darme cada día una muestra de su amor infinito.

A mi mamá por guiarme, darme valores y enseñanzas, acompañarme en las carreras, desvelos, tristezas, alegrías, y darme todo el apoyo que necesito, te adoro! Esto es por las dos. Mil gracias mama. A mi hermano y mi abuela que a pasar de la distancia me apoyaron, los quiero.

A mis amigas Cristina, Heidy por emprender esta aventura juntas por aguantarme en los desvelos, pos turnos por todos estos momentos compartidos más que mis amigas las considero mis hermanas. Las quiero mucho. A Andrés (Yugi), Suset, Hassen, Alba, y a todos mis amigos que acompañaron e hicieron de este tiempo el mejor de mi vida hasta ahora.

Al Hospital General San Juan de Dios y Roosevelt, los residentes por enseñarme lo que sé y a los pacientes por ser instrumentos de mi conocimiento.

María Susette Hernández

A todos infinitas gracias por su apoyo y amor, porque gracias a todos hoy se esta culminando un sueño que empezó sin que ni yo lo notara, porque muchas veces se pide lo que se quiere pero Dios sabe lo que se necesita. Porque hoy culmina una etapa llena de sacrificios pero con inmensa satisfacción de ser instrumento de Dios. Mi más sinceros agradecimiento a:

Dios quien en su infinita misericordia nunca dejo de iluminar mi vida llenándome de entendimiento y sabiduría, a mi madre amada María quien en los momentos de desesperación siempre sentí su cobijo y amor para así poder continuar.

A mi familia, mi padre por ser un ejemplo de excelencia médica, por ser mi modelo de galeno a seguir, por inculcar en mí el amor por la medicina, enseñarme la disciplina que se requiere y brindarme el apoyo necesario para culminar mi carrera. A él ser más perfecto y virtuoso que he conocido, a mi querida madre por ser un ejemplo de mujer, madre amiga y cómplice, por enseñarme amor sin condición por su apoyo incondicional, gracias Suset. A mí querido hermano por ser mi amigo más querido, por hacerme reír cuando nadie más lo hace por ser un ejemplo de hombre. Porque el amor viene de diversas formas gracias luka por llenarme de amor y alegría.

A mis amigos, por que los hermanos no siempre son de sangre: a mi compa porque estamos juntas hasta el final, aun en la distancia lo estaremos. Y a mi hermanita menor, gracias por tu cariño y apoyo te quiero amiga. A mi hermano de apellido porque se lo que significa para ti esto, y aunque no culminamos juntos este sueño de corazón lo comparto contigo. En especial a Ariel, Emy, Pao, Cris, Hasen, Alba, Gladis los quiero amigos. Y a todos los que inclusive con una palabra, llamada o mensaje de apoyo estuvieron allí para mi gracias por disculpar mi ausencia y falta de tiempo durante estos años.

A los ángeles que se encuentran en el camino Rosa y Meli por darme abrigo cuando más lo necesite.

Ael Hospital Nacional Pedro de Bethancourta los jefes y residentes los que aportaron con su ejemplo lo que es ser un gran medico y a los que con sus acciones me enseñaron lo que no se debe hacer.

Infinitas gracias a todos.

Ana Cristina Rodríguez López

A Dios y a la Virgen María, quienes nunca me han desamparado, y que siempre y hasta el final han estado conmigo, que me han dado fuerza y que por más que mi fé flaquee no me abandonan. Gracias por tantas bendiciones, gracias por tanta misericordia.

A mis abuelitos, quienes desde el cielo me han estado cuidando, intercediendo por mí; se que querían estar presentes este día, pero también sé que nunca se separaron de mi a lo largo del camino. Hoy desde el cielo, lo están presenciando todo. Los quiero y los extraño.

A mi mamá, quien desde siempre ha confiado en mí, y este logro es de las dos; porque los desvelos, las angustias, las alegrías, los buenos momentos, las peleas, han sido de las dos. Gracias por esa paciencia que solo una madre sabe tener, que solo una madre tiene. Gracias por darme tanto, y que sé bien que aún me vas a seguir dando. Gracias por la disciplina y las enseñanzas, aprender a ser buen ser humano con los animales y las personas lo aprendí de vos. Te amo mami!

A mi papá, por ser un gran apoyo en mi vida. Te quiero mucho.

A mis hermanas, Gaby y Heidy, gracias por estar conmigo desde el inicio de la aventura, no nos hemos separado y hasta el final, seguimos juntas. Las clases y las visitas, los post turnos y las machucadas no fueron fáciles pero todo lo aguantamos juntas y por eso somos más que amigas, más que compañeras, somos hermanas, las quiero mucho.

A mis amigos, Javier, Daniel, Ana, Paola,Josuè, Ben; gracias por aguantarme, por escucharme, por la paciencia, porque han estado conmigo desde que entré a la universidad, desde el inicio de la carrera. Nunca me han dejado y sé que no me van a dejar, los quiero muchísimo. ¡Lo logré!

A mi querido Hospital San Juan de Dios y cada uno de los residentes y jefes que me enseñaron desde el inicio a formarme como mejor médico.

A mis compañeros, ahora colegas. Las aventuras las vivimos desde el externado, los quiero mucho.

A mis pacientes, por ser mis libros, porque de ellos es de donde se aprende, no solo ciencia sino a ser mejor persona cada día.

A Deshi No Sekai, ¿creyeron que no los iba a poner? ¡Pues aquí están! Gracias por todos los momentos alegres que pasamos, por las aventuras y por tanto anime y manga. Los quiero mucho minna san.

A mis perros, Morenita, Coyo, Wildo, Millie, Napoleón, Flaco, Colocho y Musho; porque sin palabras en mis post turnos, en mis desvelos y en todo momento han sido mi apoyo y sin importar la situación me hacen sonreir. Son una bendición en mi vida.

Heidy Susana Saucedo Mérida

A Dios, Virgen María, Divino Niño Jesús por cuidarme y guiarme en mi camino.

A mi Mamá, la persona más importante en mi vida, por sus sacrificios y desvelos, por luchar a mi lado ante toda adversidad. Gracias por creer en mí y no dejarme perder la esperanza. Este logro es de las dos, hoy se hace realidad nuestro sueño.

A mis padrinos, Gabriel y Susana de Montúfar, Tía Alexy, por sus consejos y apoyo incondicional. Gracias por estar siempre a mi lado.

A Ingrid, Gabriel y Eduardo, a quienes quiero como hermanos, a sus familias, que de mil maneras me brindaron su ayuda para lograr esta meta.

A mis abuelitos, Mamita Linda, Tío Luis, Doña Josefina (Q.D.P) quienes no están con nosotros el día de hoy, este logro es para ustedes.

A mis tíos, primos y amigos que estuvieron siempre conmigo en este largo camino. Gracias por su apoyo y palabras de aliento.

A mis amigas por estar siempre conmigo, en esos turnos que parecían nunca terminar. Por comprenderme y apoyarme en esos momentos difíciles. Gracias por su amistad, se volvieron parte de mi familia. Cristina, Gaby.

A mis compañeros de tesis, gracias por su comprensión.

Al Hospital General San Juan de Dios por ser mi segundo hogar.

Claudia Paola YantucheSampuel

Agradecimientos

A Dios — Por la vida, por iluminar mí camino y haberme permitido finalizar esta etapa de mi carrera.

A mi mama — Elsa Sampuel por su amor y apoyo incondicional, porque a lo largo de mi camino ha sido mi fortaleza, porque siempre tuvo la palabra precisa en el momento indicado, porque con su ejemplo de lucha me dio esperanza, inspiró esfuerzo y con su sacrificio me ha dado todo para lograr este día, mamita este es nuestro logro, gracias.

A mi familia — Wendy, Cristhian y Rosío gracias por su apoyo, comprensión, ayuda y ánimos. A mi tío Vani por creer siempre en mí, por estar dispuesto siempre a apoyarme. Los quiero. A mi papá gracias.

A Marcos Silva — Por su apoyo y amor, porque ha sido mi mejor amigo, mi acompañante. Juntos celebraremos muchos logros.

A mis amigos — Por sus consejos, ayuda y compañía, porque lo convivido cada día ha llenado mi vida de momentos inolvidables.

Jorge Alejandro Bernardino B.

A Dios:	El centro de mi fe y mi fuente de fortaleza.
A mis padres:	Por estar allí, por su apoyo moral y económico de siempre, por su confianza en mí y por ayudarme a ver en cada reto, una oportunidad, para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.
A mis hermanos:	Por la comprensión y apoyo incondicional desde el principio, en los momentos de alegría y en los momentos de tristeza.
A mi hermana:	Por su motivación, cariño y apoyo brindado a través de estos años, para cumplir una meta más en mi vida.
A otras personas	A la familia Velásquez por haberme brindado su solidaridad al cobijarme como un miembro más en su hogar.
A mis amigos:	Es difícil mencionarlos por nombre a cada uno de ellos, pero cada quien guarda un espacio, en este camino tan largo a seguir y que se ve reflejado al culminar la carrera de médico y cirujano.
A mis catedráticos:	A todos aquellos que han contribuido en mi formación desde el principio de mis estudios escolares y universitarios, ya que cada uno ha compartido sus conocimientos motivándome a esforzarme al máximo para alcanzar mis metas.

Carlos Hernández

Agradecimiento a Dios por haberme dado la vida y permitido estudiar y culminar mi carrera y por todas las bendiciones que me ha dado a mi madre espiritual la virgen María por estar presente con su protección.

A mis padres por haberme dado la vida en especial a mi madre Antonia Gómez que me guía desde el cielo a mi padre Oscar Hernández quien a estado presente durante este camino y el apoyo de poder estudiar.

A mis hermanos en especial a mi hermana Virna Hernández quien ha sido mi apoyo durante toda mi carrera guardando con ilusión este momento gracias te quiero mucho a mis hermanos Oscar e Irlin Hernández por su apoyo.

A mis sobrinos por ser inspiración para seguir adelante y poder ser un ejemplo para ellos René Christian Fernanda Daniela Sebastián, Alejandro y Daniel a mis cuñados en especial a Carlos que está en el cielo que junto a mi hermana me dio su apoyo, a mi prima Gloria por haberme brindado su apoyo durante este tiempo.

A mis padrinos por haber aceptado compartir este momento y darme consejos y apoyo Dra. Vivian Molina Dra. Ana Rodas y a mi tío Lic. Miguel Álvarez.

En general a todas las personas quienes participaron en este proceso de enseñanza aprendizaje.

De la responsabilidad del trabajo de graduación

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

TÍTULO

MEDICINA ALTERNATIVA Y COMPLEMENTARIA Y SU ASOCIACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

SUBTÍTULO

Estudio descriptivo realizado en pacientes con diagnostico de Diabetes mellitus, Artritis reumatoide e Hipertensión arterial atendidos en las consultas externas de Endocrinología, Reumatología y Cardiología de los Hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt Guatemala junio-julio 2014

RESUMEN

OBJETIVO: Describir el uso de medicina alternativa y complementaria (MAC) y su influencia en la calidad de vida (CV) en pacientes adultos que asisten a las consultas externas de Cardiología, Endocrinología y Reumatología de los Hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt, con enfermedades crónicas como Artritis reumatoide, Diabetes mellitus e Hipertensión arterial en el período de junio – julio de 2014. **POBLACIÓN Y MÉTODOS**: Se realizó un estudio descriptivo transversal donde se aplico un cuestionario estructurado que contiene variables sociodemograficas, tiempo de uso y costos de MAC, y el test SF-36 para medir la calidad de vida. **RESULTADOS**: El total de pacientes que asistieron a las consultas externas con las enfermedades crónicas investigadas fue de 3,415, el 6% usa MAC, correspondiendo a un total de 203 pacientes; 87% sexo femenino, edad promedio de 59.7 +/- 10.21 años, 53% casados/as y 50% cursó la primaria. La MAC más usada fue de tipo biológica 87.1% y el 12.9% no biológica. Según el SF-36 la CV en la esfera salud física fue 56% buena y 44% mala y en la esfera salud mental 61% buena y 39% mala, para las 3 enfermedades en conjunto. Las 8 dimensiones del SF-36, la función social tuvo el valor más alto en las 3 enfermedades, la dimensión con menos puntaje fue el rol físico y dolor corporal en artritis reumatoide, salud general en diabetes mellitus y el rol físico en hipertensión arterial. **CONCLUSIONES**: Se observa una influencia positiva en la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas que usan MAC.

PALABRAS CLAVE: calidad de vida, medicina alternativa, artritis reumatoide, hipertensión arterial, diabetes mellitus.

ÍNDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	4
3. MARCO TEÓRICO	
3.1 Medicina alternativa y complementaria	5
3.1.1 Antecedentes generales de medicina alternativa y complementaria	5
3.1.2 Antecedentes en Guatemala de medicina alternativa y complementaria	7
3.1.3 Definición de medicina alternativa y complementaria	9
3.1.4 Aspectos generales	9
3.1.5 Tipos de medicina alternativa y complementaria	12
3.2 Enfermedades crónicas	13
3.2.1 Artritis reumatoide	13
3.2.2 Diabetes mellitus	17
3.2.3 Hipertensión arterial	21
3.3. Calidad de vida	26
3.3.1 Antecedentes de calidad de vida	26
3.3.2 Definición de calidad de vida	26
3.3.3 Dimensiones de la calidad de vida relacionadas con la salud	28
3.3.4 Medidas de calidad de vida	29
3.3.5 Instrumentos de medición de calidad de vida	30
3.3.6 Estudios de calidad de vida.	39
4. POBLACIÓN Y MÉTODOS	
4.1 Tipo y diseño de la investigación	44
4.2 Unidad de estudio	44
4.3 Población y muestra	44
4.4 Selección de los sujetos de estudio	45
4.5 Medición de las variables	46
4.6 Técnicas, procesos e instrumentos utilizadas en la recolección de datos	48
4.7 Procesamiento y análisis de Datos	49
4.8 Límites de la investigación	50

4.8.1 Obstáculos
4.8.2 Alcances
4.9 Aspectos éticos de la investigación 51
5. RESULTADOS 53
6. DISCUSIÓN 64
7. CONCLUSIONES 68
8. RECOMENDACIONES 69
9. APORTES 70
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 71
11. ANEXOS 77

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas son consideradas la epidemia del siglo XXI, causando 80% de las muertes en países de bajos recursos; así la Hipertensión arterial y la Diabetes mellitus ocupan, el segundo y tercer lugar de enfermedades con mayor prevalencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Latinoamérica. El impacto en los pacientes que las padecen, los ha obligado a modificar conductas, para mejorar la calidad de vida, haciendo alusión a la valoración propia, frente a la adaptación funcional, cognitiva, emocional, social y laboral. (1,2,3,4)

La medicina alternativa y complementaria (MAC) en pacientes con enfermedades crónicas como Artritis reumatoide, Diabetes mellitus e Hipertensión arterial, entre otras; ha crecido exponencialmente en los últimos años, ya que muchas personas muestran mayor interés en utilizar esta terapia; debido al acceso limitado a los servicios de salud, costos elevados tanto de la consulta como de los medicamentos, solicitud de citas para consulta médica e incluso temor a los efectos adversos de los medicamentos. (2,3,4)

Dada la identidad cultural de Guatemala, se considera que este cuenta con las condiciones necesarias para incorporar la medicina tradicional y natural, pues predominan culturas con tradiciones en medicina alternativa, además posee abundancia de plantas medicinales, por lo que se ha aprobado el uso de las mismas para el tratamiento y alivio sintomático de enfermedades comunes. Estos productos figuran en el Manual de Normas de Atención en Salud Integral para primer y segundo nivel, el cual fue elaborado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). (5)

El plan Nacional de Salud 2006-2012 en su política tres, establece promover y fortalecer acciones que garanticen la accesibilidad a medicamentos, además del reconocimiento al uso y práctica de la medicina alternativa y tradicional. (5)

En el Código de Salud en su artículo 161, define que el Estado incorporará, regulará y fortalecerá los sistemas alternativos, como la homeopatía, la medicina natural, la medicina tradicional, medidas terapéuticas y otras para la atención de la salud, estableciendo mecanismos para su autorización, evaluación y control. En sus artículos 164 y 165 define los productos

fitoterapéuticos, zooterapéuticos, estableciendo un sistema de vigilancia y control sobre la acción de los mismos. Como podemos darnos cuenta, se desea incluir la medicina alternativa y complementaria en los servicios de salud guatemaltecos, con el fin de dar más opciones terapéuticas para los pacientes. (5)

En muchos países como Colombia, Argentina, Brasil y México, ya se incluye, la medicina alternativa complementaria como tratamiento de enfermedades crónicas en centros de atención de salud, como lo demuestra el estudio realizado en Colombia 2012, en la Facultad de Medicina. En Guatemala se incluye la medicina alternativa complementaria, como parte de la línea prioritaria de investigación del año 2014 – 2018. (5,6)

Evaluar la calidad de vida del paciente crónico es importante porque permite conocer el impacto de la enfermedad y del tratamiento, a un nivel relevante, diferente y complementario, conocer mejor su evolución y su adaptación a la enfermedad; así como los efectos secundarios de los tratamientos y ampliando los conocimientos sobre el desarrollo de la enfermedad. (7)

En Guatemala los estudios de calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas son escasos, por ejemplo, en el año 2009 se estudió sobre la evaluación de la calidad de vida en 118 pacientes con Artritis reumatoide que consultaron a la unidad de reumatología del Hospital Roosevelt. Se revisaron expedientes clínicos y se pudo observar que el rol físico fue el más afectado en estos pacientes. (7, 8)

En el año 2010, se deseaba medir la calidad de vida de 40 pacientes que obtuvieron tratamiento de rehabilitación integral secundario a una lesión medular en el Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, con este fin se utilizó el Cuestionario SF-36, siendo la dimensión más alta el rol emocional. (9)

Debido al incremento en el uso de medicina alternativa complementaria, se realizó un estudio descriptivo transversal, donde se entrevistaron pacientes de los hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt, de las especialidades de Endocrinología, Cardiología y/o Reumatología, donde se estudió el perfil sociodemográfico de los mismos y se evalúo su calidad de vida de acuerdo al cuestionario SF-36.

El resultado fue, que la edad promedio de los pacientes es de 59.7 años ± 10.21, predominando el sexo femenino, de etnia no indígena, casados, con educación primaria; El gasto mensual en el 77% fue entre Q1.00 – Q125.00, 14% no generó costo alguno, ya que tenían diversas maneras de conseguir MAC, entre estas cosechas propias. De la población estudiada, 99% usaba medicina biológica como terapia médica alternativa complementaria, dentro de ella ajo, manzanilla y sábila fueron las más utilizadas en artritis reumatoide; flor de tilo, manzanilla y sábila en diabetes mellitus y ajo, flor de tilo, manzanilla en hipertensión arterial, 15% utiliza otro tipo de medicina alternativa.

Se encontró, según el SF-36 que la calidad de vida en la esfera salud física era en un 56% buena y en la esfera salud mental era 61% buena. Esto en general para las 3 enfermedades crónicas que se incluyeron. Al estudiar las 8 dimensiones, que incluye el test SF-36 la función social tuvo el valor más alto en las 3 enfermedades, y la dimensión con menos puntaje fue rol físico y dolor corporal en artritis reumatoide, salud general en diabetes mellitus y rol físico en hipertensión arterial.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

2.1.1. Describir el uso de medicina alternativa y complementaria y su influencia en la calidad de vida en pacientes adultos que asisten a las consultas externas de Reumatología, Endocrinología y/o Cardiología de los Hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt, con enfermedades crónicas como Artritis reumatoide, Diabetes mellitus y/o Hipertensión arterial durante el período de junio-julio 2014.

2.2 Específicos

2.2.1 Cuantificar la proporción de pacientes que asisten a las consultas externas, que usan medicina alternativa y complementaria, en los hospitales a estudio.

2.2.2 Describir las terapias de medicina alternativa y complementaria que utilizan los pacientes que asisten a las consultas externas a estudio.

2.2.3 Identificar las características socio demográficas de los pacientes que asisten a las consultas externas, que usan medicina alternativa y complementaria.

2.2.4 Estimar el costo mensual invertido en medicina alternativa complementaria, en los pacientes con Artritis reumatoide, Diabetes mellitus y/o Hipertensión arterial en las consultas externas.

2.2.5 Determinar la calidad de vida de los pacientes con Artritis reumatoide, Diabetes Mellitus y/o Hipertensión arterial que asisten a las consultas externas por medio del cuestionario SF-36.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Medicina alternativa y complementaria

3.1.1 Antecedentes generales de medicina alternativa y complementaria

La medicina alternativa ha existido desde los primeros intentos del ser humano para mejorar su condición. El concepto de que la mente es importante para el tratamiento de las enfermedades es parte integral de los métodos curativos de la medicina tradicional china y medicina ayurvédica, cuyos orígenes se remontan a más de 2000 años antes de Cristo. Hipócrates también advirtió los aspectos morales y espirituales de la curación y consideraba que el tratamiento sólo era posible teniendo en cuenta la actitud, las influencias del medio ambiente y los remedios naturales. (11)

La manipulación de la columna vertebral se ha empleado desde la época de la antigua Grecia y fue incorporada a la medicina quiropráctica y osteopática a fines del siglo XIX. La terapia de masaje tiene miles de años de antigüedad. Se encuentran referencias al masaje en escritos de la antigua China, Japón, India, los países árabes, Egipto, Grecia (Hipócrates definió la medicina como “el arte de frotar”), y Roma. Hacia la Edad Media, se habían inventariado miles de productos botánicos por sus efectos medicinales. En 1991, en los Alpes Italianos, se encontró una momia humana y junto a ella hierbas medicinales. (11)

Actualmente el interés por uso de los productos naturales de medicina complementaria y alternativa ha aumentado de considerable en las últimas décadas. La National Health International Survey (NHIS) en el Reporte Estadístico de Salud Nacional de Estados Unidos de 2007 reveló que el 17.7 por ciento de los adultos de Estados Unidos habían utilizado un producto natural no vitamínico/no mineral. Los resultados revelaron que el producto más utilizado entre los adultos fue el aceite de pescado/omega. También se encontraron varios métodos de medicina de la mente y el cuerpo entre las 10 principales prácticas de medicina complementaria y alternativa utilizada por los adultos. La encuesta reveló que el 12,7 por ciento de los adultos había hecho ejercicios de respiración profunda, 9,4 por ciento meditación, y el 6,1 por ciento yoga. Cabe destacar que el uso de estas prácticas tres prácticas de medicina complementaria y alternativa había aumentado de forma

considerable desde el Reporte de Estadística de Salud Nacional de Estados Unidos anterior (2002). La relajación progresiva y la ensoñación dirigida también se encontraron entre las 10 terapias principales de medicina complementaria y alternativa para adultos; la respiración profunda y el yoga figuraron entre los métodos principales. (12)

Según la NHIS de 2007, la manipulación quiropráctica/osteopática y el masaje figuraban entre las 10 terapias principales medicina complementaria y alternativa. La encuesta reveló que el 8,6 por ciento de los adultos habían utilizado manipulación quiropráctica u osteopática, y que el 8,3 por ciento de los adultos habían utilizado el masaje. (12)

En Estados Unidos las prácticas de los curanderos tradicionales también pueden considerarse una forma de medicina complementaria y alternativa quienes utilizan métodos basados en teorías, creencias y experiencias indígenas transmitidas de generación en generación. (12)

Por eso en el plano internacional, se han establecido lineamientos y consensos que buscan dar mayor importancia a la medicina alternativa y complementaria e instan a las naciones a incorporarlas dentro de la política de la salud.

En la Declaración de Salud de Centroamérica, celebrada en 1987, se acordó apoyar el primer encuentro de Centroamérica, Panamá y Belice para el rescate de la medicina popular tradicional. (5)

En el primer Taller Hemisférico de Salud de los Pueblos Indígenas celebrado en 1993 en Canadá, se abordó la operacionalización de la Iniciativa Salud Para los Pueblos Indígenas de América, SAPA, en la que se trata de generar un proceso basado en el respeto de los valores propios de cada cultura con finalidad de fortalecer las identidades para el cambio necesario. Los principios establecidos en este taller fueron confirmados en los talleres regionales de Santa Cruz, Bolivia y Guatemala en 1994, en los cuales se incluyen la necesidad del enfoque integral de la Salud, derecho a la autodeterminación de los pueblos indígenas, respeto y rehabilitación de las culturas indígenas, reciprocidad de las relaciones entre los actores involucrados en los procesos y derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas a través de sus representantes. (5)

3.1.2 Antecedentes en Guatemala de medicina alternativa y complementaria

En Guatemala, la polifarmacia herbolaria, constituye el eje sobre el que giraba la materia médica de los reinos Quiché, Cakchiquel, Pipil, Mam, Pocomam, etc., habitantes de América Central, en la época precolombina.

Si se revisa las tradiciones que encierra el Popol-Vuh y el Memorial de Tecpán Atitlán puede indicarse que los nativos, usaron las plantas como elemento esencial y básico, para extraer de ellas sustancia curativas. El encargado de aplicarlas era el mismo que las extraía; el mismo que, en la selva ya conocía a la perfección las cualidades curativas de los vegetales que recolectaba. En una palabra, era simultáneamente el médico que recetaba y el farmacéutico que preparaba el medicamento. Bernal Díaz del Castillo, cuando describe el periplo de Cortés, menciona muchas plantas cultivadas. Gran número de estas plantas, eran medicinales que se usaban en cocimientos, infusiones o polvo; de otras extraían aceites, resinas, zumos, etc. Administrándolas así, de diferentes maneras, en forma de pociones, parches, lociones, etc. En la rica y variada flora de estos territorios, encontraban los indígenas el remedio para muchos de sus males. Puede citarse el pericón, los estigmas de maíz y el fruto del cacao, que eran usados con éxito para producir diuresis; las hojas del guineo fueron empleadas, en aquellos tiempos para hacer curas sobre las úlceras y heridas y las cáscaras para aliviar ciertas enfermedades de los ojos; las hojas de tabaco se empleaban para la cura de picaduras de moscas infectadas. Los minerales y partes de animales, se usaron en mucho menor grado; el azufre para la piel, la cal como desinfectante. Del reino animal emplearon saltamontes y grillos como diuréticos. Los chamanes, mezcla de curanderos y adivinos, prestaban sus servicios en aquel ámbito con una medicina empírica, hermanada con la superstición y la hechicería. (4)

En esta época, las afecciones simples o complicadas, eran atendidas con remedios relativamente eficaces, por los chamanes aborígenes mesoamericanos. Algunas curaciones las hacían aplicando hierbas masticadas, preparando ungüentos, o cataplasmas. En lugar de algodón usaban plumas de aves y lienzos como vendas.

En 1938, se elaboró en Guatemala, el Catálogo de Plantas Reputadas como Medicinales. En ese fascículo, aparecen más de tres mil especies vegetales, que, en su mayoría, fueron utilizadas, desde tiempo inmemorial, por los nativos como medicamentos.(4)
Fuentes y Guzmán, autor de la “Recordación Florida”, con paciencia, dibujó las numerosas plantas de Guatemala, estudiándolas y descomponiéndolas en sus elementos. Así, describió las cualidades curativas del achiote; explica como lo preparaban los aborígenes, para guardarse de la peste y del sarampión; como extraían “jugos” del bálsamo y del balsamito para sanar las llagas rebeldes; la papaya para facilitar la digestión de carnes y otras descripciones, que tienen todos los visos de observación científica, aunque tomadas empíricamente. (4)

Actualmente la Organización No Gubernamental, Médicos Descalzos, se dedica la comprobación científica de a Medicina Tradicional y Propagación de una Atención Primaria de Salud en las áreas rurales de Guatemala, utilizando plantas medicinales locales, así como la elaboración de un programa de salud primario, buscando integrar la medicina occidental y la medicina tradicional. Cuenta con varios programas, entre ellos el Programa de Enfermedades Prevalentes, que tiene entre sus actividades la producción y la transformación de 35 plantas para las enfermedades más comunes en Guatemala, y su utilización terapéutica racional a través de la capacitación a personal rural comunitario y personal institucional.(6)

También Guatemala ha aprobado el uso de plantas medicinales para el tratamiento y alivio sintomático de enfermedades comunes. Estos productos figuran en sus listas de medicamentos esenciales según las Normas de Atención Integral realizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en 2010. Se ha iniciado programas con el fin de reunir a los terapeutas tradicionales y a los proveedores de salud convencionales para tratar los problemas de salud de la comunidad con miras a llegar a un acuerdo sobre la forma de colaborar en él tratamiento. Finalmente, ha puesto en práctica programas de capacitación con el fin de incorporar la medicina indígena dentro de su sistema tradicional de atención de salud. (5)

Además en este país se cuenta con las condiciones culturales necesarias para incorporar la medicina tradicional y natural, pues en él predominan culturas con tradiciones en medicina, además posee abundancia de plantas medicinales. (4)

Se ha tratado de incluir la medicina alternativa en el Sistema de Salud de Guatemala a través del Código de Salud en su artículo 161, define que el estado incorporará, regulará y fortalecerá los sistemas alternativos, como la homeopatía, la medicina natural, la medicina tradicional, medidas terapéuticas y otras para la atención de la salud, estableciendo mecanismos para su autorización, evaluación y control. En sus artículos 164 y 165 define los productos fitoterapéuticos, zooterapéuticos, estableciendo un sistema de vigilancia y control sobre la acción de los mismos. (5)

Los Acuerdos de Paz, suscritos en 1996 entre el Gobierno de la República y la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG) hacen énfasis en valorar la importancia de la medicina indígena y tradicional y promoviendo el estudio y el rescate de sus concepciones, métodos y prácticas. (5)

El plan Nacional de Salud 2006-2012 en su política dos establece que se deberá implementar un modelo de atención y gestión integral que garantice la continuidad de la atención, equitativa, descentralizada y con pertinencia cultural. En su política tres contempla promover y fortalecer acciones que garanticen la accesibilidad a medicamentos, además del reconocimiento al uso y práctica de la medicina alternativa y tradicional. (5)

3.1.3 Definición de medicina alternativa y complementaria:

Grupo de diversos sistemas médicos y de salud, prácticas y productos que no son considerados pare de la medicina convencional. (3,11)

3.1.4 Aspectos generales:

El sistema de salud actual está presenciando un incremento en el interés de utilizar medicina alternativa y complementaria, y esto está bien documentado en Estados Unidos, Canadá y Europa. (12)

La medicina alternativa y complementaria la usan frecuentemente pacientes que presentan enfermedades crónicas o recurrentes, para el control de los síntomas o para combatir la enfermedad en sí. (12)
Aproximadamente la mitad de la población occidental usa alguna forma de medicina alternativa y complementaria y los reportes de su uso se han vuelto más comunes. (12)

En un estudio realizado en 1990 se mostró que alrededor del 34% de la población en Estados Unidos utilizaba los servicios de medicina alternativa. Un segundo estudio evidenció que para 1997 aumentó al 47% el uso de medicina alternativa y complementaria. La población estadounidense gasta más de 13 millones de dólares en servicios y tratamientos de medicina alternativa y complementaria, lo cual es reflejo de la importancia que han tomado los servicios en la sociedad. Existe poca información sobre la prevalencia del uso de la medicina alternativa y complementaria en países latinoamericanos. (3)

Según una tesis realizada por el Dr. Manuel Ignacio Pinto Barrero en el año 2012 en Colombia, las razones para utilizar medicina alternativa y complementaria que con mayor frecuencia mencionan las personas son: la creencia que los tratamientos convencionales no serán efectivos o son muy costosos, el interés que despierta la medicina alternativa y la recomendación que se hace por el médico tratante o por algunos familiares que ya han utilizado este tipo de medicina, los efectos secundarios del tratamiento convencional.

Las actitudes de los médicos alópatas hacia la medicina alternativa y complementaria pueden afectar la percepción y el uso que hagan las personas de esta. La multi-culturalidad de los países latinoamericanos se ve reflejada en la diversidad de sistemas médicos existentes. (3)

Las prácticas de medicina convencional son más utilizadas por personas de estratos bajos, a diferencia de la medicina alternativa y complementaria que es más buscada por personas de estratos altos y su uso está vinculado a la búsqueda de tratamientos integrales para las enfermedades y a la insatisfacción de algunos pacientes con el sistema de salud. (3)

En el año 2008 el Instituto Nacional de Ciencias Clínicas de la Salud (National Institutes of Health Clinical Center) realizó un estudio en el que participaron 763 pacientes con diversos

diagnósticos donde buscó evaluar la calidad de vida de los pacientes que utilizan medicina integrativa, utilizando el cuestionario SF-36, donde se obtuvo información útil respecto a las implicaciones clínicas de integrar diferentes abordajes a la salud incluyendo: 1) que tipos de pacientes utilizan medicina integral 2) si la medicina integral mejora la calidad de vida de los pacientes y 3) si el uso de la medicina integrativa es de uso común en pacientes con ciertas condiciones de salud. Las características demográficas de los pacientes que participaron fueron las siguientes: media de edad= 49 años, rango= 14-93 años; 66% eran de sexo femenino, 75%de raza blanca. Los diagnósticos más comunes fueron: malestar general y fatiga, mialgia y miositis, alergia, ansiedad o depresión, hipertensión, neoplasia maligna de la mama, lumbago, y síndrome de colon irritable. Las formas más comunes de medicina alternativa y complementaria fueron medicina nutricional, hierbas, homeopatía, consejería nutricional y acupuntura. La esfera que tuvo mayor punteo fue la física con 70.02 puntos y en los tres meses posteriores 73.04. Se pidió que llenaran el cuestionario tres meses después de haber respondido el primero y se observó que seis de las ocho esferas que evalúa el SF-36 mejoraron 5 puntos o más, lo cual indica un cambio relevante. (13)

Este fue el primer estudio en describir las características de los pacientes que utilizan medicina integrativa y la calidad de vida. Los pacientes que utilizan medicina integrativa tienden a reportar múltiples diagnósticos y una mala calidad de vida. Los pacientes que buscan integrar la medicina alternativa y complementaria con la medicina convencional son pacientes con condiciones de salud complejas, que se benefician de manera significante utilizando este tipo de medicina. (13)

La medicina integral se asocia con incrementos significativos de la calidad de vida para una población con diversas condiciones médicas con comorbilidades y limitaciones funcionales. El grado de mejoría en la calidad de vida no difiere en cuanto a las características demográficas, la severidad de la enfermedad ni al tiempo de inicio del tratamiento. (13)

Según un estudio en Colombia en 2012, los pacientes asisten a los servicios de medicina alternativa y complementaria por enfermedades en su mayoría crónicas, como por ejemplo: artritis, artrosis, dolor crónico, hipertensión arterial, diabetes, ansiedad, depresión, obesidad, trastornos menstruales, cefalea, asma, trastornos digestivos y enfermedades de la tiroides, entre otros. (3)

En el sistema de medicina convencional la persona que necesita una consulta médica debe someterse a una serie de pasos, que algunas veces forman una barrera de acceso y se da un marco de atención dirigido a la enfermedad, no a las necesidades de los pacientes, esto hace que exista insatisfacción en cuanto a los servicios de medicina convencional. Por el contrario, en la atención brindada en la medicina alternativa y complementaria, el paciente es escuchado no solamente por el síntoma y motivo de consulta, sino que se enfoca de manera holística en sus sistemas biológico, mental, emocional y social, por lo que el paciente se siente atendido de manera integral, asistiendo con mayor frecuencia a estos servicios.(3)

3.1.5 Tipos de Medicina Alternativa y Complementaria:

a. Sistemas médicos alternativos: Sistemas completos de teoría y práctica. Estos sistemas han evolucionado a parte del abordaje médico convencional. Entre estos se incluyen la homeopatía y la naturopatía. (10)

b. Intervenciones mente-cuerpo: Usa variedad de técnicas diseñadas para aumentar la capacidad de la mente para afectar la función corporal y los síntomas. Por ejemplo, meditación, oración, sanación mental y otras terapias arte, música, baile. (10)

c. Terapias Biológicas: Utilizan sustancias encontradas en la naturaleza, como hierbas, algunas comidas, productos derivados de hierbas y vitaminas. Algunos ejemplos incluyen suplementos dietéticos, productos derivados de hierbas y el uso de otros productos llamados naturales pero sin haber probado su efectividad. (10)

d. Métodos basados en el cuerpo y Manipulativos: Como su nombre lo indica, se basan en manipulación y/o movimientos de ciertas partes del cuerpo, como por ejemplo quiropraxia o manipulación osteopática y masaje. (10)

e. Terapia de Energía: Involucran el uso de campos de energía. Existen dos tipos:
    - Terapia de campo biológico: que su objetivo es afectar los campos energéticos que rodean y penetran el cuerpo humano. La existencia de estos no ha sido probada aún. Algunas formas de terapia manipulan los campos biológicos

aplicando presión y/o manipulando el cuerpo colocando las manos dentro o a través de estos campos. (10)

- Terapias basadas en bioelectromagnetismo: Involucran el uso no convencional de campos electromagnéticos, como los campos magnéticos, campos pulsátiles o alternado campos actuales. (10)

3.2 Enfermedades crónicas

3.2.1 Artritis reumatoide

3.2.1.1 Definición de artritis reumatoide

Es una enfermedad crónica y multiorgánica de causa desconocida. La alteración característica de la artritis reumatoide es una sinovitis inflamatoria persistente que por lo común afecta a las articulaciones periféricas y destruye los tejidos cercanos a su alrededor: cartílago, hueso subcondral y tendones. (14)

3.2.1.2 Clasificación

Los nuevos criterios de artritis reumatoide se aplicarán a una determinada población diana que debe tener las siguientes características:

Presentar al menos 1 articulación con sinovitis clínica (al menos una articulación inflamada y que dicha sinovitis no pueda explicarse por el padecimiento de otra enfermedad.

Tener una puntuación igual o superior a 6 en el sistema de puntuación que se presenta en la siguiente tabla y que considera la distribución de la afectación articular, serología del factor reumatoide y/o ACPA, aumento de los reactantes de fase aguda y la duración igual o superior a 6 semanas. (15)

Cuadro 1

Criterios de clasificación de artritis reumatoide según la American College of Rheumathology 2010.

Involucro Articular	**(0 – 5)**
1 Articulación mediana o grande.	0
2 a 10 Articulaciones medianas o grandes.	1
1 a 3 Articulaciones pequeñas.	2
4 a 10 Articulaciones pequeñas.	3
Más de 10 Articulaciones. (al menos 1 pequeña)	5
Serología	**(0-3)**
Negatividad para Anti CCP y FR.	0
Al menos 1 positivo a título bajo.	2
Al menos 1 positivo a título alto.	3
Duración de la Sinovitis.	**(0-1)**
Menos de 6 semanas.	0
Más de 6 semanas.	1
Reactantes de Fase Aguda.	**(0 – 1)**
Normalidad para PCR o VSG.	0
Anormalidad para PCR o VSG.	1

Fuente: Annals of the Rheumatic Diseases 2010;69:1580-1588

Los criterios para artritis reumatoide deben de tener al menos 6 puntos de los 10 posibles para clasificar a un posible con diagnóstico definitivo de artritis reumatoide.

Tanto los nuevos pacientes con enfermedad que apenas inicia como los que ya tienen cambios típicos erosivos característicos de la artritis reumatoide deben ser clasificados como diagnóstico de artritis reumatoide si cumplen los criterios recién establecidos del 2010.

3.2.1.3 Tratamiento

Los objetivos del tratamiento en la artritis reumatoide son: 1) alivio del dolor, 2) disminución de la inflamación, 3) protección de las estructuras articulares, 4) mantenimiento de la función y 5) control de la afección diseminada. (14)

El tratamiento médico de la artritis reumatoide se basa en cinco medidas generales. La primera es la utilización de antiinflamatorios no esteroideos y analgésicos simples, para controlar los síntomas y lo signos del proceso inflamatorio local. Estos fármacos actúan pronto a la hora de mitigar los signos y síntomas, aunque parecen tener un efecto muy escaso sobre la evolución de la enfermedad. (14)

Se utilizan inhibidores de COX que inhiben selectivamente a COX 2, este inhibe a ambas isoformas de COX, pero causan mucho menos úlceras digestivas. Como segunda línea están los glucocorticoides orales en dosis bajas, estos suprimen signos y síntomas, retrasan el desarrollo y la evolución de las erosiones óseas e incrementa los efectos antiinflamatorios de agentes como el metotrexate. La tercera línea incluye los DMARD que son capaces de reducir las concentraciones elevadas de reactivos de fase aguda en los pacientes tratados y se considera que modifican el componente inflamatorio de la artritis reumatoide y como consecuencia que modifican el componente inflamatorio de la artritis reumatoide y como consecuencia su capacidad destructiva, incluyen metotrexate, sulfasalazina, hicroxicloroquina, sales de oro o D-penicilamina. (14)

3.2.1.4 Medicina alternativa y complementaria para tratamiento de la artritis reumatoide

También los pacientes optan por utilizar algún tratamiento alternativo o medicina complementaria los cuales alivian algunos síntomas como el dolor, la rigidez y el estado anímico. Los tratamientos con hierbas son una de las formas más usadas de tratamiento alternativo para las enfermedades reumáticas.

Algunas hierbas populares para el reumatismo son aloe vera, alfalfa, apio, diente de león, jengibre, perejil y prímula, entre otras. El herbalismo también suele dar importancia a la dieta y a la eliminación intestinal, basándose en la teoría de que la acumulación de productos tóxicos de desecho causa la artritis. No hay evidencias de que su uso tenga alguna utilidad. (16)

Otro tipo de hierbas o plantas, como el jengibre, la corteza de sauce, los residuos no saponificables de aguacate/soja o los pinchazos con hojas de ortiga se han usado con mayor o menor éxito al margen de la evidencia científica, para el tratamiento de la artrosis, pero no hay datos que avalen su utilidad en la artritis reumatoide. (16)

También existen suplementos que se comercializan en forma libre para el tratamiento de síntomas reumatológicos. Los más utilizados son:

La S-adenil metionina, una sustancia química que se produce de forma natural en el organismo, se utiliza en Europa para alivio del dolor y la inflamación provocados por la artritis. El papel de su acción antidepresiva al brindar alivio subjetivo de la artritis es poco claro y, además, existen otros elementos disuasivos. Este medicamento es costoso puede causar trastornos gastrointestinales y se han informado incidentes de agitación extrema. (17).

Sulfato de condroitina y sulfato de glucosamina se promueven por separado o en combinación para pacientes con artritis degenerativa. Aunque han realizado estudios pagados en diversos Institutos Nacionales de Salud, no encontrando beneficios si no solo un efecto placebo. (17)

Aceites de pescado que contienen ácidos grasos omega 3 alivian el dolor y la sensibilidad de las articulaciones en aquellos pacientes que padecen de artritis reumatoide. Los beneficios son moderados y pueden pasar varios meses antes de que se presenten. Entre los efectos secundarios se hallan: malestar gastrointestinal y olor a pescado en el aliento. El ácido gamma linolenico es un ácido graso omega 6 se encuentra en algunas semillas de borega, onagra y grosellero negro, que reducen la inflamación, rigidez y la sensibilidad; en algunos

casos disminuye la necesidad del uso de antiinflamatorios no esteroideos. Los efectos secundarios son cefalea, estreñimiento, meteorismo y vómitos. (17,18)

Acupuntura

Se han realizado muchos estudios sobre el uso de la acupuntura para el alivio del dolor causado por la artritis degenerativa de la rodilla. En los primeros ensayos se descubrió que los pacientes tratados con acupuntura experimentaban menos dolor que aquellos que recibían únicamente el tratamiento convencional. Sin embargo, en los últimos años se ha comparado a la acupuntura tradicional con una variedad de controles de acupuntura no convencionales o "falsos", que incluye la inserción de agujas en puntos que no son los indicados, la no inserción de agujas y el uso de agujas telescópicas que parecen insertarse en la piel. La acupuntura, tanto falsa como convencional, brindó alivio significativo del dolor en comparación con la ausencia de tratamiento. No obstante, hubo poca diferencia o ninguna entre el beneficio producido por ambos tipos de procedimientos. (17)

Tai Chi

Se originó en China como un arte marcial. Se le refiere como meditación en movimiento, los practicantes se mueven lentamente mientras hacen respiraciones profundas. Las personas lo practican por sus beneficios en el ejercicio aeróbico, mejora la condición física, fuerza muscular, coordinación, flexibilidad, disminuye el dolor y rigidez. (19)

3.2.2 Diabetes mellitus

3.2.2.1 Definición:

Según la OMS, la diabetes mellitus es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. (20)

Comprende un grupo de trastornos metabólicos frecuentes que comparten el fenotipo de la hiperglicemia. Dependiendo de la causa de la DM, los factores que

contribuyen a la hiperglicemia pueden ser por deficiencia en la secreción de insulina, decremento del consumo de glucosa, aumento de la producción de glucosa o resistencia a la insulina. (19)

Se divide en diabetes mellitus tipo I la cual es el resultado de la deficiencia completa o casi total de insulina, secundario a la destrucción de las células β. Generalmente se presenta en pacientes jóvenes. (21,22,23)

La diabetes mellitus tipo II se caracteriza por grados variables de resistencia a la insulina, menor secreción de dicha hormona y una mayor producción de glucosa.(21)

Entre las complicaciones crónicas están:

- Microvasculares: Entre los cuales se encuentran retinopatía, edema de la mácula, neuropatías sensitivas y motoras, nefropatías.
- Macrovasculares: Arteriopatía coronaria, enfermedad vascular periférica, enfermedad vascular cerebral. (21)

3.2.2.2 Tratamiento:

La mayoría de las personas con DM tipo 1 deben ser tratadas con inyecciones múltiples de insulina, 3 a 4 inyecciones diarias o insulina basal y prandial, o la infusión subcutánea continua de insulina. (24)

La metformina, si no está contraindicada y es bien tolerada, es el agente farmacológico inicial preferido para la DM tipo 2. En los pacientes con diabetes de reciente diagnóstico, con hiperglucemia marcada y muy sintomáticos, o quienes tienen HbA1C muy elevada, desde el inicio considerar el tratamiento con insulina, con o sin agentes orales adicionales. (22,24)

Si la monoterapia con insulina, a las dosis máximas toleradas, no alcanza a mantener la HbA1C objetivo en un lapso de 3 meses, agregar un segundo agente oral, un agonista del receptor del péptido símil glucagón 1 o insulina. (25)

3.2.2.3 Medicina alternativa y complementaria en diabetes mellitus

El uso de medicina complementaria y alternativa ha tenido un crecimiento exponencial en los últimos años (23,24)

La medicina alternativa y complementaria es definida como un grupo de diversas prácticas medicas que no se consideran parte de la medicina convencional. El tratamiento farmacológico convencional para la DM tipo 1 es la insulina. Las diversas terapias disponibles para DM tipo 2 incluyen dieta, ejercicio y modificar el estilo de vida. Uno de los medicamentos más usado comúnmente es la metformina, derivada originalmente de la Galega officinalis (ruda cabruna o galega) fue considerada medicina complementaria para tratar la diabetes. (25)

En un estudio realizado en 2011, se pudo observar el uso de medicina alternativa y complementaria en 195 pacientes con diagnóstico de DM tipo 1. Encontrando mayor uso de vitaminas y minerales, plantas medicinales y suplementos nutricionales. Resulta interesante mencionar que las vitaminas y minerales fueron recomendadas directamente por el médico tratante. Refieren que utilizan la medicina complementaria y alternativa para proveer beneficio adicional a la insulina, para minimizar los síntomas de la diabetes, por las creencias de la eficacia en el uso de medicina complementaria por referencias familiares; y la creencia de que el uso de medicina alternativa y complementaria puede prevenir las complicaciones de la diabetes. Sin embargo, en este estudio, los pacientes continuaron utilizando la insulina, a pesar de haber asociado medicina complementaria al tratamiento. (26)

El uso de medicina alternativa y complementaria en pacientes diabéticos se da mucho en la población adulta. Entre las razones del uso están: insatisfacción de los pacientes con la efectividad de la medicina convencional, efectos secundarios de las terapias convencionales, la percepción que los médicos convencionales se comunican e interactúan menos que los médicos que se dedican a la medicina complementaria, la percepción de que la medicina alternativa y complementaria es

natural y por lo tanto segura, y la creencia que la medicina alternativa y complementaria es efectiva. (26)

Aproximadamente un tercio de los pacientes canadienses están utilizando medicina alternativa y complementaria, en su mayoría, sin consultar ni informar a su médico tratante. (27)

Según una revisión literaria y medicina basada en evidencia, a continuación se enumeran los componentes que se han utilizado y mostrado ser efectivos en pacientes con DM tipo 2. (27)

Canela: (Cinnamomum verum) Es un árbol pequeño, la corteza, es utilizada para sazón en los alimentos. Se evidenció que reduce el nivel de glucosa.

Cromo: Es un elemento traza esencial, con muchos sitios de acción; incluyendo el metabolismo de lípidos y carbohidratos. El cromo trivalente es un constituyente de un complejo conocido como “factor de tolerancia a la glucosa” y la deficiencia de cromo, causa resistencia reversible a la insulina y diabetes. Se observó que disminuye los niveles de HbA1C y de glucosa.

Vanadio: Es un elemento traza pobremente estudiado que es ubicuo y se cree que tiene varias funciones en la fisiología humana. In vitro y en estudios en animales ha demostrado efectos insulinomimeticos mediados por la inhibición de la fosfotirosina fosfatasa que afectan el receptor de insulina.

Fibra: La fibra dietética es reconocida como parte importante de la dieta saludable. La fibra soluble e insoluble tiene factores positivos en factores de riesgo cardiovasculares, trastornos gastrointestinales y en algunas formas de cáncer. Estudios de cohorte sugieren que el consumo de cereal con fibra y granos es inversamente proporcional a la incidencia de DM tipo 2.

Té Verde: Se origina de la planta Camellia Sinensis. El té verde es hervido para inactivar las enzimas que de lo contrario se oxidarían. Estos componentes han mejorado la sensibilidad a la insulina y reducido el daño a las células β en estudios in vitro y en animales. A pesar que la cafeína inicialmente perjudica el metabolismo

de la glucosa, la exposición a largo plazo estimula la lipolisis, incrementa el uso de la energía basal y moviliza el glucógeno almacenado en el músculo.

Melón Amargo: (Momordica charantia) es una vid tropical que produce fruta que es utilizada para tratar la diabetes en muchas culturas. Muchos de sus ingredientes activos se cree que estimulan la secreción de la insulina y el metabolismo hepático de la glucosa.

Fenogreco: Sus hojas y sus semillas son utilizadas para tratar la diabetes en muchas culturas. Su ingrediente activo más estudiado es la 4-hidroxiisoleucina, la cual incrementa la secreción pancreática de insulina e inhibe la sacarosa α-D-glucosidasa y la α-amilasa.

Gymnema: Las hojas de esta planta se utilizan para tratar diabetes, colesterol y la obesidad. El ácido de Gymnema, es una mezcla de diferentes saponificadores, se cree que es la fracción activa, sin embargo, no se tiene claro un mecanismo de acción.

3.2.3 Hipertensión arterial

3.2.3.1 Definición

Para el National Health Nutrition Examination Survey la hipertensión es definida por cualquiera de los siguientes puntos: presión sistólica mayor o igual a 140 mm/Hg, presión diastólica mayor o igual a 90 mm/Hg y los que reciben tratamiento con antihipertensivos. (28)

El alza de la presión arterial en forma sostenida y sin control terapéutico contribuye al desarrollo de complicaciones, como: cardiopatía hipertensiva, retinopatía hipertensiva, encefalopatía hipertensiva y nefropatía hipertensiva. (28)

3.2.3.2 Clasificación JNC 7

Clasificación	Sistólica	Diastólica
Normal	< 120 mm/Hg	< 80 mm/Hg
Pre hipertensión	120- 139 mm/Hg	80-90 mm/Hg
Hipertensión grado I	140- 159 mm/Hg	90- 99 mm/Hg
Hipertensión grado II	>160 mm/Hg	> 100 mm/Hg

Fuente: Harrison Principios de Medicina Interna 17ª. Ed.

3.2.3.3 Tratamiento

Modificar el estilo de vida de los pacientes pre-hipertensos o hipertensos como complemento de la farmacoterapia, tales como: pérdida de peso y disminución del cloruro de sodio en los alimentos. Adoptar el plan DASH, la cual es una dieta rica en frutas y verduras, baja en productos con grasas saturadas. Aumentar la actividad física, practicando ejercicio aeróbico por lo menos treinta minutos al día.

3.2.3.4 Farmacoterapia

Cuadro 2

Principales familias de medicamentos para el tratamiento de la hipertension

Medicamentos Antihipertensivos	
Diuréticos	Hidroclorotiazida Bendroflumetiazida Indapamida Clortalidona
Betaboqueadores	Atenolol Metoprolol
Antagonistas de los Canales de Calcio	Amlodipina Diltiazem Nitrendipina
Inhibidores de Enzima Convertidora De Angiotensina	Captopril Enalapril Lisinopril
Bloqueadores del Receptor de Angiotesina	Eprosartan Candesartan Losartan Valsartan Irbesartan

Fuente: JAMA, 2014, 311(5), 507-520.

3.2.3.5 Hipertensión y medicina alternativa y complementaria

La discapacidad, las dificultades personales y familiares, la pérdida de ingresos y los gastos médicos ocasionados por la hipertensión repercuten en las familias, las comunidades y las finanzas nacionales. En los países de ingresos bajos y medianos muchas personas no buscan tratamiento para la hipertensión porque su costo es prohibitivo. (30)

En nuestro país algunas personas tienen recursos para poder comprar sus medicamentos o tienen seguro social el cual les brinda los mismos. Hay personas que a pesar de tomar medicamentos no tienen controlada la presión arterial o los mismos tienen efectos secundarios, por lo que recuren a medicina alternativa, en búsqueda de controlar su enfermedad.

Como tratamiento alternativo esta la acupuntura mediante la cual después de la estimulación se logran cambios en las cualidades fisiológicas de la sangre, corazón y vasos sanguíneos. En el corazón tiene efecto regulador sobre los latidos cardiacos. En cuanto su efecto sobre la vasodilatación y vasoconstricción, se sugiere que disminuye el grado de tensión y relajación de las paredes de los vasos sanguíneos. Además tiene un efecto regulador sobre la presión arterial. (31)

En la acupuntura se tiene la utilización del martillo de “flor de ciruelo”, la cual se utiliza en la región cervical, sacra, mastoidea, a los lados de la tráquea y glúteos. Estas aéreas representan las zonas más usadas para el tratamiento de hipertensión arterial. (31)

La práctica del Tai Chi se relaciona a la disminución de las caídas, disminución de la presión arterial sistólica y disminución en el número de medicamentos. En el año 2006 en Perú se realizo un estudio para determinar el efecto de la práctica del Tai Chi sobre la calidad de vida relacionada a la salud en asegurados mayores de 50 años de la Red Asistencial, utilizando el cuestionario EuroQol – 5D demostrado mejorar la calidad de vida relacionada a la salud en los que si realizaban esta práctica. (32)

Debido al carácter crónico de la hipertensión, la posibilidad de establecer tratamientos prolongados de bajo riesgo hace de la fitoterapia una herramienta de gran utilidad en el tratamiento de las HTA leves y moderadas. (32)

Gallego Rivas y colegas (2007) realizaron un estudio que incluyo a 171 pacientes hipertensos, que consultan a clínicas y centros de salud de ASSBASALUD ESE de la ciudad de Manizales. A quienes se les indago sobre el empleo de tratamientos alternativos para el manejo de su patología y cuál de estas predominaba. Se incluyeron parámetros demográficos. La edad promedio fue de 63.45 años, 76.6%

sexo femenino, el 58.2% de los pacientes se encontraba en estadio 1 de hipertensión, el 71-3 emplea terapias alternativas, siendo la más utilizada la fitofrutoterapia con 23.1%, 51.6% automedicadas y 22.2% recomendadas por familiares. (33)

En el 2009, se realizo un estudio con el objetivo de comprobar la eficacia del uso de infusión de plantas medicinales en el control de la presión arterial, entre las que utilizaron: zapote blanco, flor de tilo y pasiflora. A los cinco pacientes se les dio la infusión de las tres plantas durante quince días, al finalizar el tratamiento la presión arterial se mantuvo en valores normales y los pacientes refirieron haber obtenido un mejor sueño y descanso. (34)

El ajo sus efectos destacables como hipotensor, cronotrópico negativo, hipolipemiante, antiagregante plaquetario, hipoglucemiante y antioxidante. Asimismo, debido a la acción de las fructosanas, tiene acción diurética. El ajo carece de toxicidad, aunque su consumo puede producir irritación intestinal por la presencia de cristales de oxalato cálcico. Por vía externa puede producir dermatitis de contacto. (35)

El Olivo (Olea europea L.): se utilizan las hojas. Contiene secoiridoides, en particular el secologanósido, que es precursor de los iridoides, especialmente del oleoeuropeósido. El cual confiere a la droga efecto hipotensor. Su uso está indicado en el tratamiento de la HTA moderada y en la prevención de la arteriosclerosis y tromboembolismos. (35)

Siendo los más comunes para la hipertensión arterial en nuestro país, el uso del bulbo de ajo (allium satium), raíz de cúrcuma (cúrcuma longa), fruta de tamarindo (tamarindus indica), hoja de pasiflora (passiflora ligularis), raíz de jengibre (zengiber officinale), fruto maduro de papaya (carica papaya), hojas de paraíso blanco (moringa olivera), flores de rosa de Jamaica (hibiscus sabdariffa). (36)

Kretchy y colegas (2012) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar patrone y , determinantes del uso de medicina alternativa y complementaria en 400

pacientes hipertensos que consultaban a los Hospitales en Ghana. Para lo cual utilizaron la escala de adherencia al medicamento Morisky (MMAS). El rango promedio de edad fue de 50-59 años, 62-75% género femenino, 63.5% estaba casado, un 52.25% contaba con escolaridad nivel básico, 82-75% cristianos. El 19.5% de los pacientes utilizaban CAM, de los cuales un 65.38% utilizaba terapias biológicas, como la moringa, garlica y preparaciones de plantas. (37)

3.3 Calidad de vida

3.3.1 Antecedentes de calidad de vida

Para algunos historiadores la primera persona que utilizó el término calidad de vida fue el economista norteamericano Galbraith a finales de los años 50 del pasado siglo. Para otros, fue en 1964 el entonces presidente norteamericano Lyndon B. Jonson. En la década de 1970 este término adquiere una connotación semántica. Inicialmente este concepto consistía en el cuidado de la salud personal, luego se convirtió en la preocupación por la salud e higiene públicas, se extendió después a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continuó con la capacidad de acceso a los bienes económicos, y finalmente se transformó en la preocupación por la experiencia del sujeto, la vida social, la actividad cotidiana y la propia salud. (7)

3.3.2 Definición de calidad de vida

La definición y concepción de calidad de vida ha sido y continúa, siendo un proceso complejo que presenta numerosos problemas técnicos y fisiológicos. En el año de 1995 la Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como: la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto del sistema cultural y de valores en que vive, y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. (38)

Múltiples investigadores han tratado de definir calidad de vida relacionada con la salud, entre las propuestas se encuentran la de Schipper, Clinch y Powell en la cual los efectos funcionales de una enfermedad y su terapia sobre un paciente, son percibidos por el mismo. Para Shumaker y Zaughton es la evaluación subjetiva de la influencia del estado de

salud actual, el cuidado de la salud y las actividades promotoras de la salud, en la habilidad para alcanzar y mantener un nivel de funcionamiento general que permita seguir las metas valoradas de vida y que esto se refleje en su bienestar general. La más aceptada por autores de otros artículos es la de Patrick y Erickson es el valor otorgado a la duración de la vida y su modificación por impedimentos, estado funcional, percepción y oportunidades sociales que son influenciadas por la enfermedad, daño, tratamiento o las políticas. (39)

La diferencia entre ambos conceptos es relativamente sutil, debido a que en la calidad de vida se hace énfasis sobre los aspectos psicosociales sean estos cuantitativos y/o cualitativos del bienestar social y del bienestar subjetivo general. En la calidad de vida relacionada con la salud se da mayor énfasis a la evaluación de parte del individuo de las limitaciones que en diferentes áreas biológicas, psicológicas y sociales le ha procurado el desarrollo de una determinada enfermedad y/o accidente. (7)

La “calidad de vida” y “calidad de vida relacionada con la salud” son importantes, porque la primera incluye un amplio rango de constructos, como por ejemplo la satisfacción con el entorno y el sistema político que quedarían fuera del concepto de “calidad de vida relacionada con la salud”. Este es un indicador de resultados de salud y por lo tanto cubre un concepto más restringido que la calidad de vida general. (7)

A partir de 1980, los perfiles epidemiológicos de morbimortalidad en algunos países desarrollados, hizo más popular el desarrollo de nuevas investigaciones, debido al aumento de la esperanza de vida y de enfermedades crónicas, (7)

Son muchos los clínicos e investigadores que plantean la utilización de calidad de vida relacionada a la salud como un indicador de evaluación, fundamentalmente en enfermedades crónicas, ya que las mediciones clínico fisiológicas tradicionales proveen información para el clínico, pero tienen un limitado interés para el paciente, ofreciendo a menudo un correlato pobre de la capacidad funcional y el bienestar, áreas que son mas familiares y que despiertan mayor interés en los pacientes. (39)

3.3.3 Dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha definido como el valor asignado a cinco aspectos de la vida que pueden ser evaluados negativa o positivamente en una ordenación continua de óptimo a mínimo. Estos aspectos o dominios incluyen:

- la salud física
- la salud mental o el funcionamiento psicológico y cognitivo
- el funcionamiento social
- el funcionamiento de los papeles a representar y
- las percepciones de la salud. (40)

Para su evaluación debe ser desglosada en varios aspectos muy diversos que están englobados en las siguientes dimensiones de evaluación: (40)

- Funcionamiento físico: grado de realización de las actividades cotidianas (tanto de autocuidado como otras instrumentales) relacionadas con la propia autonomía, independencia y competencia. Incluye aspectos relacionados con la salud física y con la repercusión de los síntomas clínicos sobre la percepción del paciente en su estado de salud. (40, 41)

- Salud mental: Este apartado considera la repercusión del funcionamiento cognitivo en forma global, también incluye la vitalidad o energía y la competencia percibida para afrontar problemas derivados de la enfermedad o del tratamiento. (41)

- Estado emocional: se evalúan aquellos aspectos relacionados con la ansiedad y la depresión. (41)

- Dolor: Evalúa el nivel de dolor percibido y asociado a la presencia de cualquier enfermedad o síntoma y la interferencia del dolor en la vida cotidiana de la persona. (41)

- Funcionamiento social: Explora la repercusión del estado de salud en el desempeño habitual de las relaciones sociales, el aislamiento social debido a la incapacidad física y las alteraciones en el desempeño de los roles sociales en la vida familiar y laboral. (41)

- Percepción general de la salud: Incluye evaluaciones subjetivas globales del estado de salud de la persona y las creencias relativas a la salud, además se registran en este apartado las preferencias, valores, necesidades y las actitudes referentes a la salud.(41)

Como parte de otras dimensiones: Se incluyen aspectos tales como la función sexual, el grado de satisfacción con la vida, el impacto sobre el rendimiento laboral y las actividades cotidianas. (41)

Las interrelaciones entre el paciente, la enfermedad, las variables del tratamiento, los síntomas y la calidad de vida relacionada a la salud fueron descritas por Wilson y colegas (1995) quienes proponen que los cambios fisiológicos debidos a la enfermedad o al tratamiento conducen a síntomas los cuales a su vez ejercen su influencia en el estado funcional o en la calidad de vida del paciente. Dichas interrelaciones están influenciadas por variables tanto del paciente como del ambiente y pueden afectar su percepción de los síntomas y de los cambios en la calidad de vida. (41)

3.3.4 Medidas de calidad de vida relacionada con la salud

Cuando los pacientes son tratados por patologías crónicas o enfermedades graves que amenazan la vida, el tratamiento debe ser evaluado en términos de si es probable conseguir una vida digna de ser vivida tanto en aspectos sociales y psicológicos como en aspectos físicos. El objetivo primordial de la utilización y medición de la calidad de vida consiste en proporcionar una valoración más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo, y un conocimiento más preciso de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la asistencia sanitaria.(42)

Las medidas de la CVRS deben ser:

1. Subjetivas: Recoger la percepción subjetiva del impacto de la enfermedad sobre el paciente, el cual se encuentra influenciado por sus experiencias, creencias y expectativas.
2. Multidimensionales: Revelar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal, etc.
3. Incluir sentimientos positivos y negativos.
4. Registrar la variabilidad en el tiempo: La edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor) y el estadío de la enfermedad que se padece, marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran. (43,44)

3.3.5 Instrumentos de medición de calidad de vida relacionada con la salud en enfermedades crónicas

Los instrumentos de medida deben cumplir una serie de propiedades:

- Validez: Que el instrumento mida aquello que se pretende medir, que contenga las dimensiones adecuadas.
- Fiabilidad: Que la cantidad de error de medición sea estadísticamente pequeña, controlando la correlación entre variables y la capacidad de reproducibilidad.
- Sensibilidad: Al cambio que refleje verdaderos cambios en la puntuación en el tiempo. (45)

La calidad de vida es un fenómeno que se afecta tanto por la enfermedad como por el tratamiento, por lo que los instrumentos para medir la calidad de vida deben considerarse herramientas adicionales en la evaluación del paciente y en la conducción de ensayos clínicos. Los instrumentos para medir la calidad de vida se han diseñado con diversos propósitos como conocer y comparar el estado de salud entre poblaciones (aspectos fundamentales para estrategias y programas en políticas de salud), evaluar el impacto de ciertas intervenciones terapéuticas o modificar los síntomas y función física a través del tiempo. (38)

Un cuestionario diseñado para medir CVRS debe basarse en el paciente como fuente de información, reflejando su opinión. Hay que tener en cuenta algunas consideraciones

prácticas cuando se pretende administrar el cuestionario en condiciones habituales de la práctica clínica. Estos pueden ser autoadministrados o realizarse mediante entrevista personal o telefónica. En general, un cuestionario que pueda ser completado por el paciente es más práctico. Los cuestionarios de CVRS tienen dos partes. La primera parte contiene unas instrucciones de administración para el usuario o el entrevistador, si los datos se recogieran mediante entrevista. El formulario debe ir también acompañado de una declaración explícita de confidencialidad y garantía de anonimato. La segunda parte es el cuestionario propiamente dicho, que consta de unas dimensiones de la CVRS y unos ítems o preguntas que describen los diferentes niveles de estas dimensiones. Cada pregunta es respondida en forma de una escala. (46)

Los instrumentos de medida de la calidad de vida relacionada a la salud se clasifican en instrumentos genéricos y específicos. (47)

- Genéricos: No están relacionados con ningún tipo de enfermedad y son aplicables a la población general y a grupos de pacientes. Pero tienen el riesgo de ser poco sensibles a los cambios clínicos, por lo que su finalidad es descriptiva. (47).

Se subdividen en:

- Perfiles de Salud: Incluyen dimensiones genéricas por lo que suelen ser aplicables a pacientes con diferentes estados de salud, independientemente de la edad y del tipo de patología. Permiten efectuar comparaciones de la CVRS global en pacientes con diferentes patologías.

- Medidas de Utilidad o Preferencia: Se basan en las preferencias que las personas asignan a diferentes estados de salud y están especialmente diseñadas para realizar estudios de costes y toma de decisiones con repercusiones económicas. (44,47)

Los más utilizados son: Sickness Impact Profile –Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad–, Nottingham Health Profile –Perfil de Salud de Nottingham– y SF–36, los cuales aportan información descriptiva, predictiva o evaluativa de un individuo o grupos de

individuos a manera de puntuación, que resume en cada dimensión la puntuación obtenida. A fin de caracterizar el perfil de salud global del sujeto. (47)

- Específicos: Contienen dimensiones de la calidad de vida relacionada a la salud de una determinada patología que se quiere evaluar. Las medidas concretas se refieren a las áreas que los clínicos evalúan, el impacto de los síntomas en la medición de la calidad de vida, extraídos a través de la entrevista médica y la exploración física. Por lo tanto, esta medida no permite comparaciones entre diferentes enfermedades. Debido a esto se han diseñado instrumentos específicos para evaluar la calidad de vida de pacientes con artritis reumatoide, Parkinson (PDQ-39), con síntomas gastrointestinales, pacientes oncológicos, pacientes sometidos a radioterapia de cabeza y cuello, en pacientes con diálisis, epilépticos, en insuficiencia respiratoria, en ancianos y otros más. (47)

3.3.5.1 Instrumentos de medición genéricos de calidad de vida relacionados con la salud en enfermedades crónicas

- Perfil de Salud de Nottingham (The Nottingham Health Profile, NHP)

  A finales de los años 70 fue desarrollado originariamente en Gran Bretaña para medir la percepción subjetiva del impacto de los problemas de salud. Es un instrumento genérico para la medida del sufrimiento físico, psicológico y social asociado a problemas médicos, sociales y emocionales y del grado en que dicho sufrimiento incide en la vida de los individuos. Los objetivos iniciales que motivaron el desarrollo del perfil fueron:

  - Proporcionar algunas valoraciones de personas necesitadas de atención que no estuvieran puramente basadas en criterios médicos.
  - Permitir la subsecuente evolución de la atención proporcionada a las personas necesitadas.
  - Poner en marcha el desarrollo de un indicador que pudiera ser utilizado en una encuesta del estado de salud de la población. (40)

El contenido del cuestionario se divide en dos partes:

La primera, se compone de 38 ítems pertenecientes a seis grandes dimensiones de la salud: Energía (3 ítems), dolor (8 ítems), movilidad física (8 ítems), reacciones emocionales (9 ítems), sueño (5 ítems), y aislamiento social (5 ítems). Dentro de cada área, los planteamientos habían sido valorados utilizando el método Thurstone para comparaciones con datos apareados. Los valores reflejan la importancia percibida de los ítems desde la opinión consensuada mayoritariamente. Los ítems representan diferentes estados de salud. La segunda parte consiste en siete preguntas sobre la existencia de limitaciones a causa de la salud en siete actividades funcionales de la vida diaria: trabajo, tareas domésticas, vida social, vida familiar, vida sexual, aficiones y tiempo libre. En ambas partes del cuestionario los sujetos que contestan deben indicar para cada uno de ellos si son aplicables a su persona mediante respuesta “Sí/No”. (40)

- Cuestionario WHOQOL-BREF

  Es la versión abreviada de la escala elaborada por la Organización Mundial de la Salud para evaluación de la calidad vida (World Health Organization Quality of Life). El instrumento proporciona una alternativa óptima al Whoqol-100, permitiendo una forma rápida de puntuar los perfiles de las diferentes dimensiones. Está compuesto por 26 preguntas o ítems, una pregunta por cada una de las facetas contenidas en el WHOQOL- 100 y dos preguntas generales sobre calidad de vida global y salud general. Cada ítem tiene cinco opciones de respuesta ordinales tipo likert, y todos producen un perfil de cuatro dimensiones o dominios:

  I – Dominio Físico, facetas: dolor y malestar, dependencia de medicación o tratamiento, energía y fatiga, movilidad, sueño y descanso, actividad cotidiana, capacidad de trabajo.

  II – Dominio Psicológico, facetas: sentimiento positivo, espiritualidad, religión creencias personales, pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración. Imagen corporal, apariencia, autoestima y sentimientos negativos.

III – Relaciones sociales, facetas: relaciones personales; actividad sexual; soporte social.

IV – Medio ambiente, facetas: seguridad física y protección, entorno físico, recursos económicos, oportunidades para adquisición de información, habilidades, hogar; cuidados de salud y sociales, disponibilidad, calidad, transporte (48)

El cuestionario debe ser autoadministrado, aunque puede ser entrevistado en situaciones especiales (educación, salud, etc.) (48)

- MOS 36-ítem Short Form Health Survey (SF-36)

  Fue desarrollado originariamente en Estados Unidos durante el Medical Outcomes Study (MOS) para medir conceptos genéricos de salud relevantes a través de la edad, enfermedad y grupos de tratamiento. Proporciona un método exhaustivo, eficiente y psicométricamente sólido para medir la salud desde el punto de vista del paciente, puntuando respuestas estandarizadas a preguntas estandarizadas. Está diseñado para ser autoadministrado, administrado por teléfono o durante una entrevista en pacientes encuestados mayores de 14 años de edad. (48)

  Los 8 conceptos de salud fueron seleccionados de 40 incluidos en el Medical Outcomes Study (MOS) para representar aquellas medidas más frecuentemente afectadas en encuestas de salud ampliamente utilizadas y aquellas más afectadas por la enfermedad y tratamiento.(48)

  El contenido de las ocho dimensiones que recogen los 36 ítems:

  I. Función física: Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas
  II. De la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos. 10 ítems.

II. Rol físico: Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas. 4 ítems.

III. Dolor corporal: Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar. 2 ítems.

IV. Salud general: Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual, las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar. 5 ítems.

V. Vitalidad: Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo. 4 ítems.

VI. Función social: Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual. 2 ítems.

VII. Rol emocional: Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.3 ítems.

VIII. Salud mental: Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general. (48,49)

Adicionalmente incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas, pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del cuestionario. (49)

Además el cuestionario permite el cálculo de dos puntuaciones sumario, el componente sumario físico (PCS) y mental (MCS), mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión. (49)

3.3.5.2 Instrumentos de medición específicos de calidad de vida relacionada con la salud en artritis reumatoide

- Arthritis Impact Measurment Scales (AIMS)

  Esta escala se realizó en 1980 por Robert f. Meenan, en la Universidad de Boston, fue revisado en 1991. Existen dos versiones el original (AIMS) y la versión revisada (AIMS2). Este cuestionario lo puede realizar el mismo paciente. Consta de varias preguntas que cubren la calidad del paciente en su ámbito físico, emocional y social. El AIMS consta de 45 items agrupadas en 9 escalas de Guttman que aborda movilidad, actividad física (caminar, doblar, levantar), habilidad, actividades del hogar (manejo de dinero, medicamentos, mantenimiento del hogar), actividades sociales, dolor, depresión, ansiedad y actividades del diario vivir. La mayoría de estas preguntas se refieren a los problemas que ocurren desde hace un mes. El AIMS2 tiene 78 items, los primeros 57 se agrupan en 12 escalas, estas se agrupan en 5 componentes: Fisico (movilidad, caminar e inclinarse, función de mano y dedos, función del brazo, cuidado personal y tareas del hogar); Síntomas (dolor artrítico); Rol (trabajo); Interacción Social (actividades/apoyo) y Estado (tensión y humor). Los 44 items restantes abarcan su satisfacción enfocada a su salud, el impacto de la artritis en su función y prioridades para mejorarla. Se evalúan de 0 a 100, siendo 0 mala calidad de vida y 100 calidad de vida óptima.(50)

- The Reumatoid Arthritis Quality of Life Questionnaire (RaQoL)

  Este cuestionario fue realizado por Galen Research, de la Universidad de Leeds y el Hospital Académico de Maastricht, se publicó por primera vez en 1997. Consta de 30 items con formato respuesta de si o no, toma aproximadamente 6 minutos contestarlo. La puntuación se da sumando los ítems, da un rango entre 0 a 30, la puntuación más baja indica una mejor calidad de vida. (51)

- Rapid Assessment of Disease Activity in Rheumatology (RADAR)

  Este cuestionario se realizó en la Universidad de Massachussets en 1992, se trata de un cuestionario corto dónde el paciente hace una estimación de la actividad de su enfermedad, su estado clínico y una valoración del número de articulaciones

dolorosas y tumefactas. Este mide la actividad de la enfermedad percibida por el paciente. Se compone de 6 apartados dónde el propio paciente valora su estado general en los últimos 6 meses, la actividad de la artritis, la actividad según las articulaciones dolorosas y tumefactas. Una valoración de la rigidez matutina, una valoración de la capacidad funcional y un recuento de articulaciones dolorosas o inflamadas. La actividad de la artritis reumatoide se califica de 0 a 100, siendo capacidad funcional de 0 a 40 y recuento articular 0 a 60. (52)

3.3.5.3 Instrumentos de medición específicos de calidad de vida relacionada con la salud en diabetes mellitus

- Diabetes 39 (D-39)

Este instrumento fue especialmente diseñado para evaluar la calidad de vida en personas con diabetes, siendo elaborado en 1997 por Boyer y Earp con 39 ítems que incluyen cinco dimensiones de la vida de los pacientes: energía y movilidad, control de la diabetes, ansiedad y preocupación, impacto social, y funcionamiento sexual. El propósito del D-39 es investigar sobre los asuntos de relevancia para todos los pacientes diabéticos y determinar sus necesidades desconocidas. Puede ser aplicado a un amplio grupo de pacientes, sin restricciones en cuanto a sexo, edad, nivel educativo, nivel de salud o etnia. Los ítems utilizan 7 puntos en la escala analógica visual. Para cada pregunta, el entrevistado marca con una “x” para indicar el nivel de concordancia con la pregunta. (53)

- Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life (ADDQoL)

Este instrumento fue desarrollado por Bradley y colaboradores en 1999 para medir la percepción individual del impacto de la diabetes y su tratamiento en la calidad de vida. Contiene 13 items de dominio específico relacionados a la funcionalidad física, bienestar psicológico, bienestar social, actividades funcionales y desarrollo personal. Cada ítem utiliza una escala de 7 puntos (de - 3 a +3) y el paciente debe indicar la importancia o peso que atribuye cada ítem.

Se llega a la puntuación final del instrumento que puede variar de -9 (máximo impacto negativo) a + 9. (53)

- Diabetes Quality of Life Measure (DQOL)

  Este instrumento fue elaborado por el grupo del Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) en 1988 para ser aplicado en un estudio clínico multicéntrico aleatorizado, que fue diseñado para evaluar los efectos del tratamiento intensivo en pacientes con diabetes tipo 1 sobre la calidad de vida. El DQOL puede ser útil también en la evaluación de la calidad de vida de otros grupos de pacientes con diabetes insulinodependiente. Está constituido por 46 preguntas auto-administradas, distribuidas en 4 dimensiones: satisfacción (15 preguntas), impacto (20 preguntas), preocupación social/vocacionales (7 preguntas) y preocupación relativa a la diabetes (4 preguntas). Las respuestas se cuantifican utilizando una escala de 5 respuestas ordinales. (53)

- Well-Being Inquiry for Diabetes (WED)

  El WED es un instrumento específico creado en 1996 por Manucci y colaboradores para medir calidad de vida en la diabetes en diferentes ambientes clínicos Esta herramienta se compone de 50 ítems auto-administrados, que utilizan una escala de 5 puntos, y que evalúan 4 áreas de la calidad de vida que son: síntomas, incomodidad, serenidad, e impacto. El WED puede aplicarse tanto a pacientes con diabetes tipo 1 como tipo 2. (53)

3.3.5.4 Instrumentos de medición específicos de calidad de vida relacionada con la salud en hipertensión arterial

Cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (CHAL) En España, durante 1992 se propuso un cuestionario de CVRS para pacientes con hipertensión arterial, con el objetico de determinar la relación existente entre la CVRS y las variables clínicas. Obteniendo una versión de 55 ítems agrupados en 2 dimensiones: estado de ánimo (EA), constituido por 36 ítems, y manifestaciones somáticas (MS), constituidas por 19 ítems, con un marco temporal de referencia de 15 días. (54)

MINICHAL

Se desarrolló en España en 2001 y contiene 16 ítems. Diez ítems se refieren al dominio estado de ánimo y seis ítems a manifestaciones somáticas. Las preguntas se refieren a los últimos siete días. La escala de puntaje es del tipo likert con cuatro respuestas posibles (0 = no, en absoluto; 1 = sí, algo; 2 = sí, bastante; 3 = sí, mucho). Los puntos varían de 0 (mejor nivel de salud) a 30 (peor nivel de salud) para la dimensión "estado de ánimo", y para la dimensión "manifestaciones somáticas" varían de 0 (mejor nivel de salud) a 18 (peor nivel de salud). (55)

3.3.6 Estudios de calidad de vida relacionada con la salud en enfermedades crónicas

3.3.6.1 Estudios de calidad de vida relacionada con la salud en artritis reumatoide

Durante el año 2009, en Guatemala se realizo un estudio sobre la evaluación de la calidad de vida en 118 pacientes con artritis reumatoide que consultaron a la unidad de Reumatología del Hospital Roosevelt. Por lo que se revisaron los expedientes clínicos y se les pasaron los cuestionarios SF-36, HAQ, DAS 28 y datos generales. El 92% era sexo femenino, la edad promedio fue de 65 años, 45% era casado, 55% curso la primaria y el 74% eran amas de casa. En relación al cuestionario DAS 28 que mide el grado de actividad de la enfermedad, el 44% de los pacientes tiene actividad moderada; el HAQ el 48% tenía ausencia de discapacidad y un 37% leve discapacidad; según el SF-36 el mejor estado de salud correspondió a la dimensión función social con 70 puntos y la de salud mental 67 puntos. Siendo la dimensión más baja el rol físico con 52.8 puntos. (31) Las puntuaciones de las otras dimensiones evaluadas: salud mental 67, función física 65, rol emocional 61.6, vitalidad 61.2, dolor corporal 57.8, salud general 53.4 y rol físico 52.8. (8)

Escobar y colegas (2012) realizaron un estudio para determinar la calidad de vida relacionada con la salud y algunos factores asociados en 366 personas con artritis reumatoide de una institución de referencia de la ciudad de Medellín, Colombia. Para lo cual utilizaron el cuestionario SF-36 y revisaron la historia clínica. La edad

promedio fue de 56 años, el 91% era sexo femenino, 96% de los pacientes pertenece a nivel socioeconómico bajo y medio, 55% casados, promedio de años de escolaridad fue de 8.(56)

En cuanto ocupación el 52% no recibía remuneración, 24% jubilados, 14% eran trabajadores y 10% obreros. Al evaluar el cambio de salud actual respecto a la de hace un año los pacientes empleados afirmaron que era igual o peor, igual respuesta fue la de pacientes jubilados. Al analizar las dimensiones del SF-36 la mediana en la salud general fue de 52, mientras que la función física fue de 42.5, la dimensión emocional obtuvieron 100 puntos o menos mientras que la del dolor corporal fue de 41 puntos, en cuanto vitalidad la mediana fue de 55 puntos, la salud mental con 68 puntos, la función social se obtuvo 75 puntos y el rol físico fue el que presento la puntuación más baja con 25 puntos. (55)

3.3.6.2 Estudios de calidad de vida relacionada con la salud en diabetes mellitus

De la Cruz González (2004) realizó un estudio con el objetivo de describir la percepción que poseen 100 pacientes con diabetes tipo 2 sobre su Calidad de Vida, su asociación con variables socio demográficas y clínicas. El cual se realizó en un hospital de primer nivel de atención en la ciudad de Cárdenas Tabasco, México. El promedio de edad fue de 55 años, el 56% sexo femenino, 61% eran casados, el promedio de escolaridad fue de 6 años. En relación a la calidad de vida, el promedio fue de 55 puntos de los cuales la dimensión con mayor puntaje fue rol emocional con 60 puntos, la que presentó peor calidad de vida fue dolor corporal con 51 puntos. En orden descendiente salud mental con 57, función física con 56, vitalidad con 54, rol físico con 52 puntos. Las variables socio demográficas como edad y años de padecer diabetes mellitus presentaron asociación en como percibían los pacientes su calidad de vida. (57)

Mena Martínez y colegas(2006) llevaron a cabo un estudio en el Hospital Universitario del Rio Hortega, España donde se evaluó por medio del SF-36 que aspectos de la calidad de vida relacionada con la salud se ven afectados por la diabetes mellitus tipo 2, la influencia del control glucémico y de los factores de

riesgo cardiovasculares asociados. Reportando menores puntuaciones en las dimensiones de función física, dolor corporal, salud general
y vitalidad. Las dimensiones de función social y salud mental no se vieron afectadas. (58)

Farah Naja y colegas (2014) realizaron un estudio en Beirut Líbano, sobre prevalencia y correlación de MAC en pacientes diabéticos tipo 2. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia y los modos de uso de MAC entre los pacientes con diagnostico de diabetes mellitus tipo 2. Se utilizo un estudio transversal donde utilizaron un cuestionario que consto de tres secciones: datos socio demográficos, características del paciente diabético, tipos y modos de uso de MAC. Los resultados evidenciaron que. Los pacientes que fueron incluidos en la muestra fueron citados en dos grandes centros de referencia, un hospital público y un centro médico académico privado. Donde un total de 333 pacientes con diagnostico de diabetes mellitus tipo 2 completaron la encuesta con una tasa de respuesta de 94.6% donde evidencian que los alimentos populares y las hiervas fueron las MAC más usados, seguidos de los productos naturales, uno de cada 5 pacientes utilizaron MAC como alternativa al tratamiento convencional. Solo el 7% de los pacientes que utilizaban MAC lo notifico a su médico tratante. Los resultados obtenidos mostraron que el valor cultural de las hiervas como tratamiento sigue siendo parte de la memoria colectiva de la gente de la región a pesar de su marginalidad y decadencia, además la facilidad de acceso y menor costo de los productos puede haber contribuido a su uso generalizado en la población estudiada, donde concluyeron que el uso de MAC en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Líbano es prevalente. (59)

3.3.6.3 Estudios de calidad de vida relacionada con la salud en hipertensión arterial

Roca-Cusachs y colegas (1992) diseñadores del cuestionario de Calidad de Vida CHAL, desarrollaron uno de los primeros estudios aplicándolo a tres muestras, dos grupos de hipertensos, uno hospitalario (n=90) y otro de asistencia primaria (n=89), y a un grupo control (n=76). En el cual observaron que aunque las dos

poblaciones hipertensas diferían entre sí significativamente en edad, sexo, usos terapéuticos, repercusión orgánica y presión arterial, su calidad de vida era globalmente similar; se diferenciaba en cambio de la del grupo control, en el que se observaban unos índices mejores. En la población hipertensa, ni el sexo, ni la gravedad de la hipertensión, ni el tipo de tratamiento o el tiempo de evolución influían en la calidad de vida. (60)

Vinaccia y colegas (2007) en España se realizo un estudio de 282 pacientes con diagnostico de hipertensión arterial leve en tratamiento farmacológico que acuden a una institución prestadora de servicios de salud de la ciudad de Medellín, Colombia. De la cual 52.5% era género masculino, 47.5% femenino, con una edad media de 60.8 años, nivel educativo de educación básica, un 11.7% realizó estudios universitarios. Más del 50% estaban casados. El tiempo de diagnostico de la enfermedad está entre 7 y 10 años. Los resultados obtenidos, en las dos dimensiones del cuestionario CHAL fueron bajos, estado de ánimo (EA) con 44.7 y manifestaciones somáticas (MS) con 23.1. Lo cual indica, que la calidad de vida fue desfavorable en cuanto a sus relaciones interpersonales, visión del futuro, estado de ánimo negativo, autoeficacia y síntomas somáticos asociados con la enfermedad. (60)

Konerman y colegas (2011) realizaron un estudio con el objetivo de valorar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hipertensos y normotensos utilizando el SF-36. Se entrevistaron a 140 pacientes afroamericanos mayores de 18 años. De los cuales un grupo de 67 pacientes tenían como único diagnóstico hipertensión arterial; 43% eran mujeres, edad promedio 56±9 años, en tratamiento farmacológico durante 8±4 años. El otro grupo de 73 sujetos sanos, 62% mujeres, edad promedio 50±8 años. Ambos grupos se diferenciaron en todos los factores medidos de CVRS, excepto en el dolor corporal. Los normotensos tuvieron mejor calidad de vida. Por esto los individuos con HTA mostraron ciertas limitaciones físicas y emocionales que podrían afectar su vida social y laboral. (61)

3.3.6.4 Estudios de calidad de vida relacionada con la salud con SF-36 en Guatemala

Cheté (2010) realizó una investigación cuyo objetivo era medir la calidad de vida de 40 pacientes que obtuvieron tratamiento rehabilitativo integral secundario a una lesión medular en el Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se utilizó el Cuestionario SF-36, obteniendo los siguientes resultados: el 92.5% era sexo masculino, el rango de edad fue de 18 a 64 años; la dimensión mas alta fue rol emocional con 78.23 la que revelaba peor calidad de vida fue salud general con 49.15; el rol físico 73.75, función social 73.34, salud mental 72.65, vitalidad con 69.13 y dolor corporal con 64.73.(9)

López y Greenberg (2012) evaluaron la calidad de vida de 50 pacientes con psoriasis de la consulta externa en el Instituto de Dermatología y Cirugía de la piel (INDERMA), con el objetivo de determinar si existían alteraciones psico-afectivas que repercuten en la calidad de vida de los pacientes. Así mismo, analizar cómo la psoriasis está asociada a trastornos psicológicos, a la influencia de ésta en la autoimagen, en el estado de ánimo y en la sociabilidad del paciente. Por lo que utilizaron el cuestionario SF-36 y se agruparon a los pacientes tomando en cuenta la extensión de superficie corporal afectadas en base al PASI (Psoriasis Area and Severity Index), luego las respuestas fueron tabuladas. Evidenciando que más del 50% de los pacientes estudiados con Psoriasis presentan afección en su Calidad de Vida. El comportamiento del rendimiento laboral, emocional, bienestar físico y esfera sexual no evidencia afección de la calidad de vida a pesar de la severidad de la psoriasis. El 52% de los pacientes refirió tener afectada su vida social. (10)

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1 Tipo y diseño de la investigación

Estudio descriptivo transversal

4.2 Unidad de estudio

4.2.1 Unidad de Análisis: Datos socio demográficos de pacientes con enfermedades crónicas, costos de MAC y puntaje de cuestionario SF- 36 realizado a pacientes que acudieron a las consultas externas de los Hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt.

4.2.2 Unidad de Información: Pacientes adultos mayores de 18 años de ambos sexos que padecían Artritis reumatoide, Diabetes mellitus y/o hipertensión Arterial y que usaron medicina alternativa por un período mayor a 3 meses.

4.3 Población y muestra

Hombres y mujeres mayores de 18 años, ambos sexos, que padecían Artritis reumatoide, Diabetes mellitus y/o Hipertensión arterial que acudieron a las consultas externas de los Hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt.

4.3.1 Marco muestral: Pacientes que acudieron a la consulta externa de cardiología, endocrinología y/o reumatología del Hospital General San Juan de Dios y a la consulta externa de cardiología, endocrinología y/o reumatología del Hospital Roosevelt.

4.3.2 Muestra: Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, el cual se realizó de la siguiente manera:

Número total de pacientes que acudieron a las consultas externas de los Hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt y padecían Artritis reumatoide, Diabetes mellitus y/o Hipertensión arterial y que utilizaban medicina alternativa y complementaria durante un período mayor a 3 meses.

4.4 Selección de los sujetos a estudio

4.4.1 Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años, hombres y mujeres que aceptaron participar, con diagnóstico de Artritis reumatoide, Diabetes mellitus y/o Hipertensión arterial que usen MAC.
- Pacientes que acudieron a las clínicas de consulta externa de cardiología, endocrinología y/o reumatología del Hospital General San Juan de Dios y a la consulta externa de cardiología, endocrinología y/o reumatología del Hospital Roosevelt.
- Haber usado por un período mayor a 3 meses MAC.

4.4.2 Criterios de exclusión

- Pacientes con déficit neurológico que les impidió proporcionar información.

4.5 Medición de variables

Macro Variable	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Criterios de clasificación
Socio demográfico	Edad	Tiempo que un individuo ha vivido desde su nacimiento hasta un momento determinado.	Dato de la edad en años anotado en el registro clínico	Cuantitativa discreta	Razón	Años
	Sexo	Condición orgánica masculino o femenino.	Auto percepción de la identidad sexual durante la entrevista	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Masculino Femenino
	Escolaridad	Tiempo durante el cual un alumno asiste a un centro de enseñanza.	Último nivel de educación formal obtenido	Cualitativa	Ordinal	Analfabeta Primaria Básica Diversificada Universitaria
	Estado civil	Situación determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Situación personal de cada individuo en la sociedad	Cualitativa Politómica	Nominal	Casado (a) Soltero(a) Unido(a) Divorciado(a) Viudo (a)
	Etnia	Comunidad natural de hombres que presentan ciertas afinidades raciales, lingüísticas, religiosas o culturales	Auto percepción cultural	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Indígena No indígena

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
Costo de MAC	Precio de un producto dado para su compra-venta en el mercado general.	Cantidad de dinero destinado para el pago de tratamiento basado en MAC por mes	Cuantitativa Continua	Razón	Quetzales
Tipo de MAC	Grupo de medicinas que se usan asociadas o no al tratamiento convencional, como medida de soporte para el tratamiento para el control sintomático, mejoría en la calidad de vida y la contribución a la salud global del paciente.	Uso actual de productos naturales, medicina de la mente y el cuerpo, así como prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo.	Cualitativa Politómica	Dicotomica	Biológica No biológica
Calidad de vida	Percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto del sistema cultural y de valores en que vive, y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.	Información obtenida por medio del test SF 36, donde:	Cuantitativa Discreta	Razón	0- 100 puntos
Tiempo de uso de MAC	Período de tiempo en el que se utiliza tratamientos alternativos o complementarios.	Dato de la unidad de tiempo(meses) de uso de MAC registrado en la boleta.	Cuantitativa Discreta	Razón	Meses

4. 6 Técnicas, procesos e instrumentos utilizadas en la recolección de datos

4.6.1 Técnicas de recolección de datos

Se realizo una entrevista, la cual se conformó por una serie de preguntas que se dividieron en tres partes: la primera, contenía datos socio demográficos. La segunda tipo y tiempo de uso de medicina alternativa y complementaria empleada por cada paciente. La tercera parte contenía el test SF-36 que evaluó la calidad de vida.

4.6.2 Procesos

- Se realizó la elección del tema de investigación.
- Se investigaron diversas fuentes bibliográficas para así escoger y delimitar el tema de investigación.
- Se presentó el anteproyecto de investigación.
- Autorización del anteproyecto de investigación por la unidad de trabajos de graduación.
- Realización del protocolo de investigación.
- Solicitudes de cartas de autorización y aval para la realización de la investigación en los hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt, en la consulta externa de cardiología, endocrinología y reumatología, se abordo a los pacientes asistentes a las consultas externas y se incluyo en el estudio a los que cumplieron con los criterios de inclusión y firmaron el consentimiento informado.
- Con los datos obtenidos mediante el cuestionario estructurado y el test SF-36, se procedió a la tabulación de los mismos.
- Presentación, interpretación y análisis de resultados.

4.6.3 Instrumentos utilizados en la recolección de datos

Se utilizó el test SF 36 el cual consta de 36 preguntas (ítems) que detectan estados de salud tanto positivos como negativos. El test final cubre 8 de los conceptos o dimensiones de la salud más importantes y ampliamente utilizadas, centrando su contenido en el estado funcional es decir físico y el bienestar emocional y mental. El Bienestar mental se obtiene por medio de la esfera de salud mental la cual incluye las siguientes dimensiones: salud general SG (5

ítems), rol emocional RE (3 ítems), Salud Mental SM (5 ítems), Vitalidad VT (4 ítems) y función social FS (2 ítems). El Bienestar físico se obtiene por medio de la espera de salud física la cual incluye las siguientes dimensiones: función física FF (10 ítems), rol físico RF (4 ítems) y dolor corporal (DC). La asignación de puntaje final se hace por puntaje RAM, este transforma el puntaje en escala de 0-100. La pregunta de 3 categorías se puntea de 0, 50 y 100; con 5 categorías se puntea 0, 25, 50, 75 y 100, con 6 categorías se puntea 0, 20, 40, 60, 80 y 100.

Finalmente la evaluación General de la Salud incluye la esfera de la salud física y la salud mental. Las cuales se obtienen sumando y promediando para la esfera de salud física la función física, rol físico y dolor corporal, para la esfera de salud mental se suman salud general, rol emocional, vitalidad y salud mental. Procesamiento de datos.

4.7 Procesamiento y análisis de datos

4.7.1 Procesamiento de datos: Se hizo un conteo de las encuestas, tabulando por separado cada una de las partes del cuestionario estructurado. Se califico manualmente el test SF-36, sus 8 dimensiones siendo estas: salud general (SG), función física (FF), limitación por problemas físicos, dolor rol físico (RF), rol emocional (RE), función social (FS), dolor corporal (DC), vitalidad (VT) y salud mental (SM). Cada una de estas dimensiones tiene un punteo que va de 0-100 ≤ 50 puntos se considera mala calidad de vida y ≥ 51 puntos se considera buena calidad de vida. Las dimensiones se agruparon para así generar dos esferas generales de calificación siendo estas: esfera de salud física y esfera de salud mental. Donde se utiliza el punteo de igual al de las 8 dimensiones. 0-100 ≤ 50 puntos se considera mala calidad de vida y ≥ 51 puntos se considera buena calidad de vida. Logrando la tabulación de estos datos, los mismos se agruparon en una base de datos en Excel.

4.7.2 Análisis de Datos: Se realizó utilizando estadística descriptiva, se analizaron las variables cualitativas por medio de frecuencia y porcentajes.

Para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central, media, mediana y medidas de dispersión como desviación estándar.

Se analizó de acuerdo a los resultados obtenidos de cada variable como a continuación se presenta:

Variable cuantitativa	**Estrategia de análisis y medición**
Edad	Frecuencia, media y desviación estándar.
Costo de MAC	Frecuencia, media, desviación estándar y formula de Sturges
Calidad de vida	Frecuencia y media
Tiempo de uso de MAC	Frecuencia, media, desviación estándar.
Variables cualitativas	**Estrategia de medición**
Sexo	Frecuencia, porcentaje.
Escolaridad	Frecuencia, porcentaje.
Estado civil	Frecuencia, porcentaje.
Etnia	Frecuencia, porcentaje
Tipo de MAC	Frecuencia, porcentaje.

4.8 Límites

4.8.1 Obstáculos

Se trabajó en las consultas externas de los Hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt en las clínicas de especialidades de cardiología, endocrinología y/o reumatología, dicho lugar no cuenta con espacios adecuados para la realización de la entrevista.

El dialecto nativo de algunas personas en el momento de la entrevista, obstaculizó la investigación y fue necesaria la participación de familiares que colaboraron como traductores para cumplir con el objetivo del estudio.

Las características socioeconómicas y el nivel de escolaridad de la población encuestada, creó una falta de compresión de las preguntas realizadas y por ende obtención de datos, por lo que fue necesaria la utilización de más tiempo para cumplir los objetivos de la investigación.

El tiempo fue un factor que limitó la entrevista por horarios propios de las instituciones en las cuales se realizó el estudio, tiempo limitado del entrevistado por razones personales al momento de la entrevista.

Algunas autoridades de la consulta externa del Hospital Roosevelt no otorgaron el permiso para efectuar las encuestas en el área de reumatología, razón por la cual no hubo muestra de pacientes con artritis reumatoide en dicho hospital y se vio afectada la muestra general.

El uso de forma intermitente de medicina alternativa fue lo que excluyó a muchos pacientes del estudio, ya que un criterio de inclusión era el uso constante durante tres meses de la misma, y en el momento de la encuesta no fueron tomados en cuenta.

4.8.2 Alcances

La investigación pretende brindar información sobre la calidad de vida en pacientes que hacen uso de medicina alternativa y complementaria y que padecen de enfermedades crónicas como Artritis reumatoide, Diabetes mellitus e Hipertensión arterial. Con ello se contó con información actualizada y confiable acerca de la cantidad de hombres y mujeres que utilizan MAC y el efecto que ha tenido ésta en su calidad de vida.

4.9 Aspectos éticos de la investigación

Se tuvo en cuenta el respeto por los pacientes y sus decisiones autónomas, por lo que se les proporcionó un consentimiento informado, donde se les comunicó el uso que se le dio a la información. En relación a la confidencialidad, fue necesario revelar la información personal de salud a otros, incluida la comunidad científica en general, por lo que la información debe hacerse anónima, almacenarse y transmitirse en forma segura. No se publicó información que dañe la integridad del paciente.

El estudio contó con beneficencia, porque no se puso en riesgo la vida de los participantes. Los beneficios fueron positivos, ya que contribuyó a evaluar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas que utilizan medicina alternativa y complementaria.

4.9.1 Categoría de riesgo

Dada la naturaleza del estudio es decir de categoría I, no se expuso a ningún riesgo a la población sujeto a estudio, sin embargo se proporcionó un consentimiento informado a cada uno de los pacientes entrevistados, adjunto al cuestionario, explicando el desarrollo y enfoque del estudio.

4.9.2 Consentimiento informado

La finalidad del consentimiento informado es asegurar que los individuos participen en la investigación clínica propuesta, solo cuando ésta es compatible con sus valores, intereses y preferencias. Ya que éste brinda información sobre la finalidad, riesgos, beneficios y las alternativas del estudio. Con el propósito de brindar información y conocimientos suficientes de los elementos de la investigación, para concientizar su participación en beneficio de su salud. Esto se demuestra cuando el participante firma el consentimiento informado. Además incluyó una cuidadosa explicación oral del proyecto y los beneficios que implican para el paciente.

El paciente tuvo la opción de retirarse en el momento que lo considere oportuno.

5. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados del estudio realizado en los hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt, obteniendo así un total de 203 pacientes, encuestados de estos de 29 pacientes con Artritis reumatoide, 65 con Diabetes mellitus y 109 con Hipertensión arterial.

Se presenta la caracterización de los pacientes encuestados de acuerdo al sexo, etnia, escolaridad, estado civil y un promedio del tiempo de uso de medicina alternativa y costo del mismo. Luego se representa el tipo de medicina alternativa usado por los pacientes encuestados, como la descripción de las principales plantas y terapias utilizadas por enfermedad. Prosigue una representación en general y por enfermedad de la calidad de vida en las esferas física y mental. Se grafica las 8 dimensiones, salud general, función física, rol físico, rol emocional, función social, vitalidad, dolor corporal y salud mental, por cada enfermedad y por último se muestra el gasto mensual que implica para cada paciente usar MAC.

Tabla 1

Caracterización de los pacientes con Artritis reumatoide, Diabetes mellitus y/o Hipertensión arterial, que usa MAC, en las consultas externas de los hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt, junio – julio 2014

Pacientes	(n=203)
Edad en años (media +/- DS)	59.7 +/- 10.21
Sexo (%)	
Femenino	177 (87)
Masculino	26 (13)
Etnia (%)	
No indígena	181 (89)
Indígena	22 (11)
Escolaridad (%)	
Analfabeta	29 (14)
Primaria	102 (50)
Secundaria	39 (20)
Diversificado	27 (13)
Universitaria	6 (3)
Estado Civil (%)	
Unido	19 (9)
Soltero	30 (15)
Casado	108 (53)
Viudo	38 (19)
Divorciado	8 (4)
Tiempo de uso en meses (media +/- DS)	22.76 +/- 7.04
Costo mensual en Quetzales (media +/- DS)	52.9 +/- 53.02

Tabla 2

Tipos de MAC, usada por pacientes con Artritis reumatoide, Diabetes mellitus y/o Hipertensión arterial de los hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt, junio – julio 2014

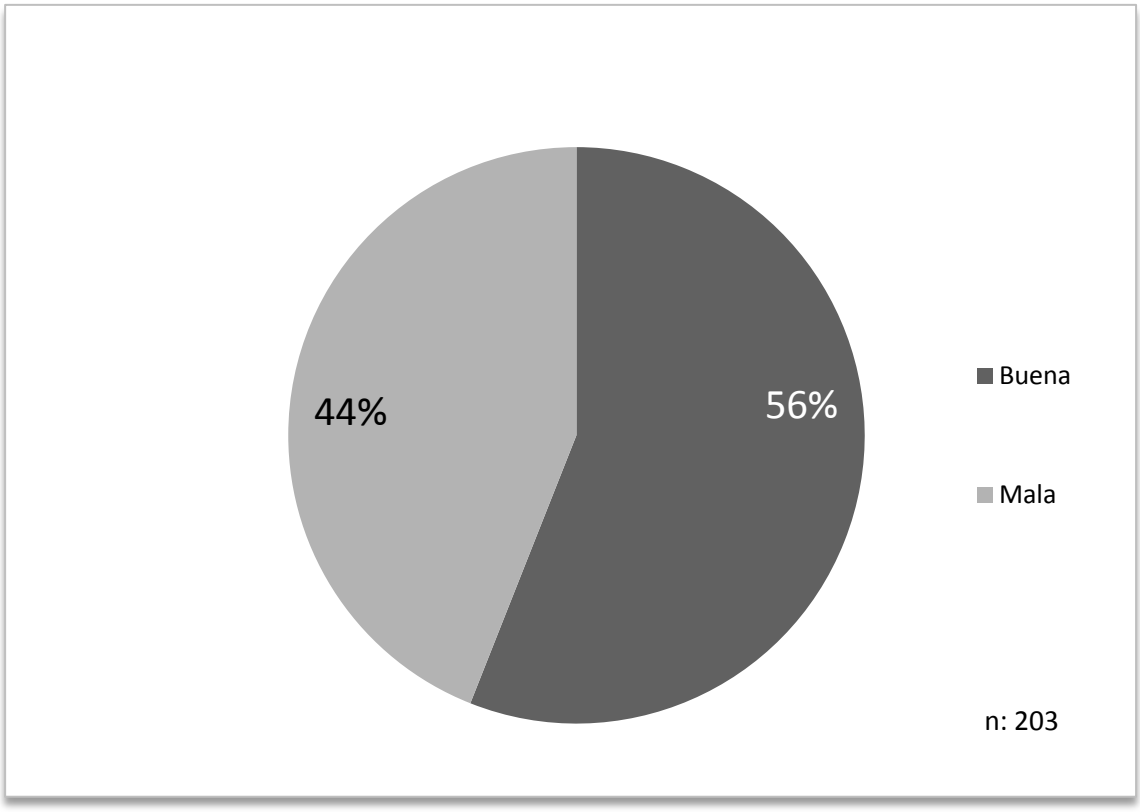
Enfermedad n= 231*	**MAC Biológico** 201 (87.1%)	**MAC no Biológico** 30 (12.9%)
Artritis Reumatoide (%)	Ajo (5.47) Manzanilla (4.97) Sábila (4.47) Flor de Tilo (3.98) Sulf. Glucosamina (2.98) Cannabis (2.98) Rosa de jamaica (2.98) Linaza (2.98) Sulf. Condroitina (2.98) Hierbabuena (2.98) Otras**	Aeróbicos (10) Tai chi (6.67) Termoterapia (3.33) Mesoterapia (3.33)
Hipertensión Arterial (%)	Ajo (32.3) Flor de Tilo (19.4) Manzanilla (17.4) Sábila (13.4) Rosa de jamaica (12.9) Canela (10.4) Apio (10.4) Hierbabuena (9.45) Pericón (8.45) Apazote (8.45) Otras**	Aeróbicos (20) Acupuntura (3.33) Reflexología (3.33) Meditación (3.33) Retención Dinámica (3.33)
Diabetes Mellitus (%)	Flor de Tilo (13.43) Manzanilla (12.9) Sábila (12.43) Ajo (12.43) Rosa de jamaica (11.44) Canela (9.95) Apio (9.95) Hierbabuena (9.45) Fibra Natural (8.95) Apazote (7.95) Otras**	Aeróbicos (23.3) Aromaterapia (6.67) Meditación (3.33) Yoga (3.33)

*Pacientes usaron tanto medicina biológico como no biológico por lo que n es mayor que la muestra

Otras** te de limón, avena, hoja de naranjo, leche de cabra, noni, nopal, hoja de almendra, multivitamínicos.

Gráfica 1

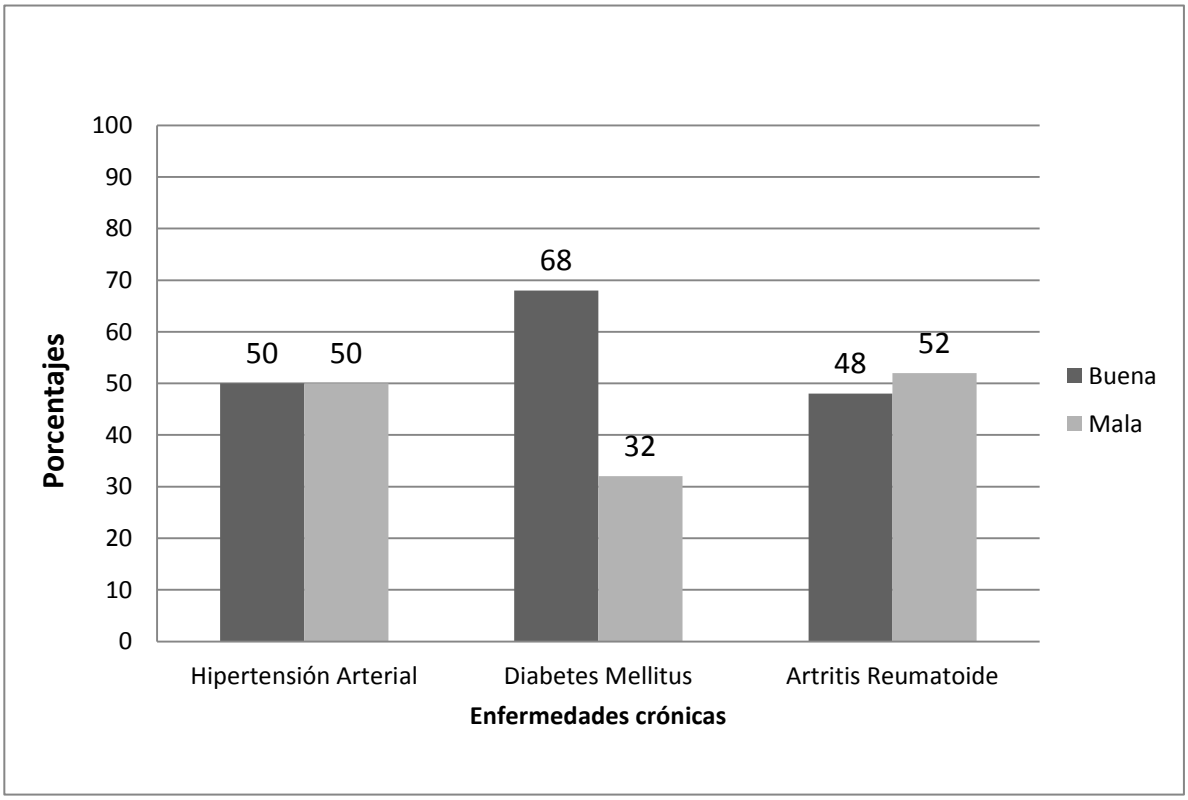
Calidad de vida en la esfera salud física de los pacientes que usan CAM, con Artritis reumatoide, Diabetes mellitus y/o Hipertensión arterial, que asisten a las consultas externas de los Hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt, junio – julio 2014



Fuente: anexo tabla 2

Gráfica 2

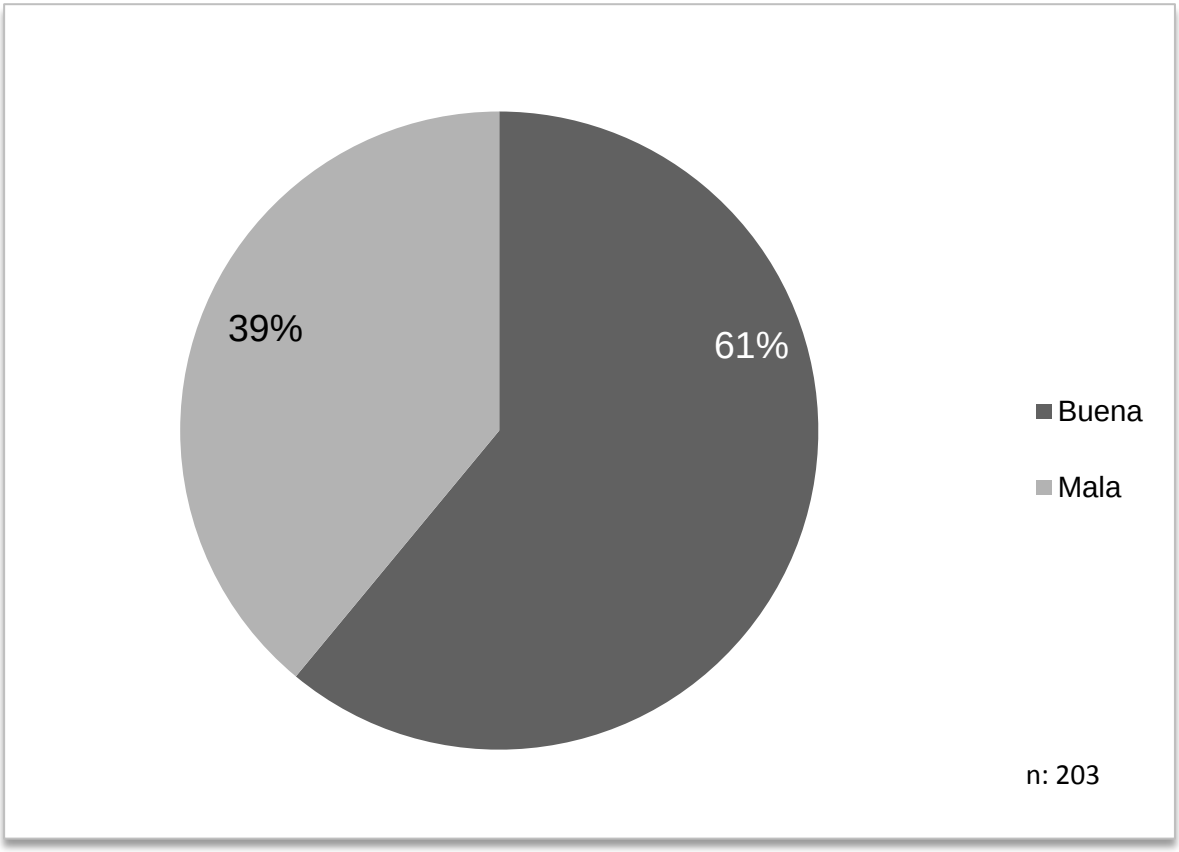
Porcentajes de la calidad de vida en la esfera salud física, de los pacientes que usan MAC con Artritis reumatoide, Diabetes mellitus y/o Hipertensión arterial que asisten a las consultas externas de los Hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt, junio – julio 2014



Fuente: anexo tabla 2

Gráfica 3

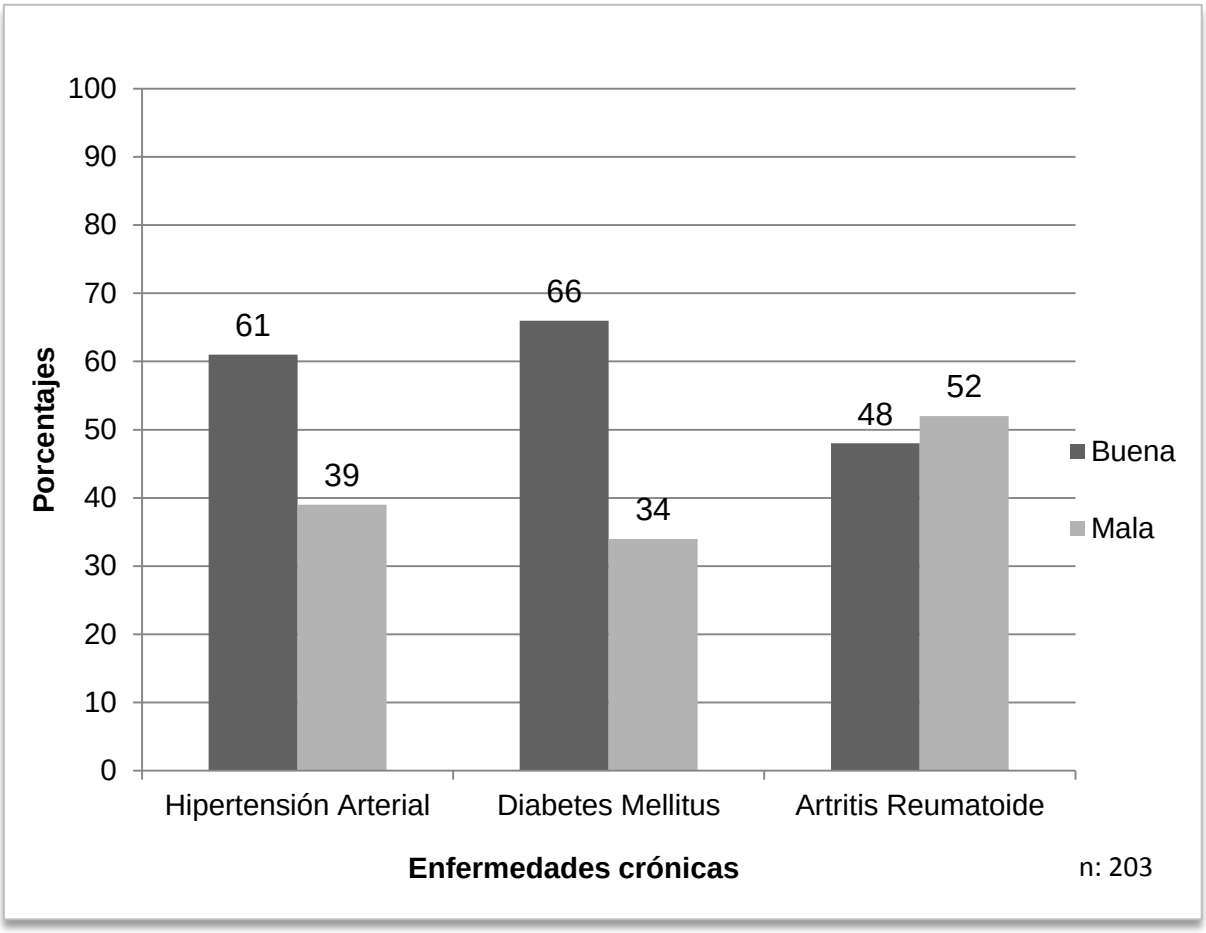
Calidad de vida en la esfera de salud mental de los pacientes que usan MAC con Artritis reumatoide, Diabetes mellitus y/o Hipertensión arterial que asisten a las consultas externas de los Hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt, junio – julio 2014



Fuente: anexo tabla 2

Gráfica 4

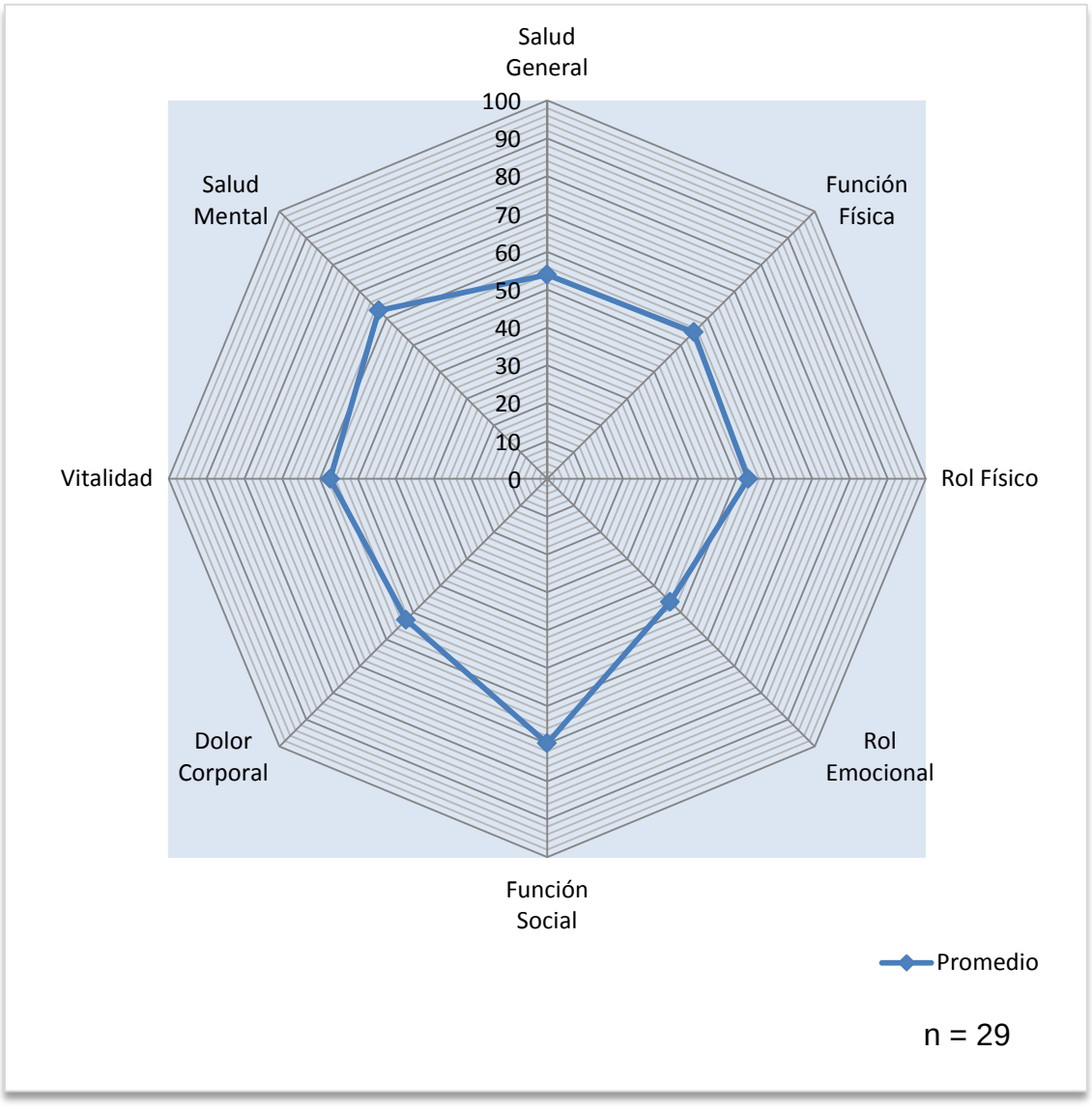
Porcentajes de la calidad de vida en la esfera salud mental, de los pacientes que utilizan MAC, con Artritis reumatoide, Diabetes mellitus y/o Hipertensión arterial que asisten a las consultas externas de los Hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt, junio – julio 2014



Fuente: anexo tabla 2

Gráfica 5

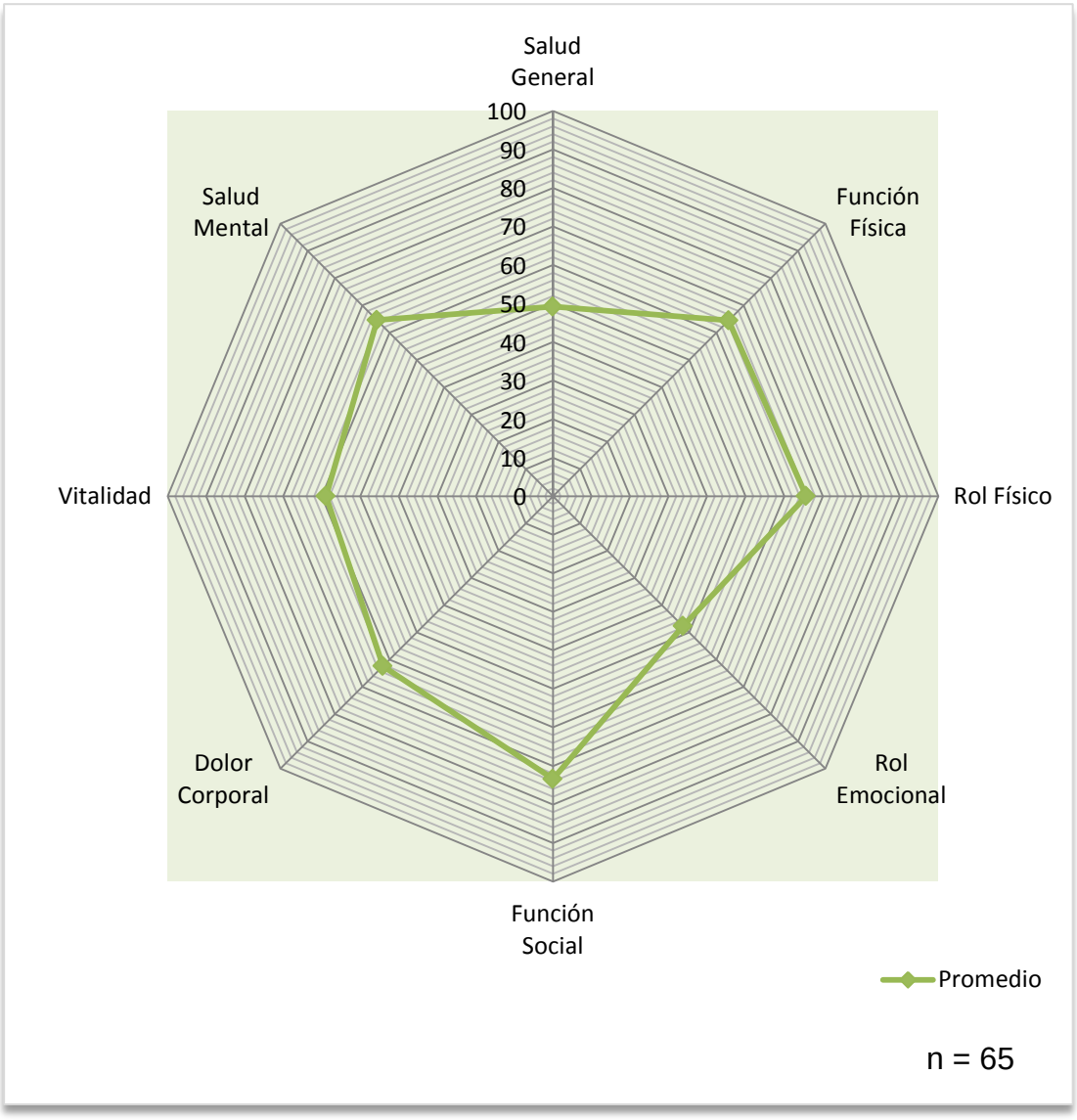
Promedios obtenidos en cada dimensión del test SF-36, de calidad de vida en pacientes con Artritis reumatoide que asisten a la consulta externa del Hospital General San Juan de Dios que usan MAC, junio – julio 2014



Fuente: anexo tabla 3

Gráfica 6

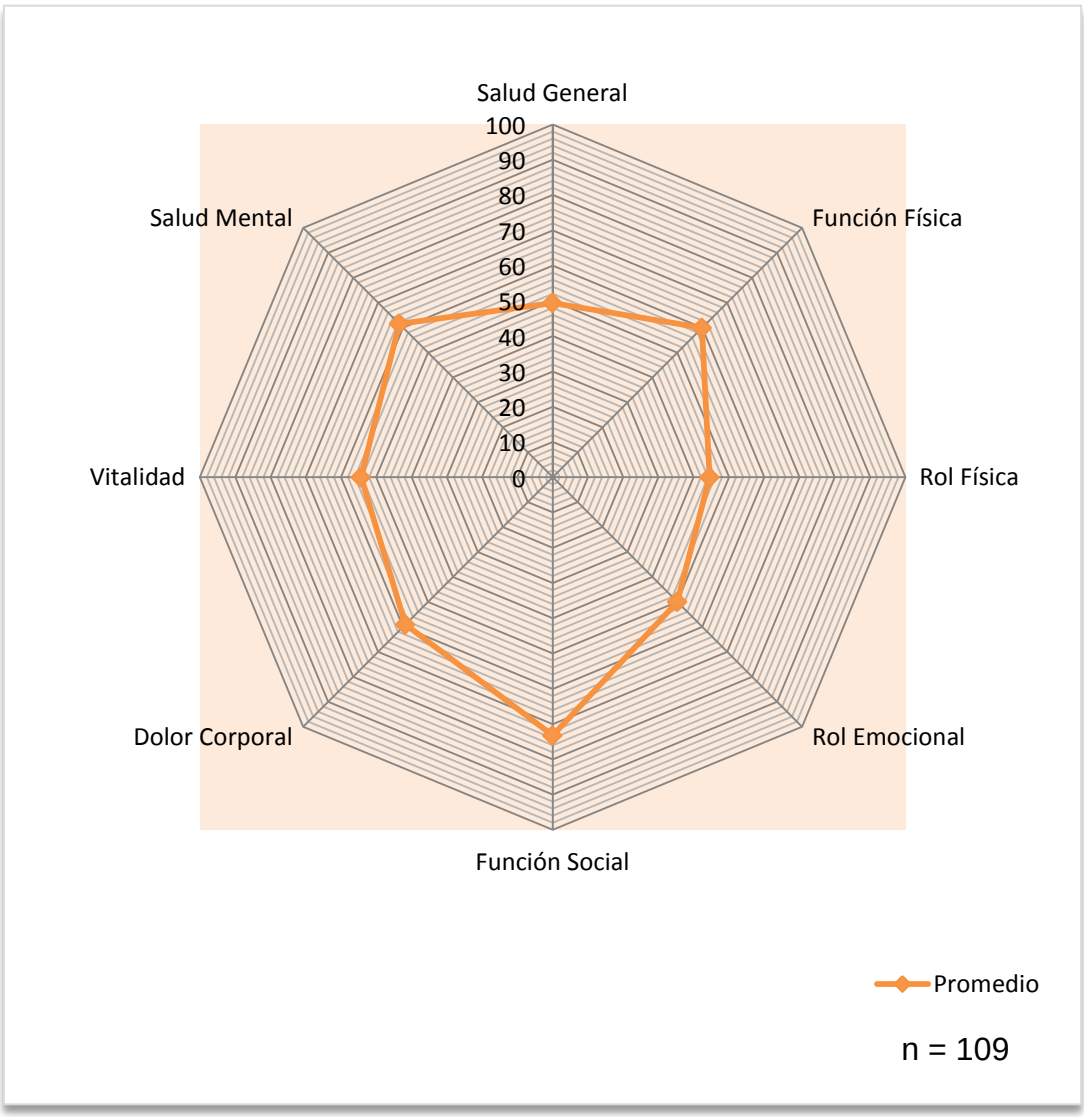
Promedios obtenidos en cada dimensión del test SF-36 de calidad de vida en pacientes con Diabetes mellitus que asisten a las consultas externas de los Hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt, que usan MAC, junio – julio 2014



Fuente: anexo tabla 3

Gráfica 7

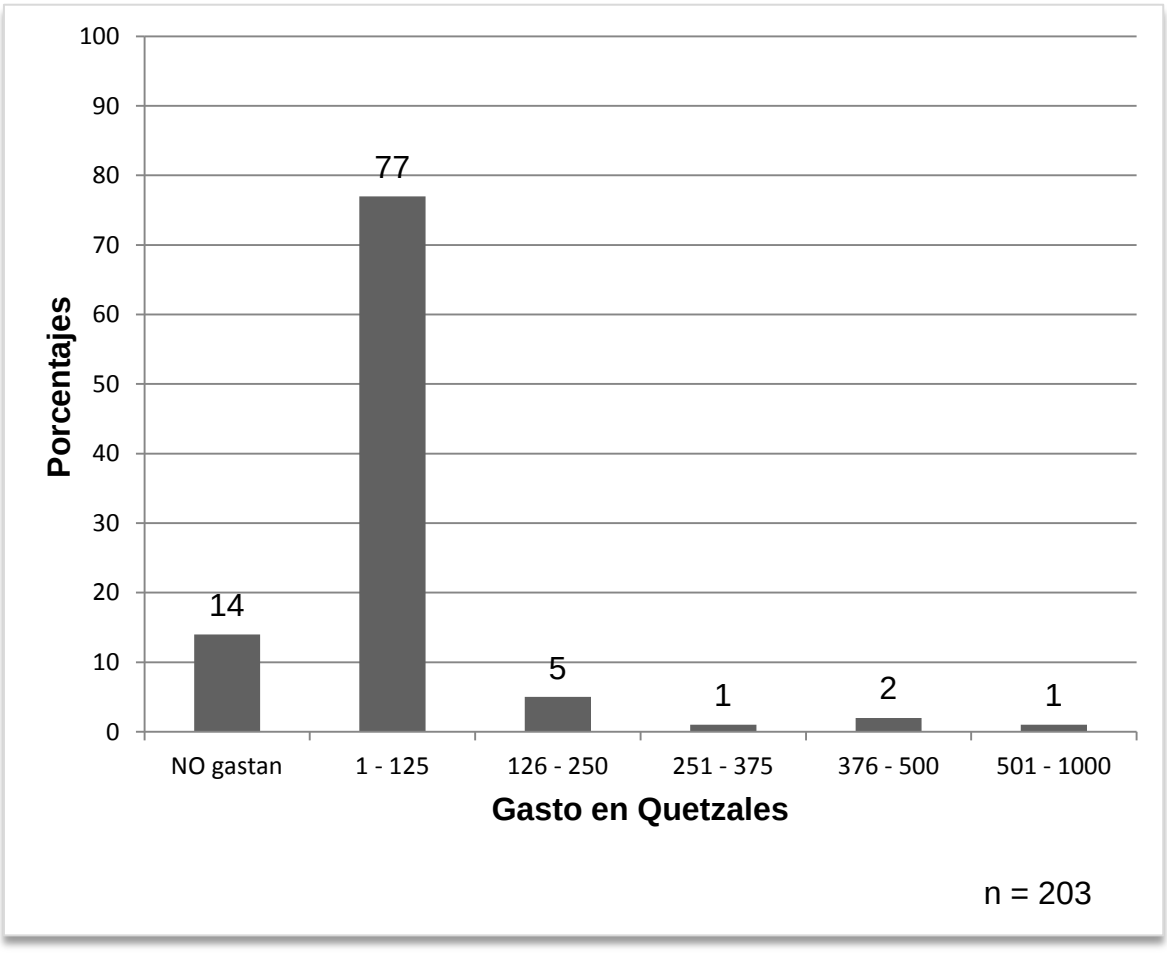
Promedios obtenidos en cada dimensión del test SF-36 de calidad de vida en pacientes que usan MAC, con hipertensión arterial que asisten a las consultas externas de los Hospitales San Juan de Dios y Roosevelt, junio – julio 2014



Fuente: anexo tabla 3

Gráfica 8

Gastos mensuales realizados por pacientes con artritis reumatoide, diabetes mellitus y/o hipertensión arterial que asisten a las consultas externas de los Hospitales San Juan de Dios y Roosevelt, que usan MAC, junio – julio 2014



Fuente: anexo tabla 4

6. DISCUSIÓN

El presente trabajo es un estudio descriptivo transversal que identifica la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas que usan medicina alternativa y complementaria y su influencia en la calidad de vida. Se describen las variables sociodemográficas, tiempo de uso, costos de la misma y calidad de vida según SF-36. La población estuvo constituida por 203 pacientes que asistieron a las consultas externas de cardiología, endocrinología y reumatología de los hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt.

El promedio de edad fue de 59.7 ± 10.21 años. El 93.1% comprende las edades entre 38-82 años, los cuales son adultos y adultos mayores, el rango de edad antes mencionado es factor de riesgo para padecer estas enfermedades crónicas. Hubo predominio del sexo femenino con 87%. El nivel de escolaridad con mayor porcentaje fue primaria 50%, seguido de básica 20%, analfabeta 14%, diversificado 13% y universitario 3%. Respecto a la etnia el 89% no indígena y el 11% indígena. En cuanto al estado civil, 53% casados, 19% viudo, 15% soltero, 9% unido y 4% divorciado (tabla 1). Resultados muy similares al estudio de Escobar y colegas realizado en Medellín, Colombia (56) en el cual la edad promedio fue de 56 años, 91% sexo femenino, 55% casados. Debido a que la población es muy semejante socioculturalmente. En el estudio de Greeson realizado en Estados Unidos (13) la edad promedio fue de 49 años, 66% eran de sexo femenino. El predominio del sexo femenino podría deberse a que las mujeres se preocupan más por su salud.

El total de los pacientes que asistieron a las consultas externas durante el periodo de estudio fue de 3415, de los cuales solo el 6% usa medicina alternativa y complementaria. Esto difiere de los resultados encontrados por Pinto Barrero que fue de 47% para el año 1997 en Estados Unidos (3). En 2012 Kretchy y colegas realizaron un estudio en los hospitales de Ghana con una prevalencia de 19.5%(37). En 2014 un estudio realizado por Naja y colegas (59) en pacientes diabéticos en Líbano el 94.6% usa medicina alternativa y complementaria. Se esperaba encontrar una mayor prevalencia en el uso de medicina alternativa y complementaria debido a que su uso está aprobado en el plan nacional de

salud 2006-2012 en su política tres y en las Normas de Atención Integral del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (5), aunque en el presente estudio ingresaron únicamente aquellos pacientes que usaban MAC por un periodo mayor de tres meses. La percepción es que los pacientes con estas enfermedades utilizan MAC no de una manera sistemática ni por largos periodos de tiempo, sino a demanda cuando ellos consideran que lo necesitan. Además se podría inferir que los pacientes que la usan no acuden a las consultas externas de los hospitales que formaron parte del estudio, debido a que: no cuentan con ingresos para adquirir el tratamiento médico, falta de tiempo para asistir a la consulta o tienen mayor nivel socioeconómico por lo que asisten a otros hospitales.

La terapia alternativa más usada fue de tipo biológico con 87.1%, el 12.9% restante lo conforman las terapias no biológicas. Resultado que se asemeja al que se encontró en él estudió de Kretchy y colegas donde el 65.38% de los pacientes usaban terapia biológica (37). Hay que tomar en cuenta que varios pacientes que usan terapia no biológica también usan terapia biológica, por lo que el total de la muestra fue de 231. Esto podría indicar que los medicamentos convencionales son muy costosos, el tiempo prolongado de citas, las condiciones culturales y la abundancia de plantas medicinales permiten el uso de las mismas. De la terapia biológica las más comunes fueron: en artritis reumatoide, ajo 37.9 % manzanilla 34.5 % y sábila 31 %; diabetes mellitus, flor de tilo 42%; hipertensión arterial, ajo con 60%. Entre las terapias no biológicas la más usada en artritis reumatoide, hipertensión arterial y diabetes mellitus fue aeróbicos con 10%, 20% y 23.3% respectivamente. Respecto a los costos el 77.34% invierte entre Q. 1.00-Q125.00 al mes; el 14.29% no invierte nada debido a que se lo regalan o lo cultivan en su casa y se encontró un paciente que invierte entre Q. 876.00-Q. 1,000.00 al mes.

El SF-36 proporciona un método sólido para medir la calidad de vida relacionada con la salud desde el punto de vista del paciente, además permite el cálculo de dos puntuaciones sumario, la esfera física conformada por las dimensiones función física, rol físico y dolor corporal; y la esfera mental conformada por salud general, rol emocional, función social, vitalidad y salud mental. También incluye un ítem de transición que pregunta sobre la percepción del cambio en el estado de salud respecto al año anterior. Este no se utiliza para ningún cálculo, pero proporciona información útil sobre el estado de salud durante el año previo a la administración del cuestionario. (49)

Si el resultado es > o igual 51 puntos la calidad de vida es buena, y < de 50 es mala. De los 203 pacientes encuestados corresponde a buena calidad de vida con 56% en la esfera de salud física (gráfica 1) y la esfera de salud mental con una puntuación de 61% (gráfica 3).

De los pacientes con artritis reumatoide en la esfera física se obtuvo un promedio de 53.6 puntos, las dimensiones que conforman esta esfera son: función física 54.8 puntos, rol físico 53.1 y dolor corporal 52.7. En la esfera mental se obtuvo un promedio de 58.1 puntos, las dimensiones que conforman esta esfera son: salud general con 53.9 puntos, rol emocional 45.9, función social 69.9, vitalidad con 57.3 y salud mental 62.9. Dicho resultado es comprensible debido a la frustración que presentan los pacientes por el dolor físico y la dificultad que les representa al realizar sus actividades diarias. A diferencia del estudio de Artero Bran (8) donde en una muestra de 118 pacientes se obtuvo el valor más alto fue función social con 70 puntos y la más baja fue rol físico con 52.8 puntos. El valor de función social es similar a este estudio, debido a que los pacientes refieren motivación de terceras personas. En el estudio de Escobar y colegas (56) la más alta fue dimensión rol emocional con 100 puntos y el de más bajo punteo fue rol físico con 25 puntos. Se observa una diferencia en rol emocional debido factores culturales. Opuesto a los estudios antes mencionados se encontró que la puntuación más alta fue en la esfera física

En los pacientes con hipertensión arterial en la esfera física se obtuvo 54.6 puntos, las dimensiones que conforman esta esfera son: función física con 59.9 puntos, rol físico 44.5 y dolor corporal con 59.04. En la esfera mental se obtuvo 57.7 puntos, las dimensiones que conforman esta esfera son: salud general con 49.4 puntos, rol emocional 49.9, función social 73.2, vitalidad con 54.3 y salud mental 61.7. Con respecto al bajo punteo de rol físico se debe a que los pacientes presentan dificultad al desplazamiento y a la realización de las actividades diarias, lo cual les genera decepción. Según Konerman y colegas (61) los individuos estudiados mostraron ciertas limitaciones físicas y emocionales que podrían afectar su vida su vida social y laboral. Similar a los resultados presentados en este estudio.

En los pacientes con diabetes mellitus en la esfera física se obtuvo un promedio de 64.2 puntos, las dimensiones que conforman esta esfera son: función física con 64.5 puntos, rol físico 65.7 y dolor corporal con 62.4. En la esfera mental se obtuvo un promedio de 58.8 puntos, las dimensiones que conforman esta esfera son: salud general con 49.2

puntos, rol emocional 47.7, función social 73.4, vitalidad con 58.9 y salud mental 64.6. Según el estudio De la Cruz (57) la dimensión con mayor puntuación fue rol emocional con 60 puntos y la que tuvo menor puntuación dolor corporal con 51 puntos. No hubo relación entre estos estudios por lo que se sugiere hacer más investigaciones en este campo de las enfermedades crónicas y el uso de MAC en nuestro medio.

7. CONCLUSIONES

7.1 Los pacientes con enfermedades crónicas como artritis reumatoide, diabetes mellitus y/o hipertensión arterial que utilizan, MAC y asisten a las consultas externas de cardiología, endocrinología y/o reumatología de los hospitales General San Juan De Dios o Roosevelt presentan una influencia positiva en la calidad de vida según los resultados obtenidos con el test SF-36, los cuales se evidencian en la esfera de salud física y mental.

7.2 La proporción de pacientes que usan MAC para las enfermedades estudiadas es del 6%, de estos: 7% artritis reumatoide; 5% diabetes mellitus y 6% hipertensión arterial.

7.3 La terapia de MAC más usada es la biológica; siendo de mayor prevalencia en artritis reumatoide, ajo, manzanilla y sábila; en diabetes mellitus, flor de tilo, manzanilla, sábila y ajo; y en hipertensión arterial, ajo, flor de tilo y manzanilla.

7.4 Las características sociodemográficas de los pacientes que usan MAC son: edad promedio de 60 años, predominio del sexo femenino, no indígenas, casados, con educación primaria y básica principalmente.

7.5 De los pacientes que utilizan MAC, el 77% invierte entre Q. 1.00 - 125.00 al mes, y el 14 % no invierte dinero debido a que lo cultiva en su hogar o se los regalan.

8 RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

8.1 Fomentar la implementación de programas de medicina tradicional y alternativa, para apoyar el uso de la misma y para brindar mayor conocimiento en cuanto al tratamiento de enfermedades crónico degenerativas.

A los Hospitales General San Juan De Dios y Roosevelt:

8.2 Incorporar programas de MAC como coadyuvante en la terapéutica de los pacientes con enfermedades crónicas, debido a que el uso de la misma tuvo una influencia positiva en la calidad de vida de los pacientes.

A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala:

8.3 Promover estudios de MAC utilizando enfoque cualitativo, para evaluar el grado de satisfacción de los pacientes que utilizan esta terapia.

8.4 Introducir un curso de medicina alternativa y complementaria dentro del pensum de estudio para crear interés y conocimiento de la misma.

A los médicos en general:

8.5 Indagar sobre las diferentes terapias alternativas y complementarias que usan los pacientes como tratamiento para valorar los beneficios como tratamiento coadyuvante.

9 APORTES

9.1 Los resultados del estudio se presentarán a las autoridades de los hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt en los departamentos de medicina interna respectivos, para considerar la implementación de programas de MAC como coadyuvante en la terapéutica de los pacientes con enfermedades crónicas.

9.2 Se considera un estudio pionero en la Facultad de Ciencias Médicas sobre el uso de MAC en pacientes con enfermedades crónicas, tales como artritis reumatoide, diabetes mellitus e hipertensión arterial, por lo que aporta valiosa información para así promover otros estudios sobre el tema.

9.3 Los resultados de este estudio demostraron una influencia positiva del uso de MAC en la calidad de vida de pacientes con padecimientos crónicos, lo que podría generar mayor interés en la comunidad médica para su uso cuando corresponda como coadyuvante en el tratamiento integral de los pacientes.

10 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Diagnostico nacional de salud [en línea] Guatemala: MSPAS; 2012. [citado 9 Mar 2014] Disponible en: http://sitios.usac.edu.gt/ipn_usac/wp-content/uploads/2011/08/Diagnostico-Salud-marzo-2012.pdf

2. Barrios Segura I. Percepción de la calidad de vida a personas con situación de enfermedad crónica en una institución prestadora de servicios de salud en Barranquilla.[en línea][tesis Maestría en Enfermería] Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería;2012.[citado 1 Abr 2014] Disponible en: http://www.bdigital.unal.edu.co/6984/1/539505.2012.pdf

3. Pinto Barrero M I. Integración de la medicina alternativa y complementaria en los servicios de salud de Colombia. [en línea] [tesis Maestría Medicina Alternativa]Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina; 2012. [citado 9 Mar 2014] Disponible en:http://www.bdigital.unal.edu.co/7703/1/manuelignaciopintobarrero.2012.pdf

4. López García ER. Historia de la farmacia en Guatemala. [en línea] [tesis Doctoral] Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Farmacia, 2010. [citado 8 Mar 2014]. Disponible en: http://www.uvg.edu.gt/DQF/Historia-de-la-Farmacia-en-Guatemala-Dr.-Elfego-Rolando-Lopez-Garcia.pdf

5. Gramajo E, Domínguez G, Román M, Fuentes M. Conocimientos, actitudes y prácticas de los usuarios y personal de salud acerca de la medicina popular, tradicional y alternativa según normas de atención en salud. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2011.

6. Chuy Donis J L. terapias complementarias y medicina de herbolaria aplicables a los padecimientos que con mayor frecuencia se presentan en el centro de salud en El Tejar, municipio del departamento de Chimaltenango. [en línea] [tesis Química Farmacia].Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia; 2008. [citado 9 Mar 2014]Disponible en: http://www.innovacion.gob.sv/inventa/attachments/article/3562/06_2727.pdf
7. Vinaccia Alpi S, Quinceno J M. Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. Psychol Av Discip [en línea] 2012 [citado 20 Abr 2014]; 6(1): 123-136. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225770004

8. Artero Bran P L. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide. Estudio transversal realizado en la unidad de reumatología de hospital Roosevelt. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2009.

9. Cheté Ortiz W. Calidad de vida del paciente con lesión medular y tratamiento rehabilitativo integral. Estudio descriptivo realizado en pacientes que asistieron a la consulta externa del hospital de rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2010.

10. López M A, Greenberg P A. Valoración de la calidad de vida en pacientes con psoriasis vulgar. Revista de la Facultad de Medicina Universidad Francisco Marroquín. 2012; 1(14): 10-12.

11. National Center for Complementary and Alternative Medicine. [en línea] Maryland: Us Department of Health and Human Services [actualizado Ene 2011; citado 10 Mar 2014] Qué es la medicina complementaria y alternativa. [aprox. 3 pant.] Disponible en: http://nccam.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/informaciongeneral.pdf

12. Weeks L C, Strudsholm T. A scoping review of research on CAM and the mass media: looking back, moving forward. BMC Complement Altern Med [en línea] 2008 [citado 9 Mar 2014]; 8:43. Doi: 10.1186/1472-6882-8-43

13. Greeson J M, Rosenzweing S, Halbert S, Cantor I S, Keener M T, Brainard G C. Integrative medicine research at an academic medical center: patient characteristics and health-related quality-of-life outcomes. J Alter Complement Med. 2008; 14 (6): 763-767.

14. Lipsky P. Artritis reumatoide. En: Fauci A S, Braunwald E, Kasper D L, Hauser S L, Longo D L, Jameson J L, et al. Harrison principios de medicina interna. 17 ed. México: McGraw Hill; 2009: vol 2. p. 2086-2090.

15. Gomez, A. Nuevos criterios de clasificación artritis reumatoide. Reumatol Clin [en línea] 2011 [citado 4 Mar 2014]; 06(3): [aprox. 2 pant.] Disponible en http://www.reumatologiaclinica.org/es/nuevos-criterios-clasificacion-artritis-reumatoide/articulo/90001873/

16. Alvarez B. El libro de la artritis reumatoide. Madrid: Díaz de Santos S; 2003.

17. American College of Rheumatology. [en línea] Georgia: Specialist in Arthritis Care and Research: 2012. [actualizado Mayo 2012; citado 4 Mar 2014] remedios herbales, suplementos y acupuntura para la artritis [aprox. 2 pant.] Disponible en: http://www.rheumatology.org/Practice/Clinical/Patients/Diseases_And_Conditions/Remedios_Herbales,_Suplementos_y_Acupuntura_para_la_Artritis/

18. National Center for Complemetary and Alternative Medicine. [en línea] Maryland: US Department of Health and Human Services [actualizado Ago 2010; citado 25 Abr 2014] Tai Chi: an introduction [aprox. 2 pant.] Disponible en: http://nccam.nih.gov/health/taichi/introduction.htm

19. National Center for Complemetary and Alternative Medicine. [en línea] Maryland: US Department of Health and Human Services [actualizado Oct 2011; citado 25 Abr 2014] Rheumatoid arthritis and complementary health approches [aprox. 3 pant.] Disponible en: http://nccam.nih.gov/health/RA/getthefacts.htm

20. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. [en línea] Ginebra, Suiza: OMS; 2012 [citado 7 Mar 2014]; (Nota Descriptiva N°312). Disponible en: www.who.int/mediacentre/factssheets/fs312/es/

21. Powers A. Diabetes mellitus. En: Fauci A S, Braunwald E, Kasper D L, Hauser S L, Longo D L, Jameson J L, et al. Harrison principios de medicina interna. 17 ed. México: McGraw Hill; 2009: vol 2. p. 2275-8.

22. Definition and description of diabetes mellitus. Diabetes Care [en línea] 2010 [citado 23 Abr 2014]; 33 (1): 62-69. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2797383

23. Polosky K S. The past 200 years in diabetes. N Engl J Med [en línea] 2012 [citado 23 Abr 2014]; 367: 1332-40. Disponible en: http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1110560

24. Executive Summary: standards of medical care in diabetes. Diabetes Care Med [en línea] Jan 2014 [citado 23 Abr 2014]; 37(1): 5 -13. Disponible en: http://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement_1/S5.full.pdf+html

25. Manya K, Champion B, Dunning T. The use of complementary and alternative medicine among people living with diabetes living in Sydney. BMC Complement Altern Med [en línea] 2012 [citado 25 Abr 2014]; 12(2): 1-2. Disponible en: www.biomedcentral.com/1472-6882/12/2

26. Lemay J F, Pacaud D. Complementary and alternative medicine use in children and adolescents with type 1 diabetes. Pediatrics Child Health [en línea] 2011 [citado 25 Abr 2014]; 16(8): 468-472. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/231614205_Complementary_and_alternative_medicine_use_in_children_and_adolescents_with_type_1_diabetes

27. Nahas R, Moher M. Complementary and alternative medicine for the treatment of type 2 diabetes. Can Fam Phisician Health [en línea] 2009 [citado 25 Abr 2014]; 55(6): 591-6. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2694078/

28. Kotchen T. Enfermedad vascular hipertensiva. En: Fauci A S, Braunwald E, Kasper D L, Hauser S L, Longo D L, Jameson J L, et al. Harrison principios de medicina interna. 17 ed. México: McGraw Hill; 2009: vol 2. p. 1549-1562.

29. James P A, Oparil S, Carter B L, Cushman W C, Dennison-Himmelfarb C, Handler J et al. Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the eighth joint national committee (JNC 8). JAMA. [en línea] 2014 [citado 24 Abr 2014]; 311(5): 507-520. Disponible en: http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24352797

30. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Ginebra, Suiza: OMS; 2013.

31. Recamier Torres B S C J. Incremento transitorio de la presión arterial sistémica en pacientes normotensos con terapéutica acupuntural. [en línea] [tesis Especialización en Acupuntura Humana]. México: Instituto Politécnico Nacional. Escuela Nacional de Medicina y Homeopatia; 2001 [citado 22 Abr 2014]. Disponible en: http://tesis.ipn.mx:8080/xmlui/handle/123456789/3944?show=full

32. Damaso Mata B C, Menacho L, Calderon S, Jara E, Salazar M, Rivera R, Garcia J, et al. Práctica del tai chi sobre la calidad de vida relacionada a la salud en asegurados mayores de 50 años de la red asistencial de Huánuco. [en línea] Perú: ESSALUD; 2008. [citado 22 Abr 2014] Disponible en: http://essalud.gob.pe/cendi/pdfs/pract_taichi_sobre_calid_vida.pdf

33. Gallego Rivas A, Guerrero Dorado J, Montoya Barco G, Orrego Acevedo J P, Ortiz Andrade J I, Ortiz Pardey A. Frecuencia de empleo de terapias alternativas en pacientes hipertensos en la ciudad de Manizales. Archivo Médico Manizales. [en línea] 2007 [citado 24 Abr 2014]; 14: 7-14. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273820443002

34. Rojas Alba M. Usos de plantas medicinales como tratamiento antihipertensivo. [en línea] México: Temazcal y Medicina Tradicional Mexicana; 2009. [citado 20 Abr 2014]. Disponible en: http://www.tlahui.com/medic/medic29/fitoterapia_hipertension.pdf

35. López Luengo M T. Las plantas medicinales en el tratamiento de la hipertensión arterial. [En línea] España. OFFARM. 2001. [citado 7 Mar 2014] Disponible en: www.dfarmacia.com/farma/ctl_servlet?_f=13&idContenido=13021231

36. Nicolas J-P. Manual de plantas medicinales del altiplano de Guatemala para el uso familiar. Guatemala: Asociación Médicos Descalzos; 2013.

37. Kretchy I A, Owusu-Daaku F, Danquah S. Patterns and determinants of the use of complementary and alternative medicine: a cross-sectional study of hypertensive patients in Ghana. Complementary and Alternative Med. [en línea] 2014 [citado 7 Mar 2014]; 14(44): 1-7. Disponible en: http://www.biomedcentral.com/1472-6882/14/44

38. González A. Vázquez Navarrete I. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de una clínica de medicina familiar. Rev Med Ins Mex Seguro Soc [en línea] 2010 [citado 24 Abr 2014]; 48(5): 475-484. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2010/im105c.pdf

39. Arzua A. Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. Rev Med Chile. [en línea] 2010 [citado 24 Abr 2014]; 138(3) 358-365. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n3/art17.pdf

40. Grao Castellote C M. El perfil de salud de Nottingham y el cuestionario de salud sf-36 como instrumentos de medida de la calidad de vida en mujeres gestantes. [en línea] [tesis Doctoral]. España. Universidad de Valencia, Departamento de Medicina

Preventiva y Salud Pública; 2002. [citado 24 Abr 2014] Disponible en: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10073/grao.pdf?sequence=1

41. Ramones I. Calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial. Revista Latinoamericana de Hipertensión [en línea] 2007 [citado 24 Abr 2014]; 2(5): [aprox.4 pant.] Disponible en: http:// www.redalyc.org/pdf/1702/170216972004.pdf

42. García Pérez A M, Leiva Fernández F, Martos Crespo F, García Ruiz A J, Prado Torres D, Alarcón F. Calidad de vida en pacientes con hipertensión y diabetes mellitus 2. Medicina de Familia [en línea] 2001 [citado 24 Abr 2014]; 2(1): 29-34. Disponible en: http://www.samfyc.es/REvistav2n1/029-034.pdf

43. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Cienc Enferm. [en línea] 2003 [citado 24 Abr 2014]; 9(2). 9-21. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-95532002000200002&script_arttext&tlng=es

44. Sánchez López MC, Castillo Bueno M D. Atención sanitaria basada en la evidencia: su aplicación a la práctica clínica. [en línea]. España: Consejería de Sanidad de Murcia; 2007. [citado 28 Feb 2014]. Disponible en: www.murciasalud.es/recursos/ficheros/136636-capitulo_17.pdf

45. Fernández-Mayoralas G, Rojo F. Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. Territoris. [en línea] 2005. [citado 28 Feb 2014]; 5:117- 135. Disponible en: www.raco.cat/index.php/Territoris/article/viewFile/117017/147939

46. Arostegui Madariaga I, Nuñez-Anton V. Aspectos estadísticos del cuestionario de calidad de vida relacionada con salud short form-36. Estadística Española. 2008; 50(167): 147-192.

47. Tuesca Molina, R. Calidad de vida, su importancia y como medirla. Salud Uninorte. [en línea] 2005. [citado 28 Feb 2014]; 21: 76-86. Disponible en: http://redalyc.org/articulo.oa?id=81702108

48. Vilagut G, Valderas J M, Ferrer M, Garin O, López –García E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. Med Clin. [en línea] 2008 [citado 4 Mar 2014]; 30(19): 726-735. Disponible en: http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/interpretacion-los-cuestionarios-salud-sf-36-sf-12-espa%C3%B1a-13121076-originals-2008

49. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer- Miralda G, Quintana J, et al. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit. [en línea] 2005 [citado 3 Mar 2014]; 19(2): 135-150. Disponible en: http://scielo.iscii.es/pdf/gs/v19n2/revision1.pdf

50. Bio psychosocial assessment tools for the elderly-assessment summary sheet [en línea] Toronto, Canadá: Instrument.uwo.ca; 2012 [citado 3 Mar 2014] Disponible en: https://instruct.uwo.ca/kinesiology/9641/Assessments/Social/AIMS.html

51. Tijhusi G J et al. The validity of the rheumatoid arthritis quality of life questionnaire. Rheumatology. Rheumatology [en línea] 2001 [citado 5 Mar 2014]; 40(10): 1-2. Disponible en: http://rheumatology.oxfordjournals.org/content/40/10/1112.full.pdf+html

52. Ser.es.RADAR (Rapid Assessment Disease Activity in Rheumathology) [en línea] España: ser.es; 2010. [citado 5 Marzo 2014] Disponible en: http://www.ser.es/catalina/?p=150

53. Melchiors A, Correr c, Rossignoli P, Pontarolo R, Férnandez-Llimos F. Medidas de evaluación de calidad de vida en diabetes: instrumentos especificos. Seguim Farmacoter [en línea] 2004 [citado 5 Mar 2014]; 2(2):60-62. Disponible en: http://www.cipf-es.org/sft/vol-02/059-072.pdf

54. Dalfó Baquéa, Badia Llachb X, Roca-Cusachs A. Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL). Aten Primaria Farmacoter [en línea] 2002 [citado 5 Mar 2014]; 29 (2): 116-121. Disponible en: http://www.zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/cuestionario-calidad-vida-hipertension-arterial-chal-13026230-cuestionarios-atencion-primaria-2002

55. *Melchiors A C, Januário Correr C, Pontarolo R, De Souza Santos F O, De Paula e Souza R A.* Calidad de vida en pacientes hipertensos y validez competitiva del Minichal-Brasil. Arq Bras Cardiol. [en línea] 2010 [citado 5 Mar 2014]; 94(3): 343-349. Disponible en: http://www.arquivosonline.com.br/español/20110/9403/pdf/e9403013.pdf

56. Escobar L, Grisales H. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide tratados en una IPS especializada, Medellín, 2012. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [en línea] 2013 [citado 5 Mar 2014]; 31(1):75-84. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/120/12026437008.pdf

57. De la Cruz González V. Calidad de vida del paciente con diabetes tipo 2. [en línea] [tesis de Maestría]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería; 2004. [citado 5 Mar 2014] Disponible en: http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080111046.PDF

58. Mena Martín F J, Martín Escudero J C, Simal Blanco F, Bellido Casado J, Carretero Ares J L. Diabetes mellitus tipo 2 y calidad de vida relacionada con la salud: resultados del estudio Hortega. An Med Interna. [en línea] 2006 [citado 5 Mar 2014]; 23(8): 357-360. Disponible en: http://www.scielo.iscii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992006000800002&Ing=en&&nrm=iso&tLing=es

59. Naja F, Mousa D, Alameddine M, Shoain H, Itani L, Mourad Y. Prevalence and correlates of complementary and alternative medicine use among diabetic patients in Beirut, Lebanon: a cross sectional study. BMC Complement Altern Med [en línea] 2014 Jun [citado 30 Jul 2014]; 14(185): 1-11. Disponible en: http:// http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24906634

60. Vinaccia S, Quiceno J M, Gómez A, Montoya L M. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. Diversitas:

Perspectivas en Psicología. [en línea] 2007 [citado 5 Mar 2014]; 3(2): 203-211. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/679/67930202.pdf

61. Konerman M, Weeks KR, Shands JR, Tilburt JC, Dy S, Bone LR, et al. Short form (SF-36) health survey measures are associated with decreased adherence among urban African Americans with severe, poorly controlled hypertension. J Clin Hypertens [en línea] 2011 [citado 4 Mar 2014]; 13:385-390. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3090746/

ANEXO 1

Tabla 1

Tipo de MAC, usada por pacientes con Artritis reumatoide, Diabetes mellitus e Hipertensión arterial de los hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt, junio – julio 2014

Enfermedad n= 203	Biológica	No Biológica
Artritis Reumatoide (%) n=29	Ajo (37.9) Manzanilla (34.5) Sábila (31) Flor de Tilo (27.6) Sulf. Glucosamina (20.7) Cannabis (20.7) Rosa de jamaica (20.7) Linaza (20.7) Sulf. Condroitina (13.8) Hierbabuena (13.8) otras**	Aeróbicos (10.3) Tai chi (6.9) Termoterapia (3.4) Mesoterapia (3.4)
Hipertensión Arterial (%) n=109	Ajo (59.6) Flor de Tilo (35.8) Manzanilla (32.1) Sábila (24.8) Rosa de jamaica (23.8) Canela (19.3) Apio (17.4) Hierbabuena (17.4) Pericón (15.6) Apazote (15.6) otras**	Aeróbicos (5.5) Acupuntura (0.9) Reflexología (0.9) Meditación (0.9) Retención Dinámica (0.9)
	Flor de Tilo (41.5) Manzanilla (40) Sábila (38.5)	Aeróbicos (10.7) Aromaterapia (3) Meditación (3.1)

Diabetes Mellitus (%) n=65	Ajo (38.5) Rosa de jamaica (35.4) Canela (30.8) Apio (30.8) Hierbabuena (29.2) Fibra Natural (27.7) Apazote (24.6)	Yoga (1.5)

Tabla 2

Calidad de vida en esfera salud física y mental de los pacientes que usan MAC, con Artritis reumatoide, Diabetes mellitus e Hipertensión arterial que asisten a las consultas externas de los Hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt, junio – julio 2014

Enfermedades Crónicas	Estado Físico				Estado Mental			
	Mala		Buena		Mala		Buena	
	No.	%	No.	%	No.	%	No	%
HTA	54	27	55	27	42	21%	67	33
DM	21	10	44	22	22	11%	43	21
AR	15	7	14	7	15	7%	14	7
Total	90	44	113	56	79	39%	124	61

Tabla 3

Dimensiones de calidad de vida de los pacientes que usan MAC, con Artritis reumatoide, Diabetes mellitus e Hipertensión arterial que asisten a las consultas externas de los Hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt, junio – julio 2014

Dimensiones	Artritis Reumatoide	Diabetes Mellitus			Hipertensión Arterial		
	HGSJD	HGSJD	HR	Total	HGSJD	HR	Total
Salud General	54	52	48	50	53	46	50

Función Física	55	72	61	67	59	61	60
Rol Físico	53	77	62	70	46	43	45
Rol Emocional	46	65	39	52	61	46	54
Función Social	70	74	73	74	72	61	67
Dolor Corporal	53	71	58	65	64	43	54
Vitalidad	57	60	58	59	54	40	47
Salud Mental	63	65	65	65	61	74	68

Tabla 4

Gasto mensual de los pacientes que usan MAC, con Artritis reumatoide, Diabetes mellitus e Hipertensión arterial que asisten a las consultas externas de los Hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt, junio – julio 2014

Gasto mensual en Quetzales	Diabetes Mellitus		Hipertensión Arterial		Artritis Reumatoide	
	HGSJD	HR	HGSJD	HR	HGSJD	Total
NO gastan nada	8	2	14	1	4	29
1.00 - 125.00	11	40	34	51	20	156
126.00 - 250.00	2	2	3	3	1	11
251.00 - 375.00	0	0	1	0	1	2
376.00 - 500.00	0	0	0	0	3	3
501.00 - 625.00	0	0	0	1	0	1
626.00 - 750.00	0	0	0	0	0	0
751.00 - 875.00	0	0	0	0	0	0
876.00 - 1000.00	0	0	0	1	0	1

Tabla 5

Porcentajes de edad por rangos de los pacientes que usan MAC con Artritis reumatoide, Diabetes mellitus e Hipertensión arterial que asisten a las consultas externas de los Hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt, junio – julio 2014

Edad en años	Total	%
20 - 28	2	0.99
29 - 37	8	3.94
38 - 46	14	6.9

47 – 55	48	23.65
56 – 64	62	30.64
65 – 73	44	21.67
74 – 82	21	10.34
83 – 91	4	1.97
Total	203	100

Tabla 6

Rangos de edad por enfermedad crónica de los pacientes que usan MAC, con Artritis reumatoide, Diabetes mellitus e Hipertensión arterial que asisten a las consultas externas de los Hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt, junio – julio 2014

Edad en años	Artritis Reumatoide	Diabetes Mellitus		Hipertensión Arterial		
	HGSJD	HGSJD	HR	HGSJD	HR	Total
20 - 28	1	0	0	0	1	2
29 - 37	1	0	2	1	4	8
38 - 46	3	1	5	1	4	14
47 - 55	3	11	5	13	16	48
56 - 64	11	6	21	9	15	62
65 - 73	7	3	6	18	10	44
74 - 82	2	0	4	9	6	21
83 - 91	1	0	1	1	1	4
Total	29	65		109		203

Tabla 7

Tiempo de uso en	Estado Físico	Total	Estado Mental

	Mala	Buena		Mala	Buena
3 - 25	67	89	156	61	95
26 – 48	13	10	23	10	13
49 – 71	5	4	9	4	5
72 – 94	2	3	5	2	3
95 – 117	2	2	4	1	3
118 – 140	1	3	4	0	4
141 – 163	0	0	0	0	0
164 – 186	0	2	2	1	1
Total	90	113	203	79	124

Calidad de vida dividida por rangos de edad de los pacientes que usan MAC, con artritis reumatoide, diabetes mellitus e hipertensión arterial que asisten a las consultas externas de los Hospitales San Juan de Dios y Roosevelt, junio – julio 2014

ANEXO 2

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

MEDICINA ALTERNATIVA Y COMPLEMENTARIA EN ENFERMEDADES CRÓNICAS
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señor (a):
Buenos días/tardes

Nosotros somos estudiantes del séptimo año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Estamos realizando el trabajo de investigación previo a graduarnos como Médicos y Cirujanos. Investigando sobre la medicina alternativa y complementaria en enfermedades crónicas como artritis reumatoide, diabetes mellitus e hipertensión arterial, que llevan su control en las consultas externas de endocrinología, reumatología y cardiología de los Hospitales San Juan de Dios y Roosevelt. Le vamos a dar información e invitarlo a participar en nuestro estudio. Antes de decidirse, puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo sobre la investigación. Por favor, deténganos según le informamos para darnos tiempo para explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede hacérnoslas cuando crea más conveniente.

La medicina alternativa y complementaria es un grupo de diversas prácticas y productos que no son considerados parte de la medicina convencional. Usado más frecuentemente por pacientes que presentan enfermedades, a veces para el control de los síntomas o combatirla. Algunos ejemplos son naturopatía (plantas), meditación, yoga, acupuntura, homeopatía, Tai Chi, acupresión, quiropraxia, reflexología, reiki, entre otros. Con el objetivo de mejorar la enfermedad y proporcionar una mejor calidad de vida relacionada con su salud.

Por lo anterior, estamos invitando para realizar este estudio a personas mayores de 18 años de edad, que utilicen medicina alternativa y complementaria en enfermedades crónicas que acudan a su control en las consultas externas de endocrinología, reumatología y cardiología del Hospital General San Juan de Dios y Hospital Roosevelt, y con ello ayudarles a que tengan una mejor calidad de vida.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar como si no, continuarán todos los servicios que reciba en esta institución y nada variará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.
El procedimiento que se llevará a cabo en su persona es el siguiente:

1. Se le aplicará el cuestionario SF 36 mediante entrevista directa, que consta de 36 preguntas, que exploran 8 dimensiones del estado de salud sobre la calidad de vida, las cuales se leerán y se marcará una sola respuesta.
2. Se realizará la suma de las puntuaciones de cada dimensión, donde se le informará al paciente del estado de su calidad de vida con los parámetros siguientes: ≤ 50 = mala calidad de vida. ≥ 51 = buena calidad de vida.
3. Al final de la recolección de los datos se le agradecerá su colaboración.

He sido informado (a) e invitado (a) a participar en la investigación “medicina alternativa y complementaria en enfermedades crónicas”. Entiendo que se me pasará un cuestionario que consta de 36 preguntas, que exploran 8 dimensiones del estado de salud sobre la calidad de vida (función física; función social; limitaciones del rol: de problemas físicos; problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general). Las cuales se me leerán y se marcará una sola respuesta. He sido informado (a) que no existen riesgos. Sé que es posible que haya beneficios para mi persona como mejorar mi calidad de vida relacionado a mi salud.
He leído y comprendido la información proporcionada y que me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar y me han contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera a mi cuidado (médico).

Nombre del participante:

_____ Fecha _____

Firma del participante (o huella dactilar):

_____

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que la persona ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo:
_____ Fecha: _____

Firma del testigo (o huella dactilar):

_____-
_____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que la persona ha dado consentimiento libremente.

Nombre del investigador:

_____ Fecha _____

Firma del Investigador:

_____

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento informado.

ANEXO 3

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CÓDIGO

MEDICINA ALTERNATIVA Y COMPLEMENTARIA EN ENFERMEDADES CRÓNICAS
BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha: _____ Registro médico _____

HOSPITAL:

General San Juan de dios ☐

Roosevelt ☐

ESPECIALIDAD:

Endocrinología ☐

Cardiología ☐

Reumatología ☐

DATOS PERSONALES

Edad: _____

SEXO:		**ETNIA:**		**ESTADO CIVIL:**		**ESCOLARIDAD:**	
Masculino	☐	Indígena	☐	Soltero (a)	☐	Analfabeta	☐
Femenino	☐	No indígena	☐	Casado (a)	☐	Primaria	☐
				Unido (a)	☐	Básico	☐
				Viudo (a)	☐	Diversificado	☐
				Divorciado (a)	☐	Universitario	☐

ANTECEDENTES MÉDICOS

Artritis Reumatoide ☐ Diabetes Mellitus ☐ Hipertensión Arterial ☐

¿Qué tipo de medicina alternativa y complementaria utiliza?
Naturopatía (plantas)

Achiote	☐	Ajo	☐	Albahaca	☐	Anís	☐	Apazote	☐	Jengibre	☐		
Cebada	☐	Lantén	☐	Hierbabuena	☐	Ixbut	☐	Verbena	☐	Sábila	☐		
Linaza	☐	Menta	☐	Manzanilla	☐	Pericón	☐	Valeriana	☐	Perejil	☐		
Alfalfa	☐	Tomillo	☐	Alcachofa	☐	Cannabis	☐	Canela	☐	Fenogreco	☐		
Aloe Vera	☐	Prímula	☐	Pasiflora	☐	Olivo	☐	Apio	☐	Flor de tilo	☐		
Te verde	☐	Fibra Natural	☐	Rosa de Jamaica	☐	Uña de gato	☐	Diente de león	☐	Sulfato de condroitina	☐		
Sulfato de glucosa mina	☐	Otros: _____											

Meditación ☐ Yoga ☐ Acupuntura ☐ Homeopatía ☐ Tai Chi ☐

Acupresión ☐ Quiropraxia ☐ Reflexología ☐ Aroma terapia ☐ Reiki ☐

Otros: _____

¿Por cuánto tiempo a utilizado la medicina alternativa y complementaria?

Meses _____

¿Cuál es el costo mensual del uso de la medicina alternativa y complementaria?

_____

Observaciones:

_____

_____

CÓDIGO

ANEXO 4
CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

Consta de 36 preguntas, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física; función social; limitaciones del rol: de problemas físicos; problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general.

A CONTINUACIÒN LEA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS Y MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:
   1) Excelente
   2) Muy buena
   3) Buena
   4) Regular
   5) Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
   1) Mucho mejor ahora que hace un año
   2) Algo mejor ahora que hace un año
   3) Más o menos igual que hace un año
   4) Algo peor ahora que hace un año
   5) Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
   1) Sí, me limita mucho
   2) Sí, me limita un poco
   3) No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
   1) Sí, me limita mucho
   2) Sí, me limita un poco
   3) No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?
   1) Sí, me limita mucho
   2) Sí, me limita un poco
   3) No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
   1) Sí, me limita mucho
   2) Sí, me limita un poco
   3) No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
   1) Sí, me limita mucho
   2) Sí, me limita un poco
   3) No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
   1) Sí, me limita mucho
   2) Sí, me limita un poco
   3) No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
   1) Sí, me limita mucho
   2) Sí, me limita un poco
   3) No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
    1) Sí, me limita mucho
    2) Sí, me limita un poco
    3) No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
    1) Sí, me limita mucho
    2) Sí, me limita un poco
    3) No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
    1) Sí, me limita mucho
    2) Sí, me limita un poco
    3) No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
    1) Sí 2) No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
    1) Sí 2) No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
    1) Sí 2) No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?
    1) Sí 2) No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso?
    1) Sí 2) No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
    1) Sí 2) No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
    1) Sí 2) No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
    1) Nada
    2) Un poco
    3) Regular
    4) Bastante
    5) Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
    1) No, ninguno
    2) Sí, muy poco
    3) Sí, un poco
    4) Sí, moderado
    5) Sí, mucho
    6) Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
    1) Nada
    2) Un poco
    3) Regular
    4) Bastante
    5) Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?
    1) Siempre
    2) Casi siempre
    3) Muchas veces
    4) Algunas veces
    5) Sólo alguna vez
    6) Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?
    1) Siempre
    2) Casi siempre
    3) Muchas veces
    4) Algunas veces
    5) Sólo alguna vez
    6) Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?
    1) Siempre
    2) Casi siempre
    3) Muchas veces
    4) Algunas veces
    5) Sólo alguna vez
    6) Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
    1) Siempre
    2) Casi siempre
    3) Muchas veces
    4) Algunas veces
    5) Sólo alguna vez
    6) Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?
    1) Siempre
    2) Casi siempre
    3) Muchas veces
    4) Algunas veces
    5) Sólo alguna vez
    6) Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
    1) Siempre
    2) Casi siempre
    3) Muchas veces
    4) Algunas veces
    5) Sólo alguna vez
    6) Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?
    1) Siempre
    2) Casi siempre
    3) Muchas veces
    4) Algunas veces
    5) Sólo alguna vez
    6) Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?
    1) Siempre
    2) Casi siempre
    3) Algunas veces
    4) Sólo alguna vez
    5) Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?
    1) Siempre
    2) Casi siempre
    3) Algunas veces
    4) Sólo alguna vez
    5) Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?
    1) Siempre
    2) Casi siempre
    3) Algunas veces
    4) Sólo alguna vez
    5) Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.
    1) Totalmente cierta
    2) Bastante cierta
    3) No lo sé
    4) Bastante falsa
    5) Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.
    1) Totalmente cierta
    2) Bastante cierta
    3) No lo sé
    4) Bastante falsa
    5) Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.
    1) Totalmente cierta
    2) Bastante cierta
    3) No lo sé
    4) Bastante falsa
    5) Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.
    1) Totalmente cierta
    2) Bastante cierta
    3) No lo sé
    4) Bastante falsa
    5) Totalmente falsa