



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

EL PROCESO DE PERSONAS EN CONDICIONES DE CRONICIDAD USUARIAS
DE MEDICINA COMPLEMENTARIA Y ALTERNATIVA (CAM).

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN ENFERMERÍA

CAMPO DE CONOCIMIENTO: CIENCIAS DE LA SALUD

PRESENTA:

ANA LAURA LÓPEZ ROMERO

TUTOR:

MSP. MARÍA VICTORIA FERNÁNDEZ GARCÍA
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Ciudad de México, Marzo 2021.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

EL PROCESO DE PERSONAS EN CONDICIONES DE CRONICIDAD USUARIAS
DE MEDICINA COMPLEMENTARIA Y ALTERNATIVA (CAM).

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN ENFERMERÍA
CAMPO DE CONOCIMIENTO: CIENCIAS DE LA SALUD

PRESENTA:

ANA LAURA LÓPEZ ROMERO

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ana Laura López Romero'.

TUTOR:

MSP. MARÍA VICTORIA FERNÁNDEZ GARCÍA
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Ciudad de México, Marzo 2021.

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

Ciudad Universitaria, D. F. a 1º de febrero del 2021.

LIC. EN ENF. ANA LAURA LÓPEZ ROMERO
No. de Cuenta 407009680

P R E S E N T E:

Por medio de la presente me permito informar a usted que el Comité Académico de la Maestría en Enfermería, en su reunión ordinaria del 28 de enero del 2021, aprobó el jurado para la presentación de su examen para obtener el grado de **Maestro(a) en Enfermería** del Posgrado en Enfermería, con la tesis titulada:

“EL PROCESO DE PERSONAS EN CONDICIONES DE CRONICIDAD USUARIAS DE MEDICINA COMPLEMENTARIA Y ALTERNATIVA (CAM)”.

Integrado de la siguiente manera:

Presidente : Doctora Guillermina Arenas Montaña
Vocal : Maestra María Victoria Leonor Fernández García
Secretario : Doctora Irma Cortés Escárcega
Suplente : Maestra Sofía del Carmen Sánchez Piña
Suplente : Maestra Beatriz Carmona Mejía

Sin más por el momento, me despido.

A T E N T A M E N T E
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”

DRA. GANHI PONCE GÓMEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA



COORDINACIÓN DEL POSGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

C.c.p. Expediente alumno.

Agradecimientos

Con especial cariño y respeto agradezco a mi Directora de Tesis la Mtra. María Victoria Fernández García, por aceptarme para realizar esta investigación bajo su dirección. Por dedicar gran parte de su tiempo y confianza en mi trabajo que, sin lugar a duda, debo gran parte de mi aprendizaje en esta increíble trayectoria que es la investigación, lo que me ha permitido tener una visión diferente hacia mi profesión y hacia mí propia persona. Por su orientación y conocimientos. Gracias por hacerme crecer.

Expreso mi gratitud a la Universidad Nacional Autónoma de México y la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por haberme cobijado desde mi Licenciatura y abrirme las puertas hacia el aprendizaje. Sin duda, las aulas, los espacios de estudio y la calidad de sus docentes nos motivan para continuar en la formación profesional.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por brindarme una beca y sostenerme durante mi formación profesional.

Extiendo mi agradecimiento al Centro Médico Capistrán por abrirme sus puertas una vez más, por brindarme la confianza y permitirme realizar este trabajo de investigación con el debido respeto siempre hacia las personas que ahí se atienden y trabajan. En memoria del Dr. Salvador Capistrán Alvarado, en quien encontré a una excelente persona y guía, siempre con el compromiso y entusiasmo de ver por las personas, ofreciéndoles una alternativa de vida. Lo recordaré con mucho cariño, siempre con esa gran sonrisa y profesionalismo que lo caracterizaban. Gracias infinitas.

Gracias a todos mis maestros del posgrado de Maestría por haberme compartido de sus conocimientos y con ellos poder llegar a cumplir unos de mis sueños.

Ya todos aquellos que de alguna manera influyeron en mí para lograr culminar este trabajo de investigación. A todos ustedes gracias por su tiempo, paciencia y gentileza al recibir este trabajo.

Dedicatoria

Quiero dedicar muy en mi corazón a los hombres y mujeres que aceptaron participar en este trabajo de investigación, ya que me brindaron gran parte de su tiempo, me compartieron una pequeña parte de su vida y me abrieron su corazón, sin siquiera conocerme depositaron su confianza en mí lo cual también agradezco, sin ellas este trabajo no hubiera sido posible.

Dedico este trabajo a Luis Ángel Benítez Chavira, mi amigo, mi compañero de vida, mi colega y ahora esposo. Por estar en todo momento en este camino juntos. Por la paciencia y amor en estos dos años de la maestría, por alentarme en los momentos de desesperanza y angustia. Pero sobre todo por impulsarme siempre a seguir cumpliendo mis sueños. Te amo.

A mis hermosos padres que a pesar de los momentos que hoy nos separan siempre han estado apoyándome en todo momento y de quien siempre he recibido más de lo que necesito y a ellos debo lo que soy ahora. Siempre estaré infinitamente agradecida. Los amo por siempre.

A mi bella hermana, mi mejor amiga, por ser parte importante de mi vida, por llenarme de alegrías y amor cuando más lo he necesitado. Siempre juntas hasta la eternidad.

† *A la memoria de mi abuela*

Balbina Naranjo Flores.

Te extraño.

Contenido

RESUMEN	6
ABSTRACT	8
1.- INTRODUCCIÓN	10
1.1.- PROBLEMATIZACIÓN	12
1.2.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	15
1.3.- OBJETIVOS.....	15
2.- MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	16
2.1.- CRONICIDAD	16
2.2.- MEDICINA COMPLEMENTARIA Y ALTERNATIVA (CAM).....	18
2.3.- CÁNCER	22
2.4.- DIABETES MELLITUS (DM)	24
2.5.- HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA (HAS)	27
2.6.- PLURALISMO MÉDICO.	29
3.- REVISIÓN DE LA LITERATURA.	30
4.- METODOLOGÍA.	43
4.1.- FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA.	43
4.2.- TIPO DE ESTUDIO.....	44
4.3.- ESCENARIO DE LA INVESTIGACIÓN	44
4.4.- CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES.	45
4.5.- MUESTREO.	45
4.6.- RECOLECCIÓN DE DATOS.	46
4.7.- RIGOR METODOLÓGICO.	47
4.8.- REFLEXIVIDAD.....	48
4.9.- CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	51
4.10.- PROCESO DE ANÁLISIS DE DATOS	53
5.- HALLAZGOS.....	59
5.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PARTICIPANTES.....	60
5.2 PRESENTACIÓN DE LOS PARTICIPANTES.....	61
5.3 CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	76
CATEGORÍA 1. ENTERARSE	78
SUBCATEGORÍA 1.1. CAUSA	81
CATEGORÍA 2. VIVIR CON	83
SUBCATEGORÍA 2.1. VIVIR CON SENTIMIENTOS Y EMOCIONES	83
SUBCATEGORÍA 2.2. VIVIR CON TRATAMIENTO	86
SUBCATEGORÍA 2.3. VIVIR CON EXPERIENCIA CORPORAL.....	89
SUBCATEGORÍA 2.4. VIVIR CON ALIMENTACIÓN	92
SUBCATEGORÍA 2.5. VIVIR CON TRABAJO.....	96
SUBCATEGORÍA 2.6. VIVIR CON FAMILIA.....	98
SUBCATEGORÍA 2.7. VIVIR CON CONOCIMIENTOS PARA ACTUAR.....	101

CATEGORÍA 3. DECISIONES PARA USAR CAM	106
SUBCATEGORÍA 3.1. PERSONA SIGNIFICATIVA	106
SUBCATEGORÍA 3.2. CONCILIACIÓN	109
SUBCATEGORÍA 3.3 RESULTADOS CAM	110
SUBCATEGORÍA 3.4 RAZÓN CAM	113
CATEGORÍA 4. TRAYECTORIAS	116
SUBCATEGORÍA 4.1 UN IR Y VENIR	123
SUBCATEGORÍA 4.2 “ESO NO DUELE”	126
SUBCATEGORÍA 4.3 CRISIS	128
6.- DISCUSIÓN	136
7.- CONCLUSIONES	147
8.- LIMITACIONES	151
9.- APORTACIONES	152
ANEXOS	157
ANEXO 1. ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA	157
ANEXO 2. CONSTRUCCIÓN DE LA GUÍA DE ENTREVISTA	158
ANEXO 3. GUÍA DE ENTREVISTA	159
.....	159
ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO	160
ANEXO 5. LIBRO DE CÓDIGOS	162
CATÁLOGO DE MEDICINA COMPLEMENTARIA Y ALTERNATIVA	166
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	185

RESUMEN

El proceso de personas en condiciones de cronicidad usuarias de Medicina Complementaria y Alternativa (CAM)

Introducción: Las enfermedades no transmisibles (ENT) se encuentran entre los problemas de salud más frecuentes y constituyen uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud. Se estima que a nivel mundial mueren más de 40 millones de personas anualmente y alrededor del 80% de las defunciones ocurren a edades menores a 70 años, en particular en países en vías de desarrollo y de ingresos bajos. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en México, durante el 2019 fallecieron 747 784 mexicanos; 44 737 más que en 2017. Del total de las defunciones el 88% se debieron a enfermedades relacionadas con la salud, siendo el cáncer, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial las tres primeras causas de muerte en el país. El uso de la Medicina Complementaria y Alternativa (CAM por sus siglas en inglés), ha aumentado considerablemente especialmente en personas con enfermedades crónicas, sin embargo, no existe evidencia que demuestre cómo es el proceso en el uso de las CAM en personas con enfermedades crónicas. **Objetivo:** Comprender el proceso de personas en condiciones de cronicidad usuarias de CAM. **Metodología:** Se realizó un estudio cualitativo exploratorio en personas adultas usuarias de CAM, que tuvieran diagnóstico de cáncer, diabetes mellitus e hipertensión arterial, y que fueran asistentes a una clínica privada que ofrece tratamiento de herbolaria, acupuntura y homeopatía, el muestreo fue intencional. La recolección de los datos fue a través de entrevistas semiestructuradas con ayuda de una guía de entrevista y previo consentimiento informado. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas para su análisis y se asignó un seudónimo para proteger la identidad de los participantes. Se utilizaron técnicas y procedimientos analíticos de la teoría fundamentada según Strauss y Corbin. El rigor metodológico se alcanzó bajo los criterios de credibilidad, confirmabilidad, reflexividad y transferibilidad. Para las consideraciones éticas se aplicaron los criterios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. **Hallazgos:** Características de las personas: fueron 15

participantes 7 hombres y 8 mujeres con diagnósticos de cáncer, diabetes mellitus e hipertensión arterial. El proceso de personas en condiciones de cronicidad usuarias de las CAM se configuró a través de 4 categorías: 1) Enterarse (con una subcategoría). 2) Vivir con (con 7 subcategorías). 3) Decisiones para usar CAM (con 4 subcategorías). (4) Trayectorias (con 3 subcategorías). **Conclusiones:** El proceso de las personas demostró que las personas con diagnóstico de cáncer vivieron trayectorias más complejas desde su diagnóstico y mostraron dificultades en la búsqueda de atención en salud de diferente naturaleza; los recursos económicos representaron una limitante en el seguimiento de los tratamientos, las dificultades de accesibilidad a los servicios de salud implicó un ir y venir entre un servicio y otro, los largos tiempos de espera para concertar las citas, tiempo de espera para ser atendidos, falta de medicamentos o equipos médicos, poca atención por parte de los profesionales de la salud; a menudo los médicos desacreditaron el uso de las CAM. La dificultad de seguir una alimentación que contribuya al cuidado de la enfermedad fue un hecho sumamente difícil en las personas con diabetes, sin embargo, en todos los casos las personas realizaron acciones para poder sentirse mejor.

Palabras clave: Terapias complementarias, cáncer, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfermería y enfermedades crónicas.

ABSTRACT

The process of people under chronicity conditions who use alternative and complementary medicine (CAM)

Introduction: Non communicable chronic diseases are found among the most frequent health problems and constitute one of the biggest challenges the health system faces. It is globally estimated that more than 40 million people die annually and around 80% of deaths occur at ages under 70, particularly in developing countries and with low income. According to the National Institute of Statistics and Geography (INEGI) in Mexico, during 2019, 747 784 Mexicans died; 44 737 more than 2017. Of the total deaths, 88% were due to diseases such as cancer, diabetes mellitus and hypertension, being the three leading causes of death in the country. The use of Complementary and Alternative Medicine has increased considerably especially in people with chronic diseases; nevertheless, there is no evidence to demonstrate how is the process is like in the use of CAM on people with chronic diseases. **Objective:** To understand the process of people under chronicity conditions who use CAM. **Methodology:** An exploratory qualitative study was conducted on adult users of CAM, who had cancer, diabetes mellitus, and hypertension diagnoses; furthermore, who were attending a private clinic which offered herbology, acupuncture, and homeopathy treatments, sampling was intentional. The data collection was through semi-structured interviews with the help of an interview guide and prior informed consent. The interviews were recorded and transcribed for further analysis, besides, a pseudonym was assigned to protect the identities of the participants. Analytic techniques and procedures from the grounded theory by Strauss and Corbin were used. The methodological rigor was reached under the credibility, confirmability, reflexivity, and transferability criteria. For the ethical considerations were applied autonomy, beneficence, non-maleficence and justice criteria. **Findings:** Characteristics of the people: There were 15 participants, 7 men and 8 women with cancer, diabetes mellitus, and hypertension diagnoses. The process of people under chronicity conditions users of CAM was configured under 4 categories: 1) Find out (with a sub-category). 2) Live with (with 7

subcategories). 3) Decisions to use CAM (with 4 subcategories). (4) Trajectories (with 3 subcategories). **Conclusions:** The process of the people demonstrated that people with cancer diagnosis lived more complex trajectories since their diagnosis and showed difficulties in the search of health care of a different nature; the financial resources revealed a budget constraint in the follow up treatments, the accessibility difficulties to healthcare services implied going back and forth between one service and another, the long waiting times to make an appointment, the waiting time to be treated, shortages of drugs and equipment, lack of attention from health care workers; doctors often discredit the use of CAM. The difficulty to continue with a diet which contributes to the care of a disease was an extremely difficult fact on people with diabetes; however, in all cases the patients undertook actions to feel better.

Key words: Complementary therapies, neoplasms, diabetes mellitus type 2, hypertension, nursing and chronic diseases.

1.- INTRODUCCIÓN

La decisión de optar por este trabajo de investigación nace de mi interés por salir a conocer fuera de la biomedicina cómo es concebida la Medicina Complementaria y Alternativa (CAM) en nuestros días. Sin lugar a duda, la atención a la salud se ha vuelto más compleja y especializada, las instituciones de salud están formadas por grandes grupos de profesionales multidisciplinarios; sin embargo, fuera de los hospitales existen una clase de proveedores de salud más grande que proveen una amplia gama de prácticas. Este grupo de terapias conocidas CAM y que actualmente han recibido un creciente interés por personas que viven con una enfermedad crónica en busca de mejorar su calidad de vida.

A partir de algunas experiencias con familiares muy cercanos a mí quienes vivieron sus últimos años con algunas enfermedades crónicas, han sido muy significativas en mi andar como persona y sobre todo como profesional de la salud.

Hasta el momento, se ha prestado una atención limitada a la comprensión de los procesos integrales de las personas en particular, en aquellas que viven con una enfermedad crónica usuarias de CAM, si bien en México encontramos estudios que evidencian el uso en la población oncológica adulta¹ y en pacientes pediátricos^{2,3}, son escasas las publicaciones que exploren este fenómeno y mucho menos que describan las trayectorias en la búsqueda de atención en salud, desde el momento del diagnóstico hasta el uso de esta prácticas no convencionales.

El valor de esta tesis reside en evidenciar cómo son los procesos integrales de las personas que viven con una enfermedad crónica usuarias de CAM. Por lo que me gustaría hacer énfasis en que no identifico a las personas como diabéticos, hipertensos etc, en lo personal consideramos que ser etiquetados significa ser reducidos, dejando a un lado aspectos importantes de su vida.

Dentro de todo, el objetivo general que perseguimos en este estudio fue comprender el proceso de personas en condiciones de cronicidad usuarias de CAM, así mismo describimos la trayectoria en la búsqueda de la atención de salud, desde el inicio de la enfermedad hasta el uso de estas prácticas no convencionales.

Este trabajo está elaborado siguiendo los lineamientos del posgrado y quedó conformado de la siguiente manera:

- En el primer capítulo se expone el **planteamiento del problema** y su implicación con la disciplina de enfermería derivándose el objetivo general y los objetivos específicos.
- Se podrá observar en el apartado del **marco teórico y conceptual** que recoge algunos conceptos y datos actualizados (epidemiología), que dan forma al contenido central de esta investigación.
- En el capítulo de la **revisión de la literatura** se detallan los tipos de estudios reportados por otros autores que se acercaron al fenómeno de estudio.
- En el siguiente capítulo se detalla la **metodología** utilizada para esta investigación, que incluye el diseño, características y selección de los participantes, técnicas de recolección de los datos, criterios de rigor y principios éticos.
- En el capítulo de **hallazgos** se presentan las principales categorías y subcategorías que emergieron del análisis de los datos. Con la finalidad de comprender el proceso general de las personas en condiciones de cronicidad usuarias de CAM se inicia con la descripción de las características de los informantes.
- Posteriormente se **discuten y** se contrastan los principales hallazgos con otros autores. A la luz de lo anterior se plantean las **conclusiones, y limitaciones del estudio**, así mismo se plantean algunas **implicaciones para la práctica, la investigación y la docencia en enfermería**.
- Finaliza con el apartado de la **bibliografía** donde se exponen los artículos más relevantes y que sostuvieron a este trabajo y **el apartado de anexos** que contiene material elaborado por la investigadora principal, que dan sustento al trabajo de investigación.

1.1.- Problematización

El aumento de las enfermedades no transmisibles (ENT) es uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial prioritarios en el siglo XXI, considerando su incremento progresivo de la tasa de morbilidad y la mortalidad tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo⁴.

Las ENT se definen como un trastorno orgánico que afecta a la salud y que persisten por un largo tiempo, cuya evolución es generalmente lenta y suelen asociarse a distintos grados de discapacidad y de dependencia. Además, conlleva a limitaciones en la calidad de vida de las personas. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe de 2014 sobre prevención y control de ENT había causado 38 millones de defunciones, que corresponde al 68% de los 56 millones de muertes registradas en 2012⁵.

Sin embargo, algunos datos del 2018 registran un aumento significativo, a más de 41 millones de defunciones anualmente a nivel mundial. Por lo que cada año mueren 15 millones de personas a edades prematuras de entre 30 y 69 años Por lo que se prevé que en 2030 aumente a 52 millones de defunciones⁶.

Las principales causas de muerte son las enfermedades cardiovasculares (17,7 millones cada año), seguidas del cáncer (8,8 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones); más del 85% de estas muertes "prematuras" ocurren en países de ingresos bajos y medianos, afectando de igual manera a hombres y mujeres⁷ ⁸. La etiología la constituyen la interacción de diversos factores como el ambiente, estilos de vida y hábitos, la herencia, niveles de estrés, entre otros.

Particularmente en América Latina y el Caribe la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que las ENT son la principal causa de muerte y discapacidad prematura en la gran mayoría de los países y tienen efectos devastadores para las personas, las familias y las comunidades, especialmente las poblaciones pobres⁹.

El diagnóstico de una ENT tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas. En algunos casos puede significarse como un proceso altamente estresante, un reto, una amenaza, una pérdida, un castigo o por el contrario un beneficio, un alivio, incluso, como una enseñanza y una oportunidad de aprender aspectos esenciales para la vida¹⁰. Puede ser que con el tiempo la persona supere o aprenda a controlar estados emocionales, pero también puede suceder que nunca se logre tal condición y a medida que pase el tiempo las etapas depresivas y estresantes de la enfermedad sean cada vez más profundas y prolongadas¹¹.

El impacto emocional que tiene una enfermedad crónica en la persona es innegable y está estrechamente relacionado con la incertidumbre del proceso de la enfermedad. Bajo estas circunstancias, la persona pasa por un proceso de negación desde el momento en el que el diagnóstico lo coloca en una condición de padecer una enfermedad que se piensa sin cura, con la que se tiene que vivir el resto de la vida y que dependiendo del tipo de enfermedad que se trate, habrá que hacer frente a las complicaciones y todo a lo que a ello conlleva.

La adaptación a un nuevo estilo de vida como consecuencia de la enfermedad implica que las personas deban realizar actividades como: seguir regímenes medicamentosos complejos, modificación de hábitos alimenticios, controlar la ingesta de calorías, realizar ejercicio, mantener un peso corporal dentro de lo establecido, someterse a una serie de intervenciones, procedimientos, exámenes, y monitorear indicadores físicos, de tal forma que trastocan la vida cotidiana¹².

Al inicio de la enfermedad, la aparición de los síntomas estimula la búsqueda de asistencia médica, aunque el tiempo entre las primeras manifestaciones y la decisión de buscar atención puede ser variable. Al recibir atención y estar bajo tratamiento es frecuente que las personas enfrenten dificultades para seguirlo, dado que las ENT exponen a las personas a crisis económicas, emocionales e incertidumbre sobre el daño potencial que les puede generar el tratamiento farmacológico¹³⁻¹⁴. Lo que en algunos casos los lleva a utilizar la Medicina Complementaria y Alternativa (CAM) definida como un grupo de sistemas fuera de la medicina convencional. El término *Complementaria* hace referencia a terapias

que son usadas conjuntamente con la medicina convencional y cuando hablamos de medicina *alternativa* nos referimos a aquellas terapias utilizadas en lugar de la medicina convencional.

La evidencia demuestra que las personas en condiciones de cronicidad acuden a la CAM con la esperanza de fortalecer el sistema inmunológico, disminuir la toxicidad asociada con el tratamiento, ayudar a las terapias convencionales, erradicar la enfermedad directamente, aliviar efectos secundarios, incluido el estrés y el dolor¹⁵, insatisfacción con el tratamiento convencional, hacer frente a la enfermedad¹⁶, además las describen como beneficiosas y naturales, varía entre países debido a los diferentes contextos sociales y valores culturales¹⁷⁻¹⁸.

A partir de lo antes planteado, entendemos que el diagnóstico implica un proceso de varias etapas que pueden llevar a la persona a desgastarse tanto física, como emocionalmente e incluso espiritualmente, por lo que cada vez es más frecuente que las personas con enfermedades crónicas busquen alternativas de tratamiento con el fin de mejorar su salud, por lo tanto, enfermería como profesión no puede mantenerse ajena a esta realidad, debe de reconocer y comprender las necesidades de las personas que optan por estas prácticas ofreciendo alternativas de salud, según sus intereses y necesidades de cada persona, acompañando y ayudando en el proceso de la enfermedad.

Si bien, entendemos a los cuidados como la esencia y objeto de estudio de enfermería, concepto central para la disciplina, encaminados a proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a su enfermedad, sufrimiento y dolor^{19,20,21}. El cuidado holístico ofrece una forma práctica de integrar estos métodos en el cuidado de enfermería que, mediante el uso de estas prácticas de CAM, las enfermeras puedan realmente ofrecer cuidados holísticos al sanar y nutrir las mentes, el cuerpo y el espíritu²².

Hasta el momento, se ha prestado una atención limitada a la comprensión de los procesos integrales en particular de las personas que viven con una enfermedad crónica usuarias de CAM, si bien en México se ha estudiado su uso en la población

oncológica adulta^{Error! Marcador no definido.} y en pacientes pediátricos^{2,3}, son escasas las publicaciones y no hay evidencia que explore cómo es el proceso integral de las personas con ENT y que lleguen a ser usuarias de la CAM que incluya la búsqueda de atención y mucho menos que describan las trayectorias en la búsqueda de atención en salud.

Por esta razón se plantea la siguiente pregunta de investigación:

1.2.- Pregunta de Investigación.

¿Cómo es el proceso de las personas en condiciones de cronicidad que llegan a ser usuarias de la CAM?

1.3.- Objetivos.

1.3.1 Objetivo general.

- Comprender el proceso de personas en condiciones de cronicidad usuarias de CAM, en sus diferentes dimensiones.

1.3.2 Objetivos específicos.

- Identificar, describir y analizar las dimensiones del proceso que se dan en las personas en condiciones de cronicidad usuarias de CAM.
- Describir la búsqueda de atención que siguen las personas en condiciones de cronicidad.
- Describir la experiencia y el significado en el uso que le dan las personas a la CAM.

2.- MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1.- Cronicidad.

La carga de las enfermedades no transmisibles (ENT) está aumentando rápidamente y sigue siendo la principal causa de mortalidad en el mundo⁵. El término ENT se define como un trastorno orgánico, funcional y discapacitante, que modifica el estilo de vida de la persona que las padece, y por sus repercusiones se ha constituido en un problema de salud pública debido a las alteraciones que ocasiona a nivel bio-psico-emocional⁴. En la actualidad son uno de los mayores retos que enfrentan los sistemas de salud a nivel mundial por varias razones: el gran número de casos afectados, su gradual contribución a la mortalidad general, porque son la causa más frecuente de discapacidad y representan altos costos de la hospitalización, tratamiento y rehabilitación⁵.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe 2014 sobre prevención y control de enfermedades crónicas causó 38 millones de defunciones. Sin embargo, en 2018 las ENT son ahora responsables de más de 41 millones de muertes por año en el mundo y de los cuales 15 millones ocurren a edades prematuras entre los 30 y 69 años, registrados en países de ingresos bajos y medios. La OMS ha informado que las ENT serán la principal causa de muerte para el 2030, lo cual aumentará de 41 millones en 2018 a 52 millones^{6,7}.

Durante la última década, las enfermedades como el cáncer, la diabetes mellitus (DM), las enfermedades cardiovasculares (ECV), se han convertido en las enfermedades crónicas más comunes²³. El consumo de tabaco, la inactividad física, el uso excesivo de alcohol y las dietas no saludables aumentan, son unos de los principales factores de riesgo para desarrollar una enfermedad crónica.

En México de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), durante el 2019 fallecieron 747 784 mexicanos; 44 737 más que en 2017. Del total de las defunciones el 88% se debieron a enfermedades relacionados con problemas de salud, es decir; las tres principales causas de muerte tanto para

hombres como para mujeres fueron: enfermedades del corazón (156 041, 23.5%), diabetes mellitus (104 354, 15.7%) y tumores malignos (88 680, 13.4%)²⁴.

Vivir con una enfermedad crónica es un proceso constante que incluye estar atento a las respuestas corporales, planificar cuidadosamente las actividades diarias y aprender nuevas estrategias²⁵. Esta condición impone en primer lugar vivir de forma permanente con ella tanto a nivel físico, psíquico y simbólico de la individualidad; pero también demanda de forma obligatoria trascender dicha individualidad, en tanto el ser humano es un ser social que se expresa y proyecta en diferentes espacios de la vida cotidiana²⁶.

Una enfermedad crónica comprende un profundo proceso de cambios intrapersonales que modifica la vida de la persona que la padece, y la forma en que experimentan sus cuerpos²⁷. Las enfermedades crónicas pasan a formar parte de la vida de las personas, ya sea que afecten su salud y funciones físicas, autonomía, libertad o amenacen su vida²⁸.

Además, vivir con una enfermedad crónica implica tratamientos permanentes y un monitoreo regular, en general, implica una educación continua y la modificación de un estilo de vida desde el mismo momento en que se diagnostica la enfermedad y esto también incluye someterse a una serie de rutinas que no siempre son bien aceptadas, como la alimentación saludable y el uso correcto y regular de medicamentos, por mencionar algunos. La enfermedad crónica puede provocar estrés por aspectos como la amenaza de vida, el deterioro progresivo y la incapacidad de control. Todas las enfermedades influyen en la vida diaria tanto de forma práctica como emocional. Por ejemplo, las personas con diabetes tienen que cambiar muchas partes de su vida diaria para intentar mantener un buen control glucémico y controlar su ingesta de alimentos durante el día²⁹. También se ha documentado que las personas con cáncer pasan por un proceso traumático y que les cambia la vida, pero, a diferencia de otras enfermedades, el cáncer puede provocar sentimientos de miedo e incertidumbre sobre la vida de los pacientes en el futuro³⁰. Así mismo, se presentan dificultades durante la trayectoria en la búsqueda de la atención.

2.2.- Medicina complementaria y alternativa (CAM).

La CAM se han definido por el Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM) por sus siglas en inglés,³¹⁻³² como “un grupo de diversos sistemas, prácticas y productos médicos y que actualmente no forman parte de la medicina convencional”, y distingue entre medicina complementaria, cuando este conjunto de terapias no formales se utiliza *junto* con la medicina convencional y medicina alternativa, cuando son utilizadas *en lugar* de la medicina convencional³³.

El NCCAM como organismo federal de los EE. UU, se fundó dentro de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) en 1998. El objetivo de este centro es investigar la confiabilidad y eficiencia de las prácticas CAM y proporcionar participación en tratamientos complementarios y alternativos cuya eficacia está científicamente probada y que generalmente se adaptan a las necesidades específicas de cada individuo¹⁷.

El NCCAM las clasifica en cinco categorías:^{31, 34}

1. *Sistemas médicos alternativos*: métodos como la homeopatía y la acupuntura.
2. *Terapias que relaciona mente y cuerpo*: métodos como el yoga, la meditación, la terapia de arte y de humor, a musicoterapia, la religión y la espiritualidad.
3. *Terapias con base biológica*: métodos relacionados con dietas, nutrientes específicos, medicina herbal y otros productos bilógicos.
4. *Manipulación y métodos corporales*: prácticas como la digitopuntura, masajes y quiropráctica.
5. *Terapias energéticas*: prácticas como el reiki y las terapias electromagnéticas.

Curiosamente el uso de la CAM está aumentando mientras que al mismo tiempo la medicina convencional se ha vuelto menos asequible.

Mientras tanto, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe Estrategia sobre Medicina Tradicional 2014-2023,³⁵ la define como un conjunto amplio de prácticas de atención de salud que no forman parte de la propia tradición del país y no están integradas en el sistema sanitario principal.

Además, apoya el uso de CAM siempre que representen un beneficio para el paciente y afirma que estas constituyen una parte importante en la atención sanitaria además que uso aporta numerosos efectos beneficiosos para la salud, que se pueden resumir en lo siguiente³⁶ .:

- Produce relajación, tranquilidad y sensación de bienestar.
- Reduce los niveles de estrés y/o ansiedad.
- Mejora la calidad del sueño y, por tanto, ayuda a mejorar el estado de ánimo y la calidad de la comunicación social.
- Disminuye los niveles de dolor.
- Mejora la circulación sanguínea, promoviendo el buen funcionamiento celular de los órganos.
- Favorece el buen funcionamiento del sistema inmunitario.
- Contribuye a mejorar la sintomatología digestiva (náuseas, vómitos, etc.).
- Ayuda a eliminar productos de desecho del organismo.

Cabe mencionar que dichas estrategias de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023, ayuda a las autoridades sanitarias a encontrar soluciones que propicien una visión más amplia respecto al mejoramiento de la salud y la autonomía de las personas.

Estudios recientes informan que el uso de CAM se ha incrementado en la salud preventiva, sin embargo, han experimentado un crecimiento significativo para ofrecer tratamientos a personas con enfermedades crónicas³⁷. Varias investigaciones han documentado el uso generalizado de la CAM en los Estados Unidos, Canadá y Europa. La integración de la investigación, la educación y la atención clínica de CAM en los centros académicos de ciencias de la salud se está produciendo en muchas instituciones de EE. UU³⁸.

El interés y el uso de CAM se ha expandido en muchos países del mundo^{17, 39},^{40, 41}, y su prevalencia de uso varía entre poblaciones como resultado de sus creencias, religiones y estilos de vida^{42,14}. Se informó que la prevalencia general de uso de la CAM era del 36% en los EE. UU⁴³, del 26% en el Reino Unido⁴⁴, del 37.9 en Italia⁴⁵ y 52% en Australia⁴⁶⁻⁴⁷. La prevalencia global es del 9,8% al 76,0%^{48,49,50,33}. Muy pocos estudios han descrito el uso de CAM en países del tercer mundo^{51, 52}. Sin embargo, los datos apuntalan que el 50% de los países desarrollados y el 80% de los países en vías de desarrollo utilizan la CAM⁵³.

La CAM se destaca también como un medio para afrontar el incesante aumento de las enfermedades crónicas, independientemente de los motivos por los que se recurre a las CAM, es indudable que el interés por ellas ha aumentado, y seguramente seguirá aumentando en todo el mundo.

En 2005, OMS informó que más del 80% de la población en países desarrollados utilizan la medicina herbal para controlar la salud. En 2007, el 17.7% de los estadounidenses reportaron utilizar productos naturales. Por lo que en el año 2012 había aumentado hasta el 17,9% de la población norteamericana, por lo que se puede decir que se mantiene constante el uso de esta práctica⁵⁴.

Resulta relevante que existe una gran demanda sobre CAM, y es una estrategia que las personas optan para enfrentar sus enfermedades, algunas razones para solicitar CAM incluyen mejorar la calidad de vida, manejo de síntomas no aliviados mediante tratamiento de la medicina convencional, la preocupación por los efectos tóxicos potenciales, y preferencias culturales.⁵⁵ El aspecto atractivo de la CAM puede estar relacionadas con el poder de las filosofías subyacentes que comparten, que implican la cercanía a la naturaleza, la espiritualidad y el hecho de que estas terapias a menudo coinciden con las creencias culturales de cada persona.

Por lo antes dicho, existen diversas maneras de entender a la persona, el diagnóstico, la enfermedad y el tratamiento, relacionados con las diferentes formas de pensamiento y que a la vez condiciona los criterios de las diferentes CAM pues cada una de estas prácticas, utiliza remedios o técnicas diferentes por lo que es importante decir, que los criterios en que se basan la CAM parten de una base

filosófica diferente a la que sostiene la medicina convencional y aplican procesos de diagnósticos y terapéuticos propios. Paralelamente a esta demanda, se observa que estas prácticas suscitan un interés creciente, tanto por parte de los profesionales sanitarios como por parte de las personas con enfermedades crónicas. En consecuencia, cada vez, hay más países que regulan esta nueva realidad con tal de garantizar las condiciones de la práctica, de responsabilidad y de defensa de la salud pública para que las personas las utilicen de forma segura y eficaz.

2.3.- Cáncer

El Cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo y se caracteriza por el crecimiento acelerado de células anormales que tienden a invadir el tejido circundante capaces de producir metástasis. En términos generales, a nivel mundial, el cáncer es una enfermedad que va en aumento y es considerada como una de las principales causas de muerte. Datos y cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), mencionan que el cáncer es la segunda causa de muerte prematura en 134 de los 183 países del mundo. En 2018, hubo un estimado de 18.1 millones de personas en todo el mundo tenían cáncer y 9,6 millones murieron a causa de la enfermedad. El 70% de los casos se registraron en países de ingresos medios y bajos y es la causa de aproximadamente el 30% de todas las muertes prematuras por ENT entre adultos de 30 a 69 años, aproximadamente 1 de cada 6 muertes se debe al cáncer⁵⁶.

El Informe mundial sobre el cáncer ilustra que el cáncer es realmente un problema mundial. Se prevé que para el año 2040 esas cifras se dupliquen a unos 29-37 millones de nuevos casos de cáncer, con los mayores aumentos en los países de ingresos bajos y medianos. Dicho informe menciona que, en 2018, el cáncer diagnosticado con mayor frecuencia fue el de pulmón (11,6% de todos los casos), seguido del cáncer de mama femenino (11,6%) y el cáncer colorrectal (10,2%). El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer (18,4% de todas las muertes), seguido de los cánceres colorrectal (9,2%) y de estómago (8,2%). Los impactos del tabaco, la obesidad y las infecciones son solo parte de un amplio espectro de otros agentes y factores de riesgo que contribuyen al desarrollo del cáncer y que, en conjunto, influyen en las tasas de incidencia. Algunos de estos factores de riesgo *no son modificables*, por ejemplo, la raza, los antecedentes genéticos familiares y los antecedentes reproductivos y hormonales. El consumo de tabaco y de alcohol, la mala alimentación y la inactividad física son los principales factores de riesgo de cáncer en el mundo son algunos de los *factores modificables*⁵⁷.

Por otro lado, en América Latina y el Caribe representa la segunda causa de muerte, para el 2018 se diagnosticaron 3.8 millones de casos y de los cuales 1.4 millones de personas murieron por esta enfermedad. Por lo que se prevé que para el 2030, la cantidad de personas recién diagnosticadas con cáncer aumentará en un 32% a más de 5 millones de personas cada año en las Américas⁵⁸.

En México, la magnitud de los efectos del cáncer no es muy diferente al panorama mundial, pues es la tercera causa de muerte, después de las enfermedades cardiovasculares y la diabetes. En 2018 se registró un total de 190 667 casos de cáncer, de los cuales 83 476 personas murieron por esta enfermedad⁵⁹.

De acuerdo con lo reportado del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), entre 2011 a 2016 la principal causa de mortalidad en la población de 30 a 59 años fue: los tumores malignos de los órganos digestivos, seguida por el cáncer de órganos genitales femeninos, cáncer de mama, el de órganos hematopoyéticos y los tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos⁶⁰.

2.4.- Diabetes Mellitus (DM)

La DM es una enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos. Hay tres tipos de diabetes: la diabetes tipo 1, diabetes tipo 2 y la gestacional. La más común es la diabetes tipo 2. La diabetes de tipo 1, o muy conocida como diabetes juvenil se caracteriza por la producción deficiente de insulina en el organismo. Las personas con este tipo de diabetes necesitan inyecciones diarias de insulina para regular la glucemia. La diabetes tipo 2, que da inicio en la edad adulta, obedece a que el organismo no usa la insulina eficazmente. La diabetes gestacional se caracteriza por presentar niveles altos de glucemia que, pese a ser superiores a los normales, son inferiores a los establecidos para diagnosticar la diabetes. Este tipo de diabetes aparece durante el embarazo.

La DM es una de las enfermedades más desafiantes y agobiantes del siglo XXI. Según las estimaciones de la OMS, la diabetes causó 1.5 millones de muertes en 2012 y las elevaciones de la glucemia por encima de los valores ideales provocaron otros 2.2 millones de muertes por efecto de un aumento del riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y de otro tipo. Para el 2014, 422 millones de adultos en todo el mundo padecían diabetes. Así mismo la prevalencia mundial se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4.7% al 8.5% en la población adulta⁶¹. Ello supone también un incremento en los factores de riesgo, como el sobrepeso y la obesidad. En la última década, la prevalencia de la diabetes ha aumentado más deprisa en los países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos. Se estima que en 2016 la diabetes fue la causa directa de 1,6 millones de muertes⁶².

De acuerdo con las cifras reportadas por la Federación Internacional de Diabetes (FID), 9463 millones de personas padecían diabetes en 2019. Por lo que se estimada que esta cifra aumente a 578 millones para el año 2030, y a 700

millones para 2045^{63,64,65}. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), estima que 62 millones de personas en las Américas viven con Diabetes Mellitus tipo 2. A nivel nacional la diabetes representa la segunda causa de muerte en 2019 pues cobro la vida de 104 mil 354 vidas⁶⁶. México está en la lista de los 10 países con mayor número de personas que viven con diabetes⁶⁷. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2019 (ENSANUT), 8.6 millones de mexicanos dentro de la población de 20 años y más, reportan haber recibido un diagnóstico de diabetes, la encuesta da a conocer que la diabetes pasó de 6.4 millones a 8.6 millones lo que significó un aumento de 10.3% en comparación con el año 2012.^{68, 69, 70}.

En las personas con DM diagnosticadas en todo el mundo, 90 a 95% tienen DMT2 y ocurre con mayor frecuencia en adultos, pero también se observa cada vez más en adolescentes. Las personas con DM tienen una esperanza de vida muy reducida. El aumento de la mortalidad y la morbilidad se deben al riesgo de desarrollar complicaciones crónicas por lo que requiere un cuidado motivado de por vida y una atención especial para controlar el azúcar en la sangre, en donde la atención puede llegar a ser cada vez más costosa con el tiempo, requiriendo progresivamente más medicamentos para controlar los factores de riesgo. La diabetes de larga duración o mal controlada conduce a la aparición de condiciones incapacitantes y algunas veces fatales⁷¹.

Por lo tanto, la diabetes es uno de los trastornos metabólicos más comunes en el mundo y la prevalencia de diabetes en adultos ha ido incrementado en las últimas décadas. Es una de las principales causas de muerte, morbilidad y gastos en atención médica y que ahora representa una de las mayores amenazas para la salud global. Por otro lado, el aumento acelerado de la prevalencia de la diabetes se debe al envejecimiento de la población, al incremento de la obesidad, relacionada con cambios en los estilos de vida.

Las personas con DM deben desarrollar y mantener un estilo de vida saludable y agregar actividades extras a su vida diaria, como controlar la glucosa en la sangre en su hogar varias veces al día, contando los carbohidratos ingeridos y tomando medicamentos, ya sea tomados o mediante inyecciones por lo que esto puede resultar agotador, estresante y una carga para sus vidas.

2.5.- Hipertensión Arterial Sistémica (HAS)

La HAS es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Es un trastorno grave que incrementa de manera significativa el riesgo de sufrir cardiopatías, encefalopatías, nefropatías y otras enfermedades. Para su diagnóstico, se han de tomar mediciones dos días distintos y en ambas lecturas la tensión sistólica ha de ser superior o igual a 140 mmHg y la diastólica superior o igual a 90 mmHg. Entre algunos factores de riesgo *modificables* están el consumo excesivo de sal, dietas ricas en grasas saturadas e ingesta insuficiente de frutas y verduras, así mismo la inactividad física, el consumo de tabaco y de alcohol, el sobrepeso y la obesidad. Por otro lado, los antecedentes familiares se encuentran entre los principales factores de riesgo *no modificables*⁷².

La presión arterial alta es la principal causa de enfermedad cardiovascular (ECV) y es la tercera causa de muerte en todo el mundo. Se asocia con al menos 7.6 millones de muertes por año en todo el mundo (13.5% de todas las muertes), lo que lo convierte en el principal factor de riesgo para ECV.⁷³ A nivel mundial en 2012 se calcula que murieron 17.5 millones de personas por enfermedades cardiovasculares, lo cual representa el 30% de las defunciones registradas en el mundo afectando a los países de ingresos bajos y medios. Por lo que se prevé que para el 2030 casi 23.6 millones de personas morirán por una enfermedad cardiovascular⁷⁴. La Organización Mundial de la Salud estima que en el mundo hay 1130 millones de personas con hipertensión. Casi el 80% de las muertes por enfermedades cardiovasculares corresponden a países de ingresos bajos y medianos⁷⁵.

En región de las Américas cada año ocurren 1.6 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares, de las cuales alrededor de medio millón son personas menores de 70 años, lo cual se considera una muerte prematura y evitable. La hipertensión afecta entre el 20-40% de la población adulta de la región y significa que en las Américas alrededor de 250 millones de personas padecen de presión alta⁷⁶.

En México, las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte, de acuerdo con la encuesta ENSANUT 2018, reportó que hubo un incremento de 9.3 millones en 2012 a 15.2 millones en 2018 lo que representa un 18.4% en la población de 20 años y más reportó tener hipertensión. En los hombres el porcentaje de la población de 50 años y más reportadas en el mismo año por sexo fue de 33.2% en hombres y 45.0% en mujeres⁶⁸.

2.6.- Pluralismo médico.

Por lo anterior, la consideración de que las personas que padecen alguna enfermedad frecuentemente enfrentan su padecimiento, es decir procediendo en diferentes momentos a diferentes tipos de terapias en donde la biomedicina no constituye la única opción para el manejo de las enfermedades. Lo que se domina en las sociedades actuales, es lo que se conoce como pluralismo médico, término que se refiere a que en nuestras sociedades la mayoría de la población utiliza potencialmente varias formas de atención no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud.⁷⁷

Esto permite que las personas elijan la opción médica que más les convenga, manteniendo el principio de autonomía y preservando la integridad de los sistemas de tratamiento involucrados.

Esta integración de diferentes modos de atención también podría estar respondiendo a una concepción holista de los procesos de salud y enfermedad y que por tanto procura también respuestas plurales para su atención.

En este sentido, Menéndez cuando habla sobre modelos, saberes y formas de atención y prevención de enfermedades no se refiere solo a la biomedicina, sino a todas esas formas y saberes de las personas que buscan dar tratamiento, controlar o aliviar algún padecimiento determinado a ese significado cultural que la biomedicina ha tendido a ignorar y marginar la mayoría de los saberes y formas no biomédicas⁷⁸. Así bien, siguiendo a este autor, Menéndez conceptualiza al pluralismo médico como aquella capacidad que tienen las personas para utilizar indistintamente y en más de una forma cualquier forma de curarse para la posible solución o atención a sus padecimientos.

El creciente uso de la CAM en todo el mundo es innegable, las personas están participando cada vez en su propia atención de salud, solucionando necesidades que la biomedicina no ha podido cubrir, por lo que las personas están abiertas a explorar y usar en busca de mejorar problemas de salud.

3.- REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Para la revisión bibliográfica sobre estudios similares al que se presenta, se realizó de la siguiente manera: la búsqueda se llevó a cabo en la base de datos: PubMed incluyéndose en las estrategias de la búsqueda combinaciones de las palabra clave extraídas de los descriptores en ciencias de la salud (DECS) “Terapias complementarias”, “Cáncer”, “Diabetes Mellitus Tipo 2”, “Hipertensión arterial”, “Enfermería” y “Enfermedades crónicas”, y de los Medical Subject Headings (MESH) “Complementary therapies”, “Neoplasms”, “Diabetes Mellitus, Type 2”, “Hypertension”, “Nursing”, “Chronic disease”, se han combinado utilizando los operadores booleanos “AND”. Se utilizaron los filtros de dichas bases de datos para ajustar la búsqueda a aquellos artículos que incluyan el acceso a el texto completo y que los artículos estuviesen escritos en español e inglés. La búsqueda se ajustó a un límite de 10 años y a personas adultas.

La búsqueda en la base de datos arrojó un gran número de artículos y que no tuvieran que ver con el fenómeno de estudio. Posteriormente se procedió a dar lectura al resumen en donde se excluyeron aquellos artículos que no cumplieran con los criterios de inclusión establecidos. **(ver anexo 1)**

Para el análisis se elaboraron cuadros de evidencia por cada artículo. Finalmente se identificaron un total de 73 artículos, identificados entre 2010 y 2020. Destacaron los artículos que abordan el uso de CAM en personas con diagnóstico de cáncer y el resto abordan los temas de diabetes, hipertensión y enfermería. En su gran mayoría fueron artículos provenientes de países como China, Turquía, Australia, E.U, y Canadá en estos tres últimos las CAM son legalmente reguladas y reconocidas.

Se encontraron escasos estudios cualitativos: 1 Teoría fundamentada, 3 exploratorios y 1 fenomenológico que describen la experiencia en el uso de la CAM y procesos decisionales, en su gran mayoría se encontraron estudios cuantitativos descriptivos, exploratorios, metaanálisis referente a motivaciones y razones para

usar CAM, experiencias en el uso de la CAM, así como revisiones sistemáticas que demuestran datos y cifras sobre la prevalencia en el uso internacional de la CAM y en el área de enfermería se encontraron temas sobre actitudes y niveles de conocimiento acerca de la CAM.

Desde esta consideración, el tema de la CAM ha sido abordado desde diferentes ángulos, por lo que la literatura reportó información valiosa que sirvió de base para explorar el fenómeno de estudio para esta investigación desde sus diferentes temáticas, y desde amplios contextos de cronicidad. De esta manera se presenta una revisión de la literatura acerca de las investigaciones realizadas por diferentes autores y en varios lugares del mundo en el uso de estas prácticas y en personas con enfermedades crónicas.

A continuación, se presenta el análisis de la literatura:

Razones y motivaciones para el uso de CAM.

Según la literatura cuando se diagnostica una enfermedad crónica, tanto los familiares como las personas que lo padecen sufren la angustia de la enfermedad. A pesar de los tratamientos convencionales muchas personas comienzan una búsqueda de tratamientos que llenen sus expectativas de vida y cubran sus propias necesidades. A menudo, el miedo a los efectos secundarios los impulsa a usar CAM, sin embargo, la evidencia científica proporciona una variedad de razones por las cuales las personas las utilizan.

Se ha documentado un considerable interés y aceptación por el uso de CAM entre la población general de todo el mundo, especialmente en aquellas personas con enfermedades crónicas como el cáncer, la diabetes mellitus y la hipertensión^{79,80,81}. Aproximadamente entre la mitad y dos tercios de la población del mundo en desarrollo, especialmente los adultos mayores con enfermedades crónicas las utilizan⁸². Algunos otros reportes mencionan que las personas a favor

de las CAM están dispuestas a invertir una cierta cantidad de dinero en caso de que el tratamiento no esté cubierto por su seguro médico⁸³.

Muchas personas con cáncer buscan CAM en un intento por moderar los efectos secundarios de la quimioterapia o la radiación⁸⁴. Otros creen que la CAM brindan otros beneficios como promover la salud, controlar los síntomas de la enfermedad, prevenir la enfermedad o mejorar la función inmunológica. Finalmente, ciertos factores religiosos y culturales afectan las elecciones, y la CAM se perciben ampliamente como "naturales", lo que lleva a algunas personas a sentir que el uso de estas prácticas se alinea con sus creencias. La disposición de las personas a practicar dichas terapias también está relacionada con razones más personales y subjetivas, como sus creencias de salud, sus creencias sobre los riesgos y beneficios del uso de CAM⁸⁵⁻⁸⁶.

Como ya se ha mencionado, la CAM tiene una amplia gama de prácticas que incluyen la acupuntura, homeopatía y algunos productos herbolarios, por mencionar algunos, por lo que estas prácticas incluyen una variedad de sistemas, productos y prácticas de atención médica con raíces tradicionales, filosóficas e históricas que están situadas fuera de la medicina occidental convencional, en pocas palabras la CAM percibe la salud y la enfermedad en una perspectiva más holística del cuerpo, la mente y el espíritu.

Cabe mencionar que su uso varía entre culturas como resultado de sus diferentes creencias, religiones, estilos de vida y, también, sobre la base de qué hierbas se pueden cultivar en áreas geográficas específicas. Las diferentes culturas originan distintos tipos de CAM. Considerablemente su uso puede variar según las características sociodemográficas de las personas y el tipo de enfermedad⁸⁷.

Por lo que es de considerar ampliamente su uso en aquellos países con perspectivas predominantemente tradicionales, como algunos países Africanos (Nigeria, Etiopia, Tanzania y Marruecos), la literatura menciona que las consideran más congruentes con sus valores y su filosofía religiosa hacia la salud, considerándolos más naturales y con menos efectos secundarios⁸⁸, seguida de insatisfacción con la terapia convencional⁸⁹, mejoran su estado físico y por

encontrarlas más congruentes con sus valores personales⁹⁰, siendo la forma de CAM más utilizada las preparaciones a base de hierbas, seguidas de la curación por fe y la oración⁹¹. El uso de CAM en África se ha asociado con creencias culturales, edad de la persona, duración de la enfermedad, grado de complicaciones y consejos de familiares y amigos⁹²

Bajo este contexto, diversos autores concuerdan con otros estudios asiáticos que de acuerdo con sus características sociales, religiosas y culturales están en consonancia con las CAM, en poblaciones occidentales y orientales (China, Singapur, Malasia, Arabia Saudita, Turquía, India), las personas ven el uso de CAM junto con el tratamiento convencional como un enfoque más integral y holístico para el tratamiento de la enfermedad y los posibles efectos secundarios asociados⁹³.

En la sociedad turca, los métodos CAM se utilizan con frecuencia como tratamientos a base de hierbas, uso de productos animales, spa, acupuntura, aromaterapia, musicoterapia, hipnoterapia, reiki, meditación, homeopatía, reflexología, masajes, prácticas religiosas⁹⁴. El apoyo espiritual también se ha descrito entre estas poblaciones indias⁹⁵.

Estos hechos revelan que casi todos los remedios herbolarios utilizados por este tipo de poblaciones reflejan la importancia de la religión en relación con la vida también es notable, en donde los clérigos brindan asesoramiento, consejo y el uso de la fe en busca de la curación⁹⁶. La razón principal es considerar las terapias a base de hierbas (también conocida como fitoterapia) como inofensivas y sin efectos secundarios⁹⁷.

En general, son varias las razones que motivan a las personas con enfermedades crónicas a utilizar CAM, entre las más citadas son: disminuir efectos secundarios ocasionado por tratamientos oncológicos, fortalecer el sistema inmunológico^{98,99}, manejo del dolor^{100,101} recomendación de otras personas como familiares y amigos, insatisfacción con la medicina convencional, fracaso percibido de los medicamentos alopáticos, costo relativamente alto de los medicamentos alopáticos, escasa accesibilidad a las instalaciones médicas, preocupaciones de

seguridad sobre los medicamentos alopáticos, actitudes indiferentes del personal del hospital¹⁰². Controlar niveles de glucosa en sangre y disminuir complicaciones^{103,104,105}, disminuir los niveles de presión arterial^{106,107} y aumentar la esperanza, curar la enfermedad¹⁰⁸.

De acuerdo con la literatura consultada es evidente que muchas personas buscan la CAM para hacer frente a la enfermedad. Las investigaciones en torno a estas prácticas holísticas se ha centrado en los beneficios potenciales que pueden tener en la calidad de vida entre las personas que viven con alguna enfermedad crónica¹⁰⁹.

No cabe duda de que estas terapias aportan beneficios a las personas con diferentes enfermedades en relación con el alivio de los distintos síntomas. Lo cierto es que las CAM no pretenden oponerse ni desplazar a la medicina convencional, por el contrario, permiten complementaria y enriquecerla.

Experiencias en el uso de CAM.

Como ya se ha mencionado en capítulos anteriores, existe información detallada y actual sobre la frecuencia en el uso de CAM en personas con enfermedades crónicas, en particular con diagnóstico de cáncer, diabetes mellitus e hipertensión arterial, lo cual es un gran aporte a la evidencia para la investigación que tiene el potencial de formar una educación continua con regulación en el campo de la CAM.

Las experiencias de las personas en el uso de estas prácticas así como su acceso a estas terapias durante el tratamiento de la enfermedad crónica son en gran medida consistentes en la literatura, las personas consideran la integración de una amplia variedad de estas prácticas junto con la medicina convencional, hacen hincapié al sentido de autonomía que obtienen mediante la experiencia en su uso y la búsqueda de las terapias durante los tratamientos por lo que se describe como una búsqueda profundamente individual, las personas valoran la naturaleza

autodeterminada de sus decisiones y la ven como una oportunidad para contribuir a su tratamiento y ejercer el control sobre su enfermedad.

La integración de terapias CAM con la atención convencional ha sido conceptualizada formalmente por algunos autores como medicina integrativa, de la cual existe una literatura cada vez mayor¹¹⁰.

Bajo este contexto, los temas identificados son consistentes con un modelo de integración en el que se brinda información y consejos personalizados a los pacientes de una manera que permite la autonomía en el uso de las terapias CAM. Durante su trayectoria, las personas describen el esfuerzo en la búsqueda de estas terapias, así mismo revelan que se enfrentan a situaciones que se pueden ver como barreras durante su búsqueda. Las personas acceden a dichas terapias ellos mismo o con la influencia de otras personas que recomiendan el uso de CAM, enmarcan constantemente el deseo de información y orientación para su uso en términos de permitirles tomar mejores decisiones por sí mismos¹¹¹.

Sin embargo, a la luz de lo anterior, las personas reconocen y aceptan que los profesionales de la salud pueden carecer de conocimientos necesarios para asesorarlos sobre CAM, así mismo sienten una actitud desinteresada hacia dichas terapias lo que demuestra una barrera para la comunicación afectiva. Los tiempos limitados en las consultas es vista como una barrera para la integración y discusión sobre la CAM o temas más amplios sobre el bienestar con el detalle deseado. Un estudio cualitativo de pacientes masculinos con cáncer en el Reino Unido que investigaba sus decisiones de usar medicinas complementarias y alternativas concluyó que los profesionales de la salud confiables podrían desempeñar un papel importante para ayudar a los pacientes a tomar decisiones informadas¹¹².

Las experiencias en el uso de CAM se perciben como naturales y libres de efectos secundarios, por lo que se consideran prácticas seguras y efectivas¹¹³. El uso popular de estas prácticas es cada vez mayor entre las personas con enfermedades crónicas y se han encontrado que ciertas modalidades de CAM tienen varios beneficios, se ha demostrado que la acupuntura y la acupresión alivian las náuseas y los vómitos inducidos por la quimioterapia¹¹⁴. Además, la acupuntura,

la hipnosis y el masaje ayudan a disminuir el dolor, mejorar la salud mental y emocional de los pacientes con cáncer^{115,116}. Algunos hallazgos revelan que las personas según su experiencia personal mencionan sentirse interesadas en usar CAM antes de que fueran diagnosticados con una enfermedad crónica, y en su mayoría resulta tener beneficios positivos durante su uso, por lo que confían en estas prácticas además que suelen ser accesibles económicamente¹¹⁷.

Otras de las experiencias a las que se enfrentan, es que la mayoría de las personas declaran que se involucran en estas prácticas, por un lado porque subestiman la relevancia de los productos que toman, considerándolos 'naturales', incapaces de interactuar con los fármacos convencionales y desprovistos de efectos secundarios, por otro lado, las personas también se enfrentan a que los médicos a menudo desapruaban el uso de CAM, situación que los obliga a no discutirlo con su médico, les preocupa que dicho comportamiento pueda ser interpretado como un reflejo de una pérdida de confianza en su oncólogo y el tratamiento que le ha prescrito. Además, la mayoría de los médicos no están familiarizados con este tipo de tratamientos y, por lo tanto, no presta suficiente atención a este aspecto; por lo general, no preguntan explícitamente sobre este tema¹¹⁸.

Finalmente, la alta tasa de satisfacción de CAM y el hecho de que la mayoría de las personas recomiendan su uso, merece atención; tal vez los profesionales de la salud en general y los oncólogos en particular deberían prestar más atención a este aspecto, sobre todo en las consultas médicas para brindar seguridad y control en su uso, especialmente en pacientes con cáncer.

Conocimiento, actitud y uso de CAM en enfermería.

Como se ha evidenciado, el uso de la CAM es muy frecuente entre las personas con alguna ENT, con tal uso generalizado, las enfermeras interactúan con frecuencia con un gran número de personas que utilizan estas terapias. Esto tiene implicaciones importantes para las enfermeras en términos de cuidado.

Las personas críticamente enfermas son bombardeadas constantemente con regímenes de tratamiento dentro de un entorno altamente biomédico y sobrecargado, además que a la larga puede resultar cansado por lo que encuentran algún alivio en las CAM que se adaptan bien a sus creencias culturales y tiene el potencial de mejorar su bienestar.

Como el grupo más grande de proveedores de atención médica en todo el mundo, las enfermeras brindan atención a las personas que utilizan terapias CAM en un número cada vez mayor. El conocimiento que poseen las enfermeras sobre estas prácticas es fundamental en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. El personal de enfermería representa la mayor fuerza laboral de salud y desempeñan un papel fundamental en la atención de las personas, la educación, y la toma de decisiones. Como tales, tienen todas las herramientas para comunicarse con las personas sobre el uso de CAM por lo que comprender la actitud de las enfermeras hacia la CAM es importante porque es probable que influya en la decisión de los pacientes con respecto a estas terapias.

Dicho esto, los profesionales de enfermería deben conocer cómo se define la CAM y lo que los organismos internacionales indican al respecto, además se evidencia que estas prácticas están siendo ampliamente utilizada por la sociedad actual, razón por la que la OMS se ha preocupado de regularizar la práctica respecto de estas temáticas, por ende, es de suma importancia que los profesionales de salud se instruyan en el tema para ofrecer alternativas de salud a las personas, según sus intereses y necesidades.

Se ha vuelto más importante descubrir qué hacen realmente los proveedores de atención médica en el contexto de la CAM. Al estar a la vanguardia de los servicios de salud y ser el grupo más grande de profesionales de la salud, las enfermeras se encuentran en una posición única para influir en este cambio de paradigma en la medicina para brindar atención integral y para comunicarse con las personas y educarlos sobre las diferentes prácticas que existen en la actualidad.

Cada vez es más frecuente que la población recurra a estas terapias con el fin de mejorar la salud, por lo que la enfermería no puede mantenerse ajena a esta realidad. A pesar de la evidencia significativa de la integración de CAM en la práctica profesional de enfermería, existen lagunas con respecto a los conocimientos básicos, las creencias de eficacia y las necesidades de aprendizaje de las enfermeras para facilitar la integración de CAM en la práctica de enfermería.

El principio básico de muchas terapias CAM es el holismo, que se centra en el cuerpo, la mente y el espíritu como el enfoque principal del cuidado de la salud y al mismo tiempo es la base de la práctica de enfermería, estos entornos de atención a la salud que respaldan la CAM como opciones de tratamiento pluralistas permiten que las personas sean atendidas de una manera más holística y única, en contraposición a un enfoque exclusivamente biomédico. Además, que la tarea de una enfermera es ayudar al proceso de autocuración.

Debido a su enfoque holístico en la persona, la profesión de enfermería se ha interesado cada vez más en el uso de CAM. Como resultado, han integrado diversas terapias realizadas por las enfermeras, estas incluyen masajes, musicoterapia, ejercicio, dieta, oración y asesoramiento. Muchos estudios han indicado además que las enfermeras generalmente tienen una actitud positiva hacia las CAM que, si bien reconocen que tienen pocos conocimientos sobre CAM, están muy interesadas en aprender más sobre ellas¹¹⁹.

En los últimos años, se han realizado esfuerzos para integrar el conocimiento y el uso de las terapias CAM en educación de enfermería tanto en Australia, como en Estados Unidos; se desconoce hasta qué punto dicho conocimiento se integra en los planes de estudio de enfermería en otros países. Existente sin embargo en la literatura demuestra que tan solo el 3% de las

enfermeras tienen suficiente conocimiento sobre las terapias de CAM a pesar de tener un alto grado de interacción con las personas¹²⁰. Además del conocimiento variable sobre estas terapias, las enfermeras tienen actitudes mixtas sobre el uso de dichos métodos. Algunas pueden tener una actitud positiva hacia la CAM, otras carecen de una comprensión integral de los riesgos y algunas otras pueden sentirse incómodas al discutir este tipo de prácticas con las personas. En algunos casos las enfermeras no sienten que poseen suficiente conocimiento sobre la seguridad y eficacia de la CAM para discutir estos problemas con sus pacientes específicamente y la mayoría tienden a adquirir conocimientos de CAM de fuentes de medios como revistas e Internet, aunque las enfermeras tienen actitud de mente abierta hacia la CAM, exhiben varias lagunas en el conocimiento y en la búsqueda de la información^{121,122}.

A la luz de lo anterior, la literatura demuestra que las enfermeras no discuten el uso de CAM con las personas porque no cuentan con los conocimientos y habilidades suficientes, y la incapacidad de encontrar fuentes confiables específicas¹²³. El principal obstáculo percibido por las enfermeras es su falta de conocimiento sobre estas prácticas^{124,125}. Las enfermeras no solo deben conocer las posibles contraindicaciones de la CAM, así como sus posibles interacciones con los medicamentos convencionales, sino que también deben estar bien informadas sobre estas terapias para que puedan ofrecerlas a las personas de manera segura y eficaz.

Sin embargo, algunas enfermeras que trabajan con personas con cáncer están cada vez más interesadas en la integración de CAM con la medicina convencional, así mismo recibir capacitación en CAM para complementar la atención convencional^{126,127}. En otros casos las enfermeras les interesan tener educación sobre estas prácticas y prefieren que esta fuera a través de sesiones presenciales o en línea, centrados en problemas de la vida real de las personas con enfermedad crónica¹²⁸.

Cabe mencionar que, de acuerdo con lo anterior, muchas enfermeras tienen actitudes positivas, sin embargo, al sintetizar los resultados de múltiples estudios realizados en diferentes entornos, indican que las enfermeras no buscan la CAM como una alternativa a la biomedicina convencional, sino como mecanismo para personalizar la atención y la práctica de manera humanista^{129,130}. El apoyo de las enfermeras a las terapias complementarias no es un intento de desafiar la autoridad de la medicina convencional, sino más bien un esfuerzo por mejorar la calidad de la atención disponible para las personas, vista como una estrategia para mejorar su práctica y promover la atención centrada en la persona. Estas enfermeras creen que las terapias complementarias ofrecen opciones que promueven una filosofía de enfermería holística que valora no solo lo físico, sino también lo psicosocial y el aspecto espiritual de cada individuo¹³¹.

Tener una clara comprensión de una definición de la CAM ofrece a las enfermeras una base para aclararlo con las personas y para ayudarlos a tomar decisiones sobre su uso, sin embargo, en la actualidad existe una grande confusión, y no se maneja una definición clara ofrecida por el Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM)¹³² que se manejó en capítulos anteriores.

Por otro lado, la educación actual de pregrado en CAM es escasa. Algunos estudios sugieren que la educación CAM puede ser más beneficiosa en el plan de estudios de pregrado porque los estudiantes pueden adquirir una comprensión suficiente de CAM o incluso pueden desarrollar un interés en ellas, en gran medida respalda la idea de que la educación desempeña un factor fundamental en la decisión de usar CAM y que existe una gran demanda de conocimiento CAM entre los estudiantes universitarios^{133,134}.

En este contexto, algunas instituciones de oncología que priorizan la medicina basada en evidencia consideran la introducción de la educación CAM a su personal de enfermería^{135,136}. Esto demuestra que cada vez es necesario introducir o integrar cursos de CAM en el plan de estudios actual, y debe comenzar en los grados inferiores. Por otro lado, es importante mencionar que la CAM se

están enseñando en la mayoría de las escuelas de medicina debido a su alta tasa de utilización, en Canadá se han incorporaron los cursos CAM en el plan de estudios de medicina de pregrado¹³⁷. Sin embargo, como resultado del creciente interés en estas terapias, los profesionales de la salud, las enfermeras como miembros del equipo de salud, ahora están inevitablemente obligadas a participar en la prestación de terapias CAM.

A pesar de la evidencia significativa para la integración de CAM en la práctica profesional de enfermería, existen brechas con respecto al conocimiento básico de las enfermeras, las creencias de eficacia y las necesidades de aprendizaje para una mayor educación para facilitar la integración de CAM en la práctica de enfermería.

Esta falta de conocimiento basado en la evidencia sobre CAM en enfermeras profesionales puede dificultar la comunicación entre enfermeras y pacientes y la capacidad de evaluar las necesidades y discutir opciones de tratamiento seguras. Las enfermeras deben tener el conocimiento para ayudar a las personas a elegir CAM junto con la atención convencional y de acuerdo con las preferencias personales. La discrepancia entre las actitudes positivas de las enfermeras hacia CAM y su falta de conocimiento es consistente con otros hallazgos de investigación, y lleva a la conclusión de que los programas educativos de CAM de pregrado y posgrado deberían ser obligatorios.

Las actitudes informadas de las enfermeras con respecto a la CAM podrían mejorar la práctica de enfermería en el manejo del cáncer, así como la eficacia del uso de CAM entre los pacientes con cáncer. Evidentemente enfermería es el principal puente para la comunicación, por lo que necesitan ayudar a las personas a tomar decisiones basadas en evidencia para el uso seguro de terapias CAM.

El primer paso para determinar las necesidades de aprendizaje de la terapia CAM de las enfermeras de oncología que trabajan en la atención directa al paciente es evaluar sus experiencias, recursos utilizados e intereses educativos. El siguiente paso es evaluar el conocimiento y las actitudes CAM de las enfermeras para obtener información de referencia para proporcionar métodos educativos apropiados¹³⁸. Por

lo tanto, sin excepción, las enfermeras deben estar debidamente educadas en terapias CAM, deben de evaluar si las personas están utilizando terapias CAM a través de técnicas de comunicación que promueven relaciones de confianza, así como educar a las personas sobre los posibles efectos positivos y negativos de las terapias CAM en los tratamientos convencionales. Finalmente, las enfermeras deben ser catalizadores para iniciar conversaciones con el resto del equipo de atención médica sobre el interés de las personas y el uso de terapias CAM.

La enfermería holística es la base de la práctica de enfermería que incorpora dimensiones humanas biológicas, psicológicas y espirituales y utiliza modalidades de curación como la CAM en su práctica. La evidencia dice que la CAM se centran en el cuerpo, la mente y el espíritu; potencial curativo; y conciencia¹³⁶. Dicho esto, las enfermeras están en una posición única para cerrar la brecha entre la atención médica tradicional y la CAM por lo que tienen el desafío de integrar la tecnología y los conceptos de mente y espíritu en la práctica de enfermería mientras crean modelos para el cuidado de la salud que guíen la curación de sí mismos y de los demás.

4.- METODOLOGÍA.

4.1.- Fundamentación metodológica.

Este estudio es cualitativo exploratorio, debido al poco acercamiento que existe sobre este tema en México y nos permite familiarizarnos con fenómenos relativamente desconocidos o poco estudiados como en este caso en contextos específicos.

La investigación cualitativa Según Taylor y Bodgan¹³⁹, permite analizar a los sujetos investigados en su contexto para así poder obtener una información integral, entender y comprender el significado de sus experiencias. En el ámbito de la salud según Bedegral y cols¹⁴⁰ desde la perspectiva de los usuarios externos (pacientes y familias o cuidadores) las creencias, valores, actitudes, percepciones, opiniones, y modos de vivir, han adquirido cada vez mayor importancia en la comprensión de las experiencias, procesos y conductas relacionadas a la utilización de servicios de salud.

Esta investigación es cualitativa exploratoria que busca comprender la experiencia e identificar los procesos de las personas en condiciones de cronicidad usuarias de CAM, con la finalidad de ofrecer información útil para que los profesionales de enfermería contextualicen el cuidado y ayude a proporcionar una atención integral del cuidado.

4.2.- Tipo de estudio.

Cualitativo exploratorio.

4.3.- Escenario de la investigación.

El escenario de esta investigación fue una clínica privada que ofrece:

- Tratamiento de CAM (homeopatía/herbolaria/Acupuntura).
- El tipo de población mixta (Hombres/Mujeres)
- Acuden de todas edades (Niños/Adultos)
- Atiende todo tipo de enfermedades (Autoinmunes/alergias/ECNT).
- Atiende entre 70-80 personas diarias.
- Cuenta con 4 consultorios/12 salas de terapias (c/u de 4-6 camas)
- Cuenta con dos niveles (PB/PA)
- Costos 1ra vez 500°° Subsecuentes 350°°
- Cuenta con 5 Enfermeras (2 técnicas/ 3 Lic. egresadas de la ENEO)
- 6 médicos generales con especialidad en acupuntura (De los cuales solo 2 son médicos homeópatas)

Por lo que se consideró este espacio para identificar a los participantes para este estudio.

4.4.- Características de los participantes.

Los participantes en el estudio reunieron las siguientes características:

- Personas adultas que asistieron a la clínica de la CAM.
- Con diagnósticos de DMT2, HAS y Cáncer, sin importar el tiempo y la etapa de la enfermedad, lo que ayudó a brindar más información sobre los procesos de cronicidad.
- Subsecuentes y de primera vez. Esto nos permitió describir el comportamiento de búsqueda de atención en sus diferentes contextos.
- Y que estuvieran utilizando cualquier tipo de modalidad de CAM. Con el fin de describir la experiencia en el uso de ellas.

4.5.- Muestreo.

Se utilizó una técnica de muestreo intencional¹⁴¹, para acceder a aquellas personas capaces de iluminar el tema de interés, es decir, para garantizar que el estudio incluyera perspectivas de personas con diferentes historias de tratamiento relacionadas con CAM. Por lo que se reclutó una muestra intencional de 15 participantes. Finalmente se consideró la saturación de los datos cuando ya no emergieron nuevos datos que aportaran a la investigación¹⁴².

4.6.- Recolección de datos.

Primero se identificaron a las personas que reunían las características para participar en el estudio. De manera previa a la entrevista, se explicó a cada participante sobre su participación voluntaria, así mismos fueron informados sobre los objetivos del estudio y previo consentimiento informado.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas cara a cara y conducidas a partir de una guía previamente diseñada que incluyó 4 partes principales: (1) Datos sociodemográficos (2) Proceso de cronicidad (3) Búsqueda de atención y (4) Búsqueda de la CAM. La guía se adaptó con los temas a cubrir, los términos a usar y el orden de las preguntas, aunque este último fue flexible dependiendo de la dinámica de la entrevista. La guía se mejoró a partir de la revisión de las primeras entrevistas. **(ver anexo 2 y 3).**

En función de la disponibilidad de los participantes fue necesario acordar citas y se buscó un espacio en una sala de la clínica que permaneció en silencio para asegurar que no fueran interrumpidas, procurando siempre la comodidad y privacidad de las personas. El tiempo de recolección de los datos comprendió de agosto de 2019 a marzo de 2020. Las 15 entrevistas duraron entre 30 y 70 min. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas para su posterior análisis asignando un seudónimo a cada participante para proteger su identidad.

4.7.- Rigor metodológico.

El establecimiento de la credibilidad, confirmabilidad, reflexividad y transferibilidad.^{143,144,145} son estrategias para lograr el rigor en la investigación cualitativa. Para fines de este estudio se describen cada uno de ellos y se mencionan cómo se alcanzaron a lo largo de este estudio.

- La **credibilidad**: Se garantizó con la descripción detallada del escenario en donde fueron tomadas las entrevistas y mediante las conversaciones prolongadas con los participantes lo que permitió la recolección de información, así como el uso de las transcripciones para respaldar los hallazgos reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten, lo que permitió evidenciar los fenómenos y las experiencias de cómo son percibidos por cada una de ellas.
- La **confirmabilidad**. Se cumplió mediante la descripción del propósito del estudio, el tipo de evidencia científica utilizada, la técnica de recolección. Las cintas de audio, los documentos, los registros de entrevistas, los registros posteriores a la entrevista y los resultados del análisis de datos fueron codificados, clasificados y bien conservados. La confirmabilidad de esta investigación se mejoró a través de la **reflexividad** esto se alcanzó al realizar el ejercicio, para conocer quién es el investigador y a partir de qué elementos culturales se aproxima al fenómeno de estudio, el investigador investigó críticamente sus suposiciones varias veces durante toda la investigación.
- La **transferibilidad**. Se preservó a través de una descripción detallada de los participantes y sus contextos, la recopilación de datos, así como el proceso de análisis de los datos, y la presentación de los hallazgos, de modo que otros investigadores puedan decidir la posibilidad de trasladar los resultados de esta investigación a sus entornos de estudio o utilizarlos de referente en investigaciones futuras.

4.8.- Reflexividad.

Vengo de una hermosa familia donde abunda el respeto, la honestidad y lo más importante el amor, mis padres desde siempre me han enseñado el respeto hacia las personas, siempre me inculcaron valores, me ayudaron a comprender que la familia es lo más importante que una persona puede tener y me ayudaron a formarme como ser humano buscando no el beneficio propio sino buscar el bienestar de los demás.

Teniendo en cuenta que el lugar donde nací es provincia, mucho de lo que viví y aprendí se lo debo también a mis abuelos, desde que recuerdo ellos me enseñaron la parte de estar en contacto con la cultura, con las tradiciones, las fiestas que nunca faltaban en casa, los alimentos y la medicina tradicional y saberes que fueron recorriendo desde generaciones antepasadas dentro de mi familia y que se me fue inculcando desde muy pequeña. Otra cosa que recuerdo mucho es cuando mi abuelo nos llevaba a mí y a mis primos a visitar el campo, estar en contacto con la naturaleza, las flores y los animalitos, él tenía sus sembradíos, enormes campos cubiertos de maíz o de caña y después de jugar regresábamos a casa en la camioneta roja, el regreso a casa era la mejor parte porque siempre nos tocaba mirar el atardecer. Para mí ellos me enseñaron el verdadero valor de unión familiar y la solidaridad.

En el transcurso de mi vida se me fueron presentando acontecimientos importantes que fueron marcando mi vida, sucesos que para mí hoy considero como un fuerte impacto, como la presencia de cáncer en mi familia, que al principio ignoraba pero que con el tiempo se fueron haciendo más recurrentes. La pérdida de mis abuelos paternos fue algo muy doloroso, ellos murieron de cáncer, esto ocurrió cuando yo tenía 10 años, primero mi abuela y 8 años más tarde se llevó a mi abuelo, así mismo se vio reflejado en personas muy cercanas a mí, un primo también falleció de cáncer de lengua, otra tía muy querida cáncer cervicouterino, fue una época muy difícil de entender, ver cómo la gente a la que más quieres se va de un momento a otro, personas que dejaron huella en tu vida.

Con el paso del tiempo comprendí que la muerte es parte de la vida del ser humano, aunque a veces es difícil decir adiós a una persona muy querida, la vida no es algo que podamos controlar, sólo podemos vivirla y encontrar la felicidad en aquellas cosas que a cada uno nos hagan despertar, nos hagan sentirnos afortunados de estar vivos. Pienso que eso me ha enseñado a respetar el momento vital de cada persona, sus circunstancias, no sentirme con el derecho de poder cambiar a los demás, ni juzgar su manera de vivir, esto me ha enseñado a aprovechar cada momento de mi vida con sus circunstancias, a vivir profundamente sabiendo que nada es para siempre, que todo cambia.

Estos acontecimientos en mi vida me hicieron ver al cáncer como algo muy cercano a mi vida, por lo que fue algo que me interesó saber más sobre la enfermedad, cómo es que algo como esto cambia la vida de la persona y no solo de quien la vive sino también de las personas cercanas a ella como la familia, por lo que siempre me ha interesado estar de cerca con las personas que lo padecen y lo viven de tal manera que fue una de mis motivaciones para estudiar y ser enfermera que constantemente me ha acercado a las personas que viven esta enfermedad para tratar de comprenderlas y ayudarlas en estos procesos tan difíciles.

Consecuentemente entendí que existen diversas formas en que las personas cuidan y tratan su enfermedad, como lo viví con algunos familiares que sufrieron cáncer, me di cuenta que recurren a ciertas prácticas diferentes a la medicina convencional, por lo que mi interés en saber más sobre esto me trajo a laborar en una clínica que se dedica a la medicina complementaria y alternativa, siendo esto mismo fundamental para poder adquirir conocimiento y experiencia en este tipo de prácticas que en la actualidad son muy utilizadas por las personas que en algún momento de su vida experimentan cambios en su salud, desde enfermedades autoinmunes hasta enfermedades crónicas presentadas en sus diferentes etapas.

Cabe mencionar que al inicio de esta nueva experiencia tenía un gran desconocimiento sobre esta nueva forma de *curar* o al menos así lo vi durante el tiempo que trabajé en la clínica, me di cuenta de que existe un gran vacío en el

conocimiento en el área de enfermería, en su totalidad nos forman por el camino biomédico, dejando de lado el área holística, que es una parte sustancial para nuestra formación.

Esto me ha ayudado a tener la oportunidad de acercarme a las personas, a no mirar a las personas como pacientes, verlas más allá de su enfermedad únicamente, verlos desde un lugar de mucha implicación personal, es decir, mucho contacto humano y sobre todo noble. Desde una forma particular mía, considero que disfruto mucho el contacto con las personas, esa cercanía y sobre todo el interés de poder escuchar a la gente y si de alguna manera puedo ayudar lo hago desinteresadamente. Considero que esa parte de mi es única y especial, una cualidad que muy poca gente tiene y en lo personal lo disfruto mucho.

Dicho esto, es como surge mi interés de enfocar esta investigación a cómo viven la enfermedad, ya que existe poca evidencia sobre este tema desde nuestra disciplina, pero sobre todo entenderlos desde el propio lenguaje de las personas, pienso que muy poco nos detenemos a comprender a las personas, simplemente él como hablar con una persona que está pasando por una enfermedad, llámese cáncer, diabetes o hipertensión, estamos tan enfocados en solo cumplir con nuestras actividades que no dedicamos tiempo a las personas, quienes tal vez solo esperan ser escuchados.

Considero que es necesario que la enfermera personalice los cuidados, manteniendo una comunicación apropiada y efectiva, estableciendo la confianza para conocer y comprender las necesidades de las personas.

De alguna manera el realizar esta investigación, representa para mí una experiencia significativa y el poder dar a conocer lo que dicen y piensan las personas proporcionará otra perspectiva del cuidado de enfermería, además contribuir a la generación de conocimiento resulta motivador para realizar esta investigación.

4.9.- Consideraciones éticas

Para dar conformidad a las consideraciones éticas de esta investigación se recurrió a los lineamientos normativos que apuntan el respeto a los derechos humanos para la organización y funcionamiento de la investigación en la ENEO aprobado por el H. Consejo Técnico (acuerdo N. 223/2012).¹⁴⁶

Algunos de los principios éticos que se llevaron a cabo en todo el transcurso de esta investigación son los siguientes:

- **Principio de autonomía.** Se logró respetando la participación voluntaria de cada persona que deseara o no participar en la investigación, para lo cual se les proporcionó a cada participante un consentimiento informado (**ver anexo 4**) al cual se le dio lectura y otorgó por escrito, explicando el propósito del estudio antes de cada entrevista, así mismo se le notificó a cada uno de los participantes que tenían derecho a negarse a participar a pesar de que hubieran firmado el consentimiento informado, podían retirarse del estudio sin ninguna excusa y eran libres de negarse a responder cualquiera de las preguntas. También se les proporcionó el número y correo electrónico del investigador para cualquier duda que pudiera surgir posterior a la entrevista.

Por otro lado, se cumplió con el principio de autonomía al respetar los horarios de las entrevistas que se realizaron en función de la disponibilidad de cada participante, y en algunos casos se establecieron citas para poder realizar las entrevistas.

Con el permiso de los participantes, todas las entrevistas fueron grabadas y tuvieron lugar en un ambiente tranquilo y privado para la comodidad del participante.

- **Principio de no maleficencia.** Se cumplió al darle a conocer a las personas que esta investigación no representaba ningún riesgo para su salud. Por lo que en todo momento se respetó la sensibilidad ante alguna pregunta que pudieran sentir incomoda, de lo contrario no se veían obligados a responder.
- **Principio de beneficencia.** El cual se logró informando a los participantes sobre el bien obtenido de su participación para lograr los objetivos del estudio. Durante la aplicación de la investigación se deben maximizar los beneficios hacia los participantes por lo que se optará por dar a conocer los resultados obtenidos al finalizar el estudio, además se canalizarán a las personas que más lo necesiten a fundaciones o centros de apoyo para que sigan con su tratamiento si así lo requiriera.
- **Principio de justicia.** Desde el inicio, para el desarrollo de esta investigación fue bajo una relación profesional con las personas, basadas en el respeto y dignidad humana, agradeciendo su participación. Así mismo se respetó la confidencialidad, anonimato y privacidad de los datos obtenidos de cada una de las entrevistas otorgando un seudónimo a las personas que hayan participado en las entrevistas, por lo que se les informó a los participantes que todos los datos de la entrevista se mantendrían confidenciales y que sus testimonios serían codificados anónimamente.

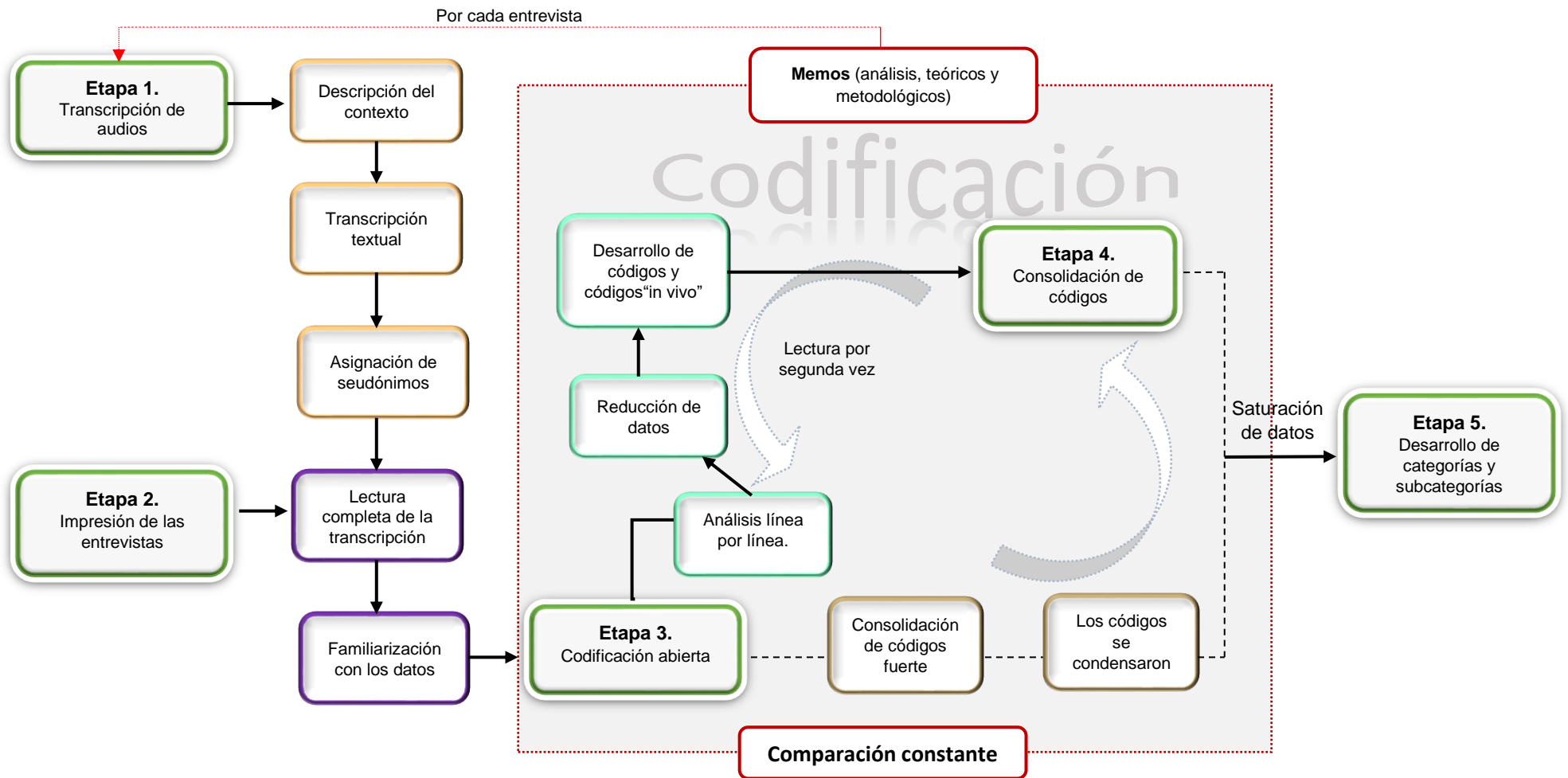
4.10.- Proceso de análisis de datos

Este apartado ilustra a detalle el proceso de análisis de los datos, que se llevó a cabo utilizando técnicas y procedimientos analíticos de la teoría fundamentada siguiendo la perspectiva de *Strauss y Corbin*¹⁴⁷. Este enfoque proporcionó un marco bien definido para el análisis de datos y enfatizó las técnicas de codificación sistemática.

El análisis de los datos se llevó a cabo de manera paralela y las etapas que se siguieron durante el proceso de análisis se escriben a continuación **(Ver diagrama 1)**.

Diagrama 1. Proceso de análisis de los datos

Proceso de análisis de los datos¹⁴⁷



Fuente: Elaboración propia.

Descripción de las etapas:

Etapas 1.- Transcripción de los audios.

Se realizaron un total de 15 entrevistas las cuales tuvieron una duración de entre 30 y 70 min. Una vez finalizada cada entrevista se realizó la transcripción del material grabado, las cuales fueron revisadas en detalle, tanto los tonos emocionales como el énfasis, para comprobar la fidelidad en la correspondencia entre las entrevistas y las transcripciones. Los cuales se plasmaron en un documento en Word asignándole con la letra E acompañado de un número progresivo que dio cuenta del número de entrevistas realizadas y de acuerdo con su orden de realización y diagnóstico de las personas. Ejemplo: E1 Ca, E2 DM, etc. Además se identificó a cada participante con un seudónimo que el investigador le dio a cada uno para respetar su privacidad y anonimato. En este caso se le asignó otro nombre que iniciara con su primera letra inicial. Así, por ejemplo: Amanda-Ana, de la misma forma para los hombres: Jesús-José.

Etapas 2.- Impresión de las entrevistas.

Una vez transcrita la primera entrevista, se llevó a cabo una lectura inicial la cual permitió una visión completa e integradora del material, esto ayudó a familiarizarnos con los datos, e ir revisando minuciosamente lo que nuestros datos nos querían decir para posteriormente dar formato a las demás entrevistas y obtener una lectura más precisa y comprensiva. En esta primera entrevista fue necesario volver a evaluar la guía de entrevista para tener más datos de los participantes, en cuanto a los datos sociodemográficos.

Etapa 3.- Codificación abierta.

El análisis de los datos de la entrevista comenzó después de que se realizó y transcribieron las primeras 4 entrevistas. En esta etapa, denominada codificación abierta, las entrevistas transcritas se leyeron varias veces con una lectura línea por línea, guiadas por preguntas como: "¿Qué sucede aquí?" ¿y qué significa?". Esto nos obligó a escuchar bien lo que los participantes estaban diciendo y cómo lo estaban diciendo, lo que condujo a la segmentación de los datos en códigos. Este proceso de codificación abierta, los datos sin procesar se dividieron en fragmentos, los códigos fueron identificados y etiquetados de acuerdo con su significado y las acciones encontradas en los datos, para algunos otros la asignación de códigos fue "in vivo" (cuando el informante utilizó una palabra o breve frase que tuviera mucha significación en sí misma) y ello evitara plantear nuestros propios juicios.

Etapa 4.- Consolidación de códigos.

Para iniciar esta etapa fue necesario volver a leer las entrevistas por segunda vez para hacer una consolidación de los códigos. En esta etapa, se reorganizaron y se crearon nuevas relaciones entre conceptos mientras se continuaba aplicando un análisis comparativo constante, de esta manera se fueron destacando los códigos que sobresalían con mayor fuerza, es decir; de entre todos los códigos se seleccionaron aquellos que fueron más interesantes enriqueciendo el desarrollo de las categorías y descartando aquellos códigos débiles, lo cual nos ayudó para deducir y asociar los datos con categorías y subcategorías.

Para esto fue necesario crear un libro de códigos que ilustrara a detalle cómo fue el proceso de consolidación: se resaltaron en color negro aquellos códigos que aparecieron con un mayor número de veces, color azul para aquellos códigos que solo aparecieron una sola vez y color verde para aquellos códigos débiles, así

mismo fue necesario hacer una descripción de cada código para una mejor comprensión de estos. **(ver anexo 5)**

Etapa 5.- Desarrollo de categorías y subcategorías.

Cuando se observó que ya no surgieron nuevos datos se llegó a la saturación de datos de las entrevistas, esto fue necesario para el desarrollo de las categorías y subcategorías.

Herramientas metodológicas de la TF.

Método de comparación constante.

Durante todo el proceso de análisis, los datos se analizaron mediante un análisis comparativo constante, el cual nos permitió entre una y otra entrevista explorar las similitudes o diferencias a lo largo de los conceptos identificados dentro de la información obtenida que consistió en la contrastación entre los principales elementos.

La comparación constante nos permitió comparar los códigos iniciales al agruparlos para estar más enfocados, y posteriormente considerar las categorías emergentes dentro de los datos. Como parte de la comparación constante, notamos cuando las personas plantearon el mismo punto y exploramos cómo lo que dijeron era similar o diferente a las demás entrevistas.

Memorandos

Paralelo al proceso de codificación, se escribieron memorandos (de análisis, teóricos o metodológicos) donde quedaron registradas las impresiones, reflexiones, cuestiones teóricas, preguntas que nos animaron a pensar más allá de los datos, los cuales se escribieron de inmediato para no perder la idea. Cabe señalar que la producción de memos fue constante y necesaria durante todo el proceso de investigación.

Se pueden identificar cuatro tipos de memos¹⁴⁷ metodológicos, teóricos, analíticos y descriptivos. Los memos metodológicos permiten describir ideas sobre las características de la muestra, el proceso de muestreo y aspectos relacionados con la recogida y análisis de los datos. Los memos teóricos cumplen un papel fundamental en la generación de teoría, aportando información sobre los códigos, las categorías y sus relaciones con el objetivo de orientar al investigador hacia niveles de análisis más abstractos y contribuir a la construcción y generación de teoría. Los memos analíticos incluyen notas sobre el pensamiento reflexivo del investigador, como por ejemplo aspectos relacionados con la saturación teórica o el rigor del estudio. Finalmente, los memos descriptivos consisten en describir las observaciones y reacciones que suceden durante la investigación.

5.- HALLAZGOS

El grupo de participantes quedó conformado por 15 personas, 7 hombres y 8 mujeres, los cuales se ordenaron por padecimiento y representado por colores: el color rosa representa a las personas con cáncer, el color azul a las personas con DM, el color verde a las personas con HAS y el amarillo a las personas que cursaban dos enfermedades simultaneas DM/HAS. **(Ver cuadro 1).**

De acuerdo con el diagnóstico 4 fueron de cáncer, 4 con DMT2, 5 con HAS y 2 tenían enfermedades adicionales (DMT2/HAS), se identificó el tiempo máximo en acudir a la clínica de CAM el cual fue de 22 años y el menor tiempo fue de un mes para aquellas personas con un diagnóstico reciente, el rango de edades fluctuó entre 39 y 76 años, 7 participantes permanecen casadas mientras que 2 se separaron, 3 son solteros y 2 enviudaron, dentro de la ocupación 6 mujeres se dedican al hogar, 2 ya se pensionaron, una persona se encuentra desempleada y 6 se encuentran activos, de acuerdo con la escolaridad 4 participantes contaban con educación básica, 5 personas tenía nivel medio superior, 3 con nivel superior y solo 3 alcanzaban el nivel de maestría. El tiempo máximo con la enfermedad oscilo entre un mes y 40 años en una mujer con hipertensión. Cada uno de los participantes guardan una estrecha relación con su familia, en estos contextos la mayoría cuenta con una persona significativa en el proceso de toma de decisiones de CAM.

La participación de las personas significativas para este trabajo se definió con base a la percepción que era una forma importante de ofrecer apoyo sobre la toma de decisiones para utilizar CAM a los pacientes durante la experiencia de la enfermedad, incluidos familiares, amigos y el contexto social en el que se desenvuelve cada una de las personas.

5.1 Características generales de los participantes

CUADRO 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PARTICIPANTES

N.	PSEUDÓNIMO	DIAGNÓSTICO	TIEMPO CON LAS CAM	EDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD	TIEMPO CON LA ENFERMEDAD	ENTORNO FAMILIAR	PERSONA SIGNIFICATIVA
1	ALMA E3	CÁNCER ENDOMETRIAL	5 MESES	54 AÑOS	CASADA	HOGAR	SECUNDARIA	6 MESES	ESPOSO 1 HIJA NIETOS	-HERMANA
2	OMAR E2	MELANOMA	4 MESES	48 AÑOS	SOLTERO	EMPRESARIO	MAESTRIA	2004/2018	MAMÁ PAPÁ HERMANA	-PAPÁ
3	JESÚS E5	CÁNCER DE PROSTATA	2 AÑOS	66 AÑOS	CASADO	DOCENTE	MAESTRIA	2 AÑOS Y MEDIO.	ESPOSA HIJOS	-HERMANO
4	MARISOL E1	CÁNCER DE COLON	6 MESES	68 AÑOS	CASADA	HOGAR	SECUNDARIA	2 AÑOS	ESPOSO 3 HIJAS 2 NIETOS	-VENDEDOR DE PELUCAS
5	FABIAN E8	DIABETES MELLITUS TIPO 2	1 mes	49 AÑOS	SEPARADO	DESEMPLEADO	SECUNDARIA	14 AÑOS	EX-ESPOSA 2 HIJOS	-EXESPOSA
6	DIANA E12	DIABETES MELLITUS TIPO 2	2 SEMANAS	39 AÑOS	CASADA	GERENTE DE MARKETING	MAESTRÍA	1 MES	ESPOSO PADRES 2 HERMANOS	-MAMÁ
7	EMILIO E14	DIABETES MELLITUS TIPO 2	1RA VEZ	46 AÑOS	SEPARADO	CHOFER	PREPARATORIA	7 AÑOS	MADRE	-MAMÁ
8	SAUL E4	DIABETES MELLITUS TIPO 2	22 AÑOS	68 AÑOS	CASADO	JUBILADO	LICENCIATURA	22 AÑOS	NO LO MENCIONA	-FAMILIARES
9	EDUARDO E13	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	1RA VEZ	40 AÑOS	CASADO	INGENIERO	LICENCIATURA	7 MESES	ESPOSA 2 HIJOS	-ESPOSA
10	PAULA E9	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	5 AÑOS	59 AÑOS	VIUDA	HOGAR	PRIMARIA	20 AÑOS	2 HIJOS	-CUÑADO
11	FLOR E11	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	2 AÑOS	66 AÑOS	VIUDA	HOGAR	LICENCIATURA	15 AÑOS	2 HIJOS	-HERMANA -MAMÁ
12	INÉS E10	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	5 AÑOS	68 AÑOS	SOLTERA	HOGAR	PREPARATORIA	40 AÑOS	-NO LO MENCIONA	-MAMÁ
13	IVÁN E15	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	1 MES	76 AÑOS	VIUDO	PENSIONADO	PREPARATORIA	9 AÑOS	HIJA 2 NIETOS	-NIETO
14	CARMEN E6	DIABETES MELLITUS/ HIPERTENSIÓN ARTERIAL	1 AÑO Y MEDIO	55 AÑOS	CASADA	CUIDADORA	PREPARATORIA	23 AÑOS	ESPOSO 2 HIJOS	-SOBRINA -HERMANA
15	MARÍA E7	DIABETES MELLITUS/ HIPERTENSIÓN ARTERIAL	1RA VEZ	64 AÑOS	SOLTERA	HOGAR	TÉCNICO EN TURISMO	14/10 AÑOS	4 HERMANOS 1 SOBRINO 1 HIJA	-PACIENTE

5.2 Presentación de los participantes.

Alma E3Ca: tiene 54 años, está casada, se dedica al hogar, realizó estudios hasta la secundaria, actualmente vive con su esposo, su hija y sus nietos.

Comenta que cada año acudía a las unidades móviles del gobierno para realizarse la prueba de Papanicolaou como chequeo de rutina, sin embargo, hace 6 meses que le detectaron cáncer de endometrio, por lo que de inmediato la transfirieron al ISSSTE que tiene por parte de su hija.

La señora Alma narra que a partir de que le dieron el diagnóstico le ha generado mucho miedo, e incertidumbre porque no sabe cuánto tiempo le queda de vida.

Además, que ha sido angustiante porque ha cambiado su vida y la de su familia, porque ella trabajaba y era autosuficiente, y a raíz de su enfermedad su familia la quiere proteger, comenta que su hija cayó en depresión y le detectaron artritis, y ha visto a su esposo muy triste.

A raíz de su diagnóstico y desde entonces la atención en salud ha sido variada, en el ISSSTE le han tardado mucho tiempo para darle tratamiento, por lo que ha estado buscando en clínicas particulares opciones que la ayuden con su situación, sin embargo, comenta que en esas búsquedas se ha encontrado con médicos que quieren su dinero y no le dicen la verdad, lo que le ha generado mucha desconfianza y no creer en ellos. Además, refiere que el cáncer es una enfermedad muy costosa y que por su situación económica le impide acudir a servicios particulares, por lo que ha estado en busca de tratamientos alternativos.

Tiene 5 meses en la clínica de la CAM, utilizando acupuntura, herbolaria y orinoterapia, además que ha hecho uso de otras terapias fuera de la clínica, el cual solo lo tomo por un mes porque no vio resultados y el uso del Kalanchoe que comenta que es para el cáncer. Su hermana es la persona que le ha recomendado usar la CAM.

Omar E2Ca: tiene 48 años, es soltero, actualmente es empresario, cuenta con estudios de maestría.

Comenta que en el año 2004 recibió el primer diagnóstico de melanoma, pero en el 2018 se detectó una bolita en la ingle, acudió al médico y resultó que era un melanoma maligno que después de 14 años se volvió a presentar haciendo metástasis a pulmón.

Oscar narra que físicamente se siente muy bien, únicamente en la semana de la quimioterapia presenta algunos efectos secundarios como caída de cabello y un poco de debilidad, además menciona sentirse deprimido.

De igual manera piensa que su enfermedad ha afectado a su familia en todos los aspectos sobre todo que cuando le dieron el diagnóstico piensan que se va a morir. Por lo que es importante para él que solo su familia y amigos cercanos sepan de su enfermedad.

Actualmente acude al INCan para su tratamiento de quimioterapia, con ciertos medicamentos entonces ha sido complicado, porque días después de su tratamiento presenta diarrea y vómito, comenta que es una semana difícil, sin poder moverse y en esa semana se la pasa en casa de sus papás para que cuiden de él.

A raíz del diagnóstico comenzó a alimentarse de forma adecuada, con vegetales y frutas y eliminando todo tipo de azúcares y sobre todo lleva una rutina de ejercicio diaria.

Los recursos económicos para él no representan mayor problema, además que no ha dejado de trabajar porque piensa que el estar activo le hace sentir bien, además que sus buenos ingresos le han permitido probar una variedad de tratamientos, entre sus opciones están los tratamientos alternativos.

Tiene 4 meses en la clínica de la CAM, utilizando acupuntura y la orinoterapia, y algunas otras como reiki, meditación, el uso del cannabis (CBD y THC), y otras opciones a futuro. Sus amigos fueron las personas que se lo recomendaron además que ya había tenido acercamiento a la acupuntura por parte de su papá quien lo utilizó algunos años antes.

Jesús E5Ca: tiene 66 años, es casado, actualmente ejerce como maestro de la UNAM, tiene grado de maestría y actualmente vive con su esposa y sus dos hijos.

Comenta que, a finales del 2016 una noche fue muchas veces a orinar lo cual le causó mucha preocupación porque anteriormente había presentado un problema de no poder orinar y en otras ocasiones orinaba con sangre, esto lo motivó a ir con su médico de cabecera, y tras una serie de estudios de laboratorios fue diagnosticado con cáncer de próstata hace dos años y medio aproximadamente.

El señor Jesús narra que se asustó mucho cuando se enteró que tenía cáncer, sobre todo le generó mucho miedo, porque inmediatamente lo relaciono con una enfermedad mortal, además que pensaba mucho en lo que le pudiera pasar.

Piensa mucho en su familia, en dejar bien a sus hijos, su esposa por su parte, le ayudó con sus clases en la universidad.

A partir de ahí, la búsqueda de atención fue muy variada, buscó que lo atendieran rápidamente para que lo operaran, y sobre todo para que no le resultará tan caro el tratamiento a pesar de su estabilidad económica, sin embargo, el cambio de clínicas fue constante por falta de material y equipo. Ha recibido cerca de 300 radiaciones, lo que ha provocado la pérdida de peso y cansancio, disminuyendo así su actividad laboral, ha disminuido sus horas de trabajo, por lo que procura que el estrés esté fuera de su vida.

Cambió su alimentación, y encontró que la mezcla de ciertas verduras es muy buena para bajar la acides estomacal que de alguna manera contrarrestan los síntomas de la radioterapia. Además, que ha probados alternativas como la piel de zorrillo y algunas otras hierbas.

Tiene 2 años y medio en la clínica de la CAM, con acupuntura, herbolaria y la orinoterapia. Su hermano fue quien le recomendó la clínica de la CAM.

Marisol E1Ca: tiene 68 años, es casada, se dedica al hogar, y actualmente está viviendo con su esposo, es madre de 3 hijas y tiene dos nietos.

Comenta que comenzó con un dolor muy fuerte, el cual acude a su clínica para que la atendieran, señala que pensaban que era el páncreas, pero el dolor persistía, después de varios exámenes fue diagnosticada con cáncer de colon con metástasis a hígado, hace 6 meses.

Marisol narra que cuando le dieron el diagnóstico se sintió muy mal, se sintió muy triste, y deprimida, en ocasiones se siente preocupada del porque le paso, pero a pesar de su enfermedad ha sido muy fuerte para salir a delante

Su familia la ayuda a sostener los gastos de la casa, su esposo actualmente está pensionado y por parte de una de sus hijas tiene seguridad social.

A partir de su diagnóstico, la búsqueda de atención para su tratamiento ha sido compleja, acudió a servicios particulares para sus análisis porque en su seguro el tiempo de atención es muy tardado. La operaron de colon y está recibiendo quimioterapias muy fuertes que le han quemado las plantas de sus manos y pies que la imposibilitaba para caminar, incluso le han tenido que cambiar el medicamento porque su cuerpo ya no soporta la dosis. Además, después de cada quimioterapia como todos los efectos secundarios como vómito y náuseas, y tiene cerca de 6 meses que le ha afectado la memoria, la vista y el sistema inmunológico. A raíz de los medicamentos oncológicos se le desarrolló la hipertensión.

En cuanto a su dieta, comenta que se alimenta bien, desde antes de su diagnóstico era vegetariana y hacia ejercicio, actualmente lo sigue haciendo, pero con menor intensidad.

Económicamente depende de la pensión de su esposo y es un tema preocupante para ella, comenta que no es suficiente con los ahorros que tiene para esta enfermedad.

Tiene 6 meses en la clínica de la CAM, además que desde antes de su diagnóstico ya utilizaba la acupuntura. Un vendedor de pelucas fue quien le recomendó la clínica de las CAM.

Fabian E8DM: tiene 49 años, es divorciado, actualmente se encuentra desempleado y realizó estudios hasta la secundaria.

Cuenta que su mamá fue quien lo llevó al médico ya que llevaba varios días tomando litros de agua para poder saciar la sed, además que sentía sus manos muy calientes y ansiedad, lo cual provocó la preocupación de su madre y fue diagnosticado con diabetes mellitus hace 14 años.

Fabian narra que a partir de su diagnóstico nunca se sintió mal, para él la diabetes nunca significó preocupación alguna. Aunque siempre ha tenido el apoyo de su madre, de su exesposa e hijos.

La búsqueda de atención médica de cierta manera ha sido variada, aunque actualmente a raíz de que perdió su trabajo en estos momentos no cuenta con seguridad social, lo que dificulta la adquisición de medicamento, narra que en algunas ocasiones le han regalado medicamento y en otras se ha visto en la necesidad de comprar medicamento genérico por su cuenta.

Su tipo de trabajo hace que este mucho tiempo en la calle por lo que se le complica llevar una alimentación saludable, y esto se ha visto reflejado en sus niveles de glucosa que se encuentran fuera de los parámetros normales, lo que ha resultado en un descontrol e inicios de síntomas como dolor en las piernas, mareos, y dolores de cabeza. Razón por la cual su madre le ha dado a probar alternativas como jugos para bajar los niveles de glucosa y herbolaria como el Neem y la Moringa.

Tiene un mes en la clínica de la CAM, con tratamiento de acupuntura y herbolaria. Aunque no ha sentido ninguna mejoría. Su cuñada fue quien le recomendó acudir a la clínica de la CAM.

Diana E12DM: es una joven de 39 años, es casada y cuenta con estudios de maestría, además tiene dos licenciaturas; psicología y administración, actualmente vive con su esposo en unión libre.

Cuenta que dentro de su trabajo le hicieron una prueba de glucosa donde salió por fuera de los niveles de glucosa normales, lo cual la tomó por sorpresa puesto que, siempre ha llevado una alimentación muy sana, además que, por salud bajo 40 kilos. Fue diagnosticada hace un mes con diabetes mellitus tipo 2 después de una prueba que le hicieron en el laboratorio.

Diana narra que, a partir de que le diagnosticaron la enfermedad, pasó por un proceso de depresión y de negación, motivo por el cual ha buscado ayuda profesional de un terapeuta.

Viene de una familia diabética y muy recientemente uno de sus hermanos falleció a raíz de las complicaciones de la enfermedad. Sin embargo, su mamá y su esposo son las únicas personas de su familia que saben acerca de su padecimiento y de quienes ha recibido apoyo.

En cuanto a la búsqueda de atención por el momento prefiere acudir a clínicas privadas, donde le han dado tratamiento con metformina, y está en busca de otras alternativas para el control de sus niveles de glucosa.

En el caso de la dieta, tiene sumo cuidado en alimentarse con los alimentos correctos, dejó de comer carne por una cuestión personal, piensa que ahora tiene que ser más estricta con lo que come.

Tiene 2 semanas en la clínica de la CAM, además, antes de que fuera diagnosticada ya tenía experiencia en el uso de la acupuntura, sin embargo, recuerda que su mamá anteriormente ya era paciente, por lo que está iniciando con el tratamiento de la CAM.

Saul E4DM: tiene 68 años, es casado, actualmente es jubilado y cuenta con estudios de Licenciatura.

Cuenta que antes del diagnóstico comenzó con mucha sed, tomaba varios vasos de agua en su trabajo, algo que le causó mucha preocupación, razón por la cual acudió a los servicios médicos, y fue diagnosticado con diabetes mellitus tipo 2, desde hace 20 años.

La búsqueda de atención al inicio no fue la correcta, no sabe si acudió con un médico certificado puesto que la dieta que le dieron era alta en azúcares, la cual dejó inmediatamente. Posteriormente buscó un médico internista quien de inmediato le mandó insulina para el control de glucosa.

Por cuestiones de su trabajo era imposible llevar una dieta adecuada, comúnmente solía alimentarse con comida rápida, y lo que vendían a las afueras del trabajo, lo que ha actualmente ha repercutido en el control de su enfermedad.

Lleva 18 años en la clínica de la CAM con acupuntura y orinoterapia. Cuenta que antes de enfermarse ya conocía la clínica por parte de algunos de sus familiares.

Emilio E14DM: tiene 46 años, está separado, se mantiene trabajando como chofer, y cuenta con estudios hasta la preparatoria, actualmente vive con su madre.

Comenta que antes de su diagnóstico, bebía demasiada agua debido a la sed excesiva, cansancio, dolores de cabeza y riñones fueron los motivos que lo llevaron a visitar al médico, fue diagnosticado con diabetes mellitus desde hace 7 años.

Emilio narra que nunca se esperaba una enfermedad como la diabetes, el inicio fue un proceso de no aceptar y tanto sus familiares como él, asocian la enfermedad con la muerte, o con la amputación de las piernas o los dedos de los pies.

La búsqueda de atención tanto particular como pública fue una de sus opciones para su tratamiento, sobre todo para adquirir la insulina que fue desde el inicio el tratamiento de elección para el control de su enfermedad, que por 7 años se mantuvo en buenas condiciones.

Aprender a mejorar su alimentación es algo fundamental para el control de sus niveles de glucosa, sin embargo, confiesa que por su tipo de trabajo todo el tiempo se encuentra fuera de casa, por lo que en ocasiones ha tenido que comer lo que encuentra en la calle y en ciertas ocasiones no come a sus horas, lo que le ocasionan dolores de cabeza y mareos. Su cuerpo ha aprendido a detectar cuando trae la glucosa alta: la boca seca, enrojecimiento de cara y ojos son los síntomas principales.

A raíz del descontrol que presentó recientemente acude a la clínica de la CAM por recomendación de su mamá, que actualmente también, es paciente de la clínica.

Eduardo E13HAS: es un joven de 40 años, es casado y actualmente se dedica a la construcción y tiene una licenciatura.

Cuenta que antes del diagnóstico comenzó con sudoración excesiva y taquicardia, razón por la cual acude de emergencia porque sentía que estaba al borde de la muerte. Y fue diagnosticado con hipertensión arterial desde hace 7 meses.

Eduardo pensó que ya no había nada que hacer, se dio por vencido y se puso en manos de Dios, sin embargo, al saber de su diagnóstico y después de que lo estabilizaran, pasó por un proceso reflexivo, que lo ayudó a entender su situación y valorar lo que tiene.

Recibe apoyo de su familia, sobre todo de su esposa y su madre, que son las únicas personas que saben de su enfermedad, para él es importante que solo ellas lo sepan.

La búsqueda de atención médica ha sido variada, al inicio recibió tratamiento por parte del ISSSTE, sin embargo, comenta que los medicamentos que le dieron no lo hacían sentir mejor, por lo que decidió acudir a los servicios médicos particulares, para él la calidad de los medicamentos especializados fue la mejor opción de tratamiento. Sin embargo, ha estado variando la dosis hasta encontrar la ideal para controlar sus crisis hipertensivas.

Por primera vez y por recomendación de su esposa acudió a la clínica de la CAM, piensa que a raíz de los medicamentos se ha debilitado su sistema inmunológico ya que últimamente ha sufrido problemas estomacales y de las vías respiratorias, tema que lo tiene muy preocupado y está abierto a probar otros tratamientos alternativos que mejoren su estado de salud.

Paula E9HAS: tiene 59 años, es viuda, actualmente se dedica al hogar y tiene estudios básicos hasta la primaria.

Cuenta que antes de su diagnóstico, sufría dolores de cabeza intensos lo que la hizo acudir al ISSSTE y fue diagnosticada con hipertensión arterial desde hace 20 años.

Paula narra que al principio no creía que tenía esa enfermedad por lo que no se tomaba el medicamento, sin embargo, después de un largo proceso fue aceptando.

Gracias a una de sus hijas tiene seguridad social, lo cual, la búsqueda de atención no ha sido complicada, ha recibido su tratamiento durante todo el trayecto de su enfermedad, sin embargo, cuenta que en ocasiones tiene que comprarlo por su cuenta cuando no hay medicamento. Por otro lado, también fue diagnosticada con un carcinoma de hígado, que la ha llevado a operaciones constantes, actualmente recibe cuidados paliativos por los dolores constantes que esto le ocasiona.

En cuanto a la dieta, tiene prohibido los alimentos sin sal, chocolate, café y aunque le sepa fea la comida ha aprendido a adaptarse.

Económicamente depende de sus hijos, quienes le ayudan con los gastos de la casa y de lo que necesita para sus tratamientos. Además, ha probado algunos tratamientos alternativos como el alpiste y los tres toronjiles, pero no continuó porque no sintió mejoría, además que requería de tiempo para hacerlo.

Sin embargo, los dolores constantes hicieron que buscara otras opciones. Su cuñado le recomendó la clínica de las CAM. Lleva 5 años con la acupuntura, que le han ayudado a quitarle el dolor. Hace un año perdió a su hermana a consecuencia del cáncer, quien también era atendida en la clínica de CAM.

Flor E11HAS: tiene 68 años, es viuda, se dedica al hogar, y su nivel de estudios es de licenciatura.

Cuenta que a raíz de la pérdida de su esposo comenzó con dolores fuertes de cabeza, por lo que acude al médico y fue diagnosticada con hipertensión desde hace 15 años.

Flor narra que, a partir de su diagnóstico, ha llevado su vida más tranquila y sin tantas preocupaciones.

En cuanto a la atención en salud, ha preferido los servicios médicos particulares para su tratamiento, sin embargo, no siempre ha sido su mejor opción, ya que desde antes de su diagnóstico frecuentaba los medicamentos homeopáticos. Piensa que son más naturales y menos tóxicos para su organismo ya que el medicamento convencional ha repercutido en su sistema inmunológico.

La alimentación la ha cambiado, incluyendo verduras y frutas y muy poca carne porque le cae muy pesada, además piensa que el pollo está muy industrializado por lo que prefiere comer cosas más saludables.

Lleva 2 años en la clínica de la CAM, sin embargo, antes de su diagnóstico ya era usuaria de CAM, cuenta que a raíz de que su madre enfermó de cáncer conoció la homeopatía, además que actualmente una de sus hermanas le detectaron cáncer surgió más su interés por utilizarlas, además que ha visto muchos beneficios.

Inés E10HAS: tiene 68 años, es soltera, dedica su tiempo a los quehaceres del hogar, y estudió una licenciatura que actualmente ya no ejerce.

Cuenta que antes de su diagnóstico comenzó a sentirse mareada, aunque lo más preocupante fue la disminución de la vista, sin embargo, no le tomó importancia hasta al día siguiente, por lo que fue diagnosticada con hipertensión desde hace más de 40 años.

Inés narra que a partir de ese momento empezó a sentirse muy alterada al saber que tenía una enfermedad crónica, sobre todo porque en ese momento sabía que estaba al cuidado de su mamá que demandaba mucho tiempo.

Inmediatamente después de su diagnóstico, su principal opción de tratamiento fue la homeopatía paralelamente con la medicina convencional que la mantuvo muy bien controlada durante muchos años. A pesar de que cuenta con seguridad social, prefiere ser atendida con medicamentos alternativos, pues refiere que eso le da más seguridad.

A la par, la alimentación y el ejercicio fueron nuevas actividades que incorporó a su vida diaria, controló su peso y su presión se mantuvo estable. Además, ha optado por evitar situaciones de estrés, por lo que procura estar siempre tranquila. Sin embargo, la pérdida de su mamá ha repercutido en su salud.

Lleva 5 años en la clínica de CAM, con tratamiento de acupuntura, orinoterapia, herbolaria y homeopatía, en el cual ha visto muchos beneficios. Flor conoce la CAM porque su mamá era usuaria desde antes de su diagnóstico.

Iván E15HAS: tiene 76 años, es viudo, actualmente pensionado, estudio hasta la preparatoria, actualmente vive con la familia de su hija, junto a su esposo y dos nietos. Recientemente se mudó a la Ciudad de México por la pérdida de su esposa, él radicaba en Querétaro.

Comenta que hace 13 años le detectaron cáncer de laringe, sin embargo, tras un intenso tratamiento con radioterapia, monitoreos, estudios y una operación lo dieron de alta, sin embargo, años más tarde comenzó con dolores de cabeza y zumbido de oídos por lo que fue diagnosticado con hipertensión arterial, aproximadamente hace 9 años.

El señor Iván narra que el diagnóstico de cáncer fue muy impactante y lo relaciona con la muerte, pero lo fue aún más para su familia, él se sentía tranquilo al saber de qué sus hijos ya estaban grandes y sobre todo porque contaba con un negocio que los podría ayudar.

Desde el inicio del cáncer la atención médica fue inmediata, el seguro social fue su primera opción, comenta que siempre ha sido bien atendido y eso le ha dado mucha Fe, sin embargo, ha quedado con secuelas debido a las muchas radiaciones que recibió. Actualmente el tratamiento que le dan es para el control de su hipertensión, aunque comenta que recientemente ha tenido variaciones con su presión. Paralelamente le fue diagnosticado EPOC, debido a que fumó por más de 40 años, y recientemente ha tenido problemas con la próstata y la vejiga.

Tiene un mes en la clínica de la CAM. Con acupuntura y herbolaria, aunque comenta que no ha sentido ninguna mejoría. Su nieto trabaja en la clínica de la CAM y fue la persona que le recomendó acudir.

Carmen E6DM/HAS: tiene 55 años, es casada, es cuidadora y actualmente vive con su esposo.

Comenta que antes de que la diagnosticaran comenzó con una desesperación, calor y una sed muy tremenda, razón que la hizo acudir a su médico de cabecera, fue diagnosticada hace un año y medio con diabetes mellitus tipo 2, y paralelamente a eso también de hipertensión arterial. Además, que lo atribuye a que antes de eso hizo un coraje muy fuerte, además de que tiene antecedentes familiares de diabetes.

Carmen narra que después de recibir su diagnóstico, sintió mucha tristeza y depresión, tenía momentos en los que no quería ni levantarse de la cama, sobre todo porque en aquellos momentos su familia pasaba por una situación muy difícil, su marido perdió el trabajo y perdieron su casa, lo que hizo que se mudaran. Además, que uno de sus hijos a raíz de un accidente le detectaron también diabetes mellitus. Fue un proceso de no aceptar su enfermedad.

Buscó ayuda de su médico de confianza, quien de inmediato le mandó insulina como tratamiento para el control de su glucosa y de su presión, además que la apoyó en todos sus momentos difíciles como lo fue la depresión. Tuvo que dejar de trabajar para poder atenderse, se le estaba cayendo el pelo y las uñas. Sin embargo, con la ayuda de su médico y de su tratamiento pudo restablecerse y salir adelante.

En cuanto a su alimentación, narra que enseñó a su familia a comer sano, lo mismo que ella comía ellos también, sin embargo, nunca pudo quitarles el refresco.

Actualmente su esposa encontró un trabajo, ella también es cuidadora y sus hijos le apoyan económicamente para sus tratamientos.

Tiene un año y medio en la clínica de la CAM, aunque anteriormente ya utilizaba el ozono. En la clínica lleva el tratamiento de acupuntura, herbolaria y homeopatía, y ozonoterapia. Una de sus sobrinas y su hermana fue quien le recomendó usar CAM.

María E7DM/HAS: tiene 64 años, es viuda, se dedica al hogar, en la actualidad es jubilada y vive con su hija, su nieto y algunos de sus hermanos.

Comenta que antes de que fuera diagnosticada sufrió dos eventos vasculares cerebrales, motivo por el cual acudió al médico y fue diagnosticada con hipertensión desde hace 10 años, posteriormente en un chequeo de rutina le detectaron diabetes mellitus desde hace 14 años.

María narra que después de los eventos vasculares cerebrales sintió mucha tristeza, sobre todo por no poder bailar, además que ha sufrido muchas pérdidas de amigos y familiares, lo que le causó depresión, además perdió 30 kilos aproximadamente.

La búsqueda de tratamiento ha sido muy variada, ya que ha estado en manos de una gran variedad de médicos especialistas, sin embargo, comenta que los medicamentos que le han dado no le han ayudado a controlar ambas enfermedades. Recientemente ha tenido una variación en sus niveles de presión, lo que le ha ocasionado muchos altibajos que la han llevado al hospital.

Comenzó a alimentarse bien, muchas frutas y verduras, pocos lácteos y carnes, sin embargo, hay momentos en los que se le antoja ciertos alimentos.

Acudió a la clínica de la CAM por primera vez por recomendación de una paciente que conoció en el hospital donde se atiende actualmente.

5.3 Categorías y subcategorías

El proceso de análisis de datos y la comparación constante, nos permitió comprender a través de 4 categorías emergentes el proceso de personas en condiciones de cronicidad usuarias de CAM cada una con sus respectivas dimensiones las cuales se encuentran representadas en la **figura 1**.

Las cuatro categorías que surgieron fueron:

Categoría 1. Enterarse.

Subcategoría. Causa.

Categoría 2. Vivir con.

Subcategorías. Sentimientos y emociones, experiencia corporal, tratamiento, alimentación, trabajo, familia y conocimientos para actuar.

Categoría 3. Decisiones para usar CAM.

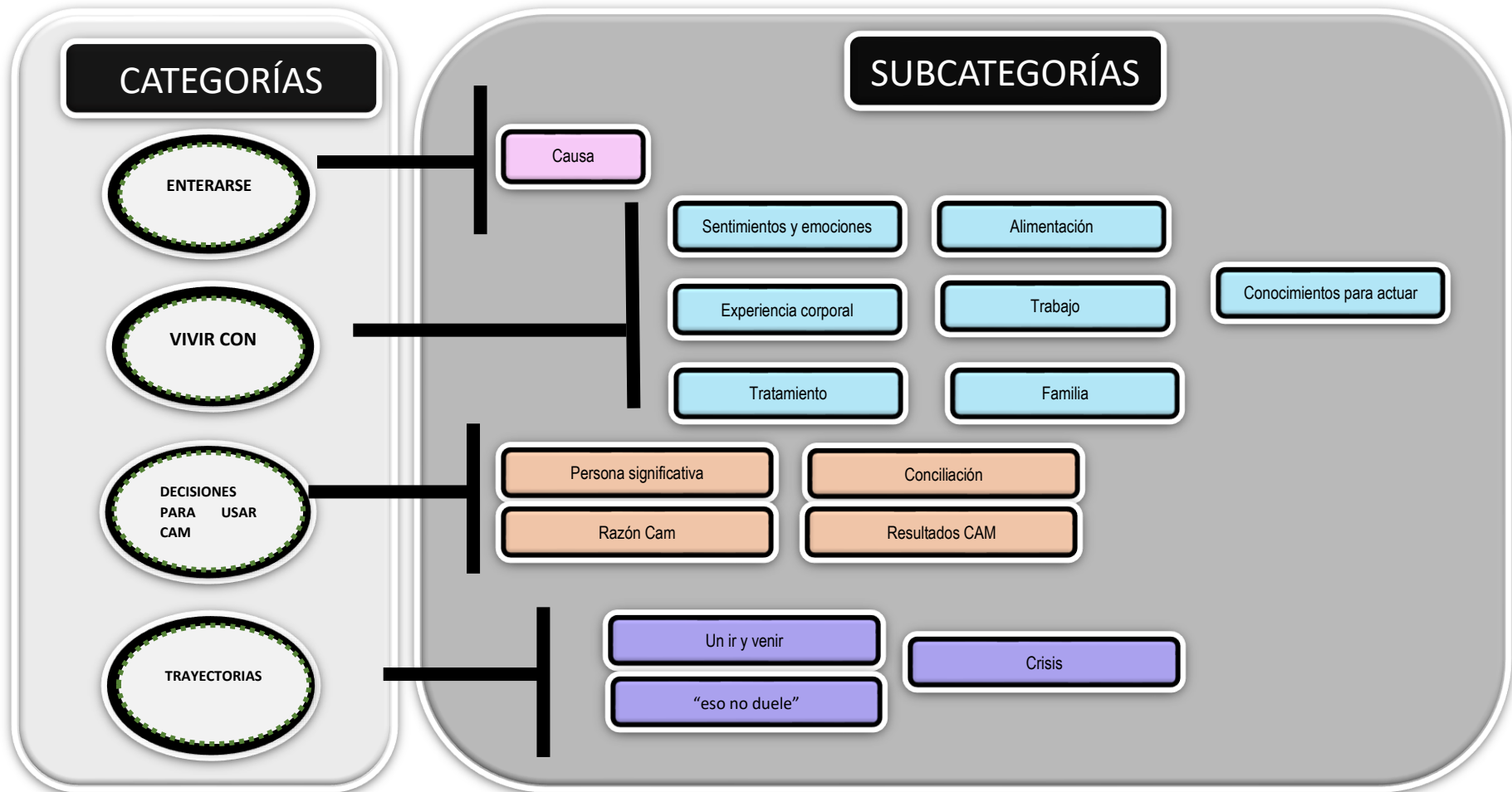
Subcategorías. Persona significativa, razón CAM, conciliación y resultados CAM.

Categoría 4. Trayectorias.

Subcategorías. Un ir y venir, “eso no duele” y crisis.

Son descritas las 4 categorías que tratan las diferentes etapas del proceso de personas en condiciones de cronicidad usuarias de la CAM en las siguientes secciones.

Figura 1. Categorías y subcategorías: El proceso de personas en condiciones de cronicidad usuarias de las CAM.



CATEGORÍA 1. ENTERARSE

En esta categoría los participantes relatan cómo fue el inicio de la enfermedad y mencionan todas las circunstancias que rodean la situación cuando recibieron por primera vez su diagnóstico, el cual se encuentra representado en la **figura 2**. Los testimonios que ilustran a detalle esta categoría son los siguientes:

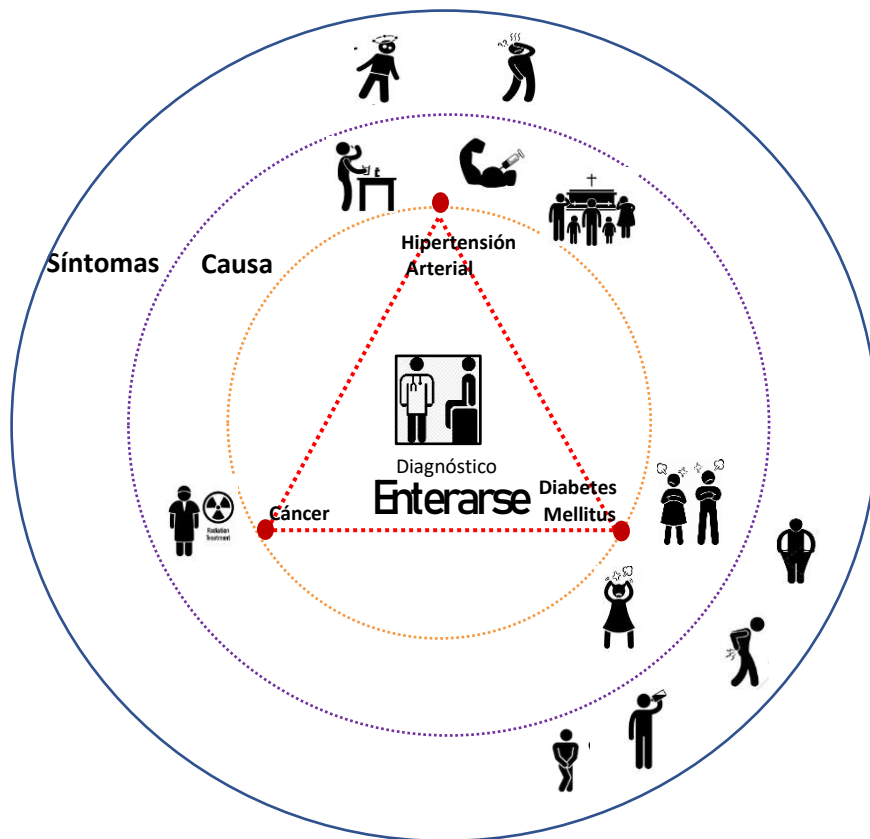


Figura 2. Descripción de la categoría: Enterarse y subcategoría: Causa, en las personas con enfermedad crónica.

*“...un particular un oncólogo me hizo la biopsia, y ya salió, me lo realizó el lunes [biopsia] y como por el viernes o sábado y me dice: -¿sabe qué señora?, le tengo malas noticias-; por teléfono me dijo: -¿Qué cree? que **es un tumor**, me*

dice y **es un cáncer maligno**, entonces venga por sus estudios lo más rápido posible para que la atiendan en su clínica-. Eso fue lo que me dijo”. (Alma, E3Ca)

“Acudo al médico y me hace la prueba de glucosa y salgo pues **¡elevadísimo!** ¿no?, de hecho, el aparatito no lo registro ¿aja?, y pues me dice el Dr. que la llevaba arriba de 600 ¿no? -estaba manejando unos niveles muy altos de azúcar- y pues me hacen los estudios y pues **salgo positivo en la enfermedad de diabetes y ya ahí me diagnóstico**”. (Emilio, E14DM)

“Me preocupé porque ya me sentía yo muy muy mal, y me fui, agarré la camioneta y ni si quiera llame algún servicio ni nada, todavía manejando que fue un trayecto de Reforma al Hospital de Canarias en el ISSSTE y cuando llego pues que dicen “que ¿qué tenía? ¿no? y me dicen: “no, pues es que vienes muy mal”. **Me tomaron la presión**, ese día tenía yo 195 sobre 95 la diastólica, -todos los médicos que me han revisado yo sin saber del tema, que estuve a nada tanto de perder la vida como de tener un derrame cerebral, afortunadamente ninguno de los dos me pasó”. (Eduardo, E13HAS)

Sin embargo, algunos participantes expresaron haber experimentado síntomas que los alertaron para acudir a la atención médica antes del diagnóstico de la enfermedad:

“Tenía **dolores de cabeza**, me sentía como **mareada** y fuimos al Dr. y tenía muy alta la presión. y ya este... entonces toda esa tensión se detonó ¿sí? Entonces acudo al médico y me da el diagnóstico y entonces esa vez maneje 160 -variaba- 180...” (Flor, E11HAS)

“...empecé a sentir mucho **cansancio, dolores de cabeza** eh [pensando] y me **empezó a doler, así como que los riñones** ¿no? Acudó al médico, y el médico me diagnostica infección en vías urinarias, ¿aja?, me mando hacer unos estudios, pero para esto el médico en ese momento, me pone un suero con medicamentos y me manda a mi casa y en mi casa pues iba con la bolsita ¿no? del suero”. (Emilio, E14DM)

Sobre todo, en aquellas personas con diabetes, refieren haber tenido mucha sed, ir a orinar constantemente, algunos llegan a considerar la pérdida de peso, y son para ellos indicios de que algo andaba mal, así lo informaron algunos participantes:

*“Al terminarse ese suero, yo me siento mejor, pero ¿cuál va siendo mi sorpresa? Que a otro día yo amanezco ¡peor!, con las ganas de **estar tome y tome agua, y me tomaba vasos...** y en la madrugada me paraba a **tomar bastante agua**, entonces ya no era normal y entonces ya empezaba a tener una incontinencia urinaria ¿no? de esas ganas de querer orinar, y tenía que ser en ese momento porque si no me mojaba ¿no?”. (Emilio, E14DM)*

*“Lo que pasa es que, anteriormente, te explico, o sea, estaba trabajando en el transporte público, entonces **de repente empecé a tomar agua, mucha agua**, estando en el trabajo, entonces yo le echaba la culpa al trabajo porque vez que se la pasa uno en el calor encerrado ahí adentro de la unidad, entonces yo le echaba la culpa a eso. Es que te digo que era un montón de agua, ah aparte en ese inter antes de que me lo declararan **yo baje más de 10 kilos...**” (Fabian, E8DM)*

*“...**los problemas de los riñones** que no lo había comentado anteriormente pero también fue otro indicativo para corroborar que tenía la enfermedad era el **ir a orinar constantemente**”. (Saul, E4DM)*

Particularmente dos participantes mencionaron que no notaron síntomas de alerta tempranos, sin embargo, el diagnóstico fue detectado al acudir a los servicios preventivos, ambas mujeres que acudieron a chequeos de rutina donde fue descubierta la enfermedad:

*“**Yo me fui a realizar el Papanicolaou, el que hace el gobierno**, entonces como a los 15 días me habla una trabajadora social y me dice: “urge que venga por sus resultados” y ya me dejó la cita y en qué centro de salud y fui, y me*

atendió una trabajadora social, y una doctora y la Dra. me dijo: “no sabemos si es cáncer no se asuste, nada más salió alterado su estudio, entonces necesitamos se haga una biopsia se haga esto se haga el otro”. (Alma, E3Ca)

*“**Por un check-up**, en AXA existe un seguro que se llama AXAcare donde a todos... bueno se vende y a parte a todos los empleados nos lo dan y yo como soy parte de “comers” fui a ver cómo era la experiencia donde te dan un check-up gratis ¿no? Entonces uno obviamente tiene que vivir la experiencia para poder vender el producto. Me hicieron las pruebas y cuando yo llego por mis resultados, me dicen que tengo la diabetes”. (Diana, E12DM)*

Subcategoría 1.1. Causa

Esta subcategoría hace referencia a que hubo aspectos que se asociaron con la aparición de la enfermedad, las personas atribuyeron algunas causas que explican el origen inclusive la razón por la cual ellos creen que comenzó la enfermedad, como posibles tratamientos invasivos, ingerir sustancias nocivas para el organismo, incluso pensaron que no llevar una alimentación adecuada fue una de las causas, otra participante mencionó que fue a raíz de la pérdida de su esposo (**ver figura 2**), tal como lo muestran sus narrativas:

*“...**me dieron yodo radioactivo** por tiroides también, yodo radioactivo hace como unos 26-27 años, yodo radioactivo probablemente ahí también se quedó en mi organismo **ocasionó todo lo del cáncer, más a parte la alimentación el medio ambiente, todo influye**, ¿sí? No come uno bien y todo está contaminado, bueno en cierta forma hay que vivir así ¿no? Y eso es lo que le he llevado. De cierta forma [mmm] por **ejemplo la alimentación**...no he tomado mucha agua probablemente ahí fue lo del colon que ahí se haya acumulado”. (Marisol, E1Ca)*

“Yo sí sentí que hice un coraje muy fuerte, pero yo, yo no alegue nada, sino que llega mi esposo y le digo ¿sabes qué? Tu hermana me corrió, nos corrió, ¿Por qué? Ah por esto por el otro -ah está bien- dice: “nos vamos a ir”. (Carmen, E6DM)

*“Yo le atribuyo que toda mi vida he hecho ejercicio, **en algún momento tome sustancias [esteroides y hormona de crecimiento]** que no debería y pues obviamente como cualquier músculo pues creció con todos los demás ¿verdad?” (Eduardo, E13HAS)*

“Bueno fue a raíz de que se murió mi esposo, toda la tensión que estuve en hospitales entonces ahí fue y me quedaba yo a cargo de la hija, la hija acababa de entrar a la profesional entonces para mí era la preocupación de ella, porque mi esposo se le reventó el bazo, ¿por qué?, no me digas porque, pero se le reventó, entonces fue un año de calvario, entrar y salir de hospitales y este... se murió”. (Flor, E11HAS)

CATEGORÍA 2. VIVIR CON

La categoría vivir con la enfermedad la cual, dicha por las narrativas de las personas tuvo distintas dimensiones: vivir con sentimientos y emociones, vivir con tratamiento, vivir con experiencia corporal, vivir con dieta, vivir con trabajo, vivir con familia y vivir con conocimientos para actuar.

Subcategoría 2.1. Vivir con sentimientos y emociones

La reacción de las personas al recibir el diagnóstico generó cierto grado de depresión, incertidumbre y sorpresa, sin embargo, las personas a quienes se les fue diagnosticado cáncer relacionan esta enfermedad con la muerte debido al significado de un diagnóstico que pone en peligro la vida y en torno a esta enfermedad de difícil curación y que genera efectos secundarios como el dolor, generando tristeza, angustia, miedo e incertidumbre del tiempo que queda por vivir, a diferencia de las personas con diagnóstico de diabetes que genero depresión y en las personas con hipertensión generó tristeza (**ver figura 3**), y se muestran en los siguientes testimonios:

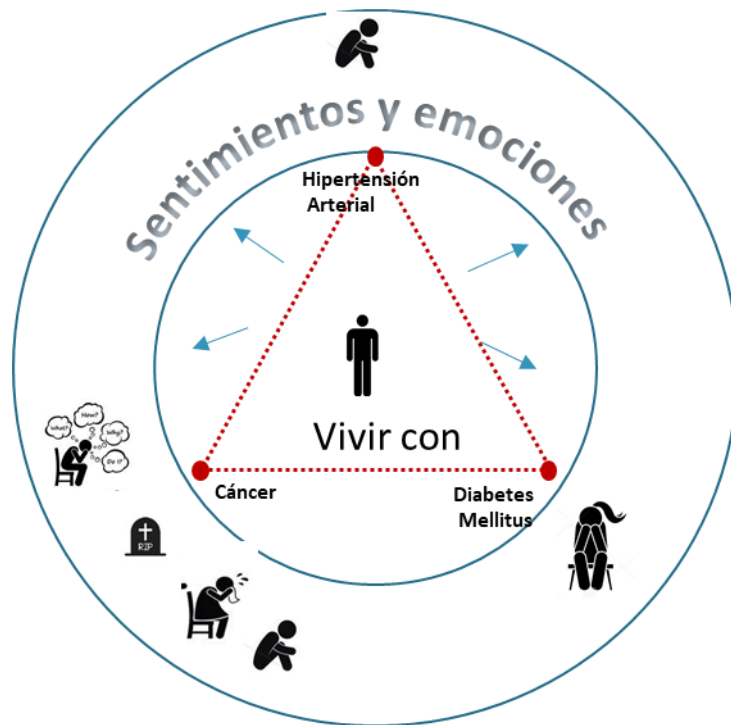


Figura 3. Descripción de la subcategoría vivir con sentimientos y emociones en las personas con enfermedad crónica.

*“A partir de que me dan el diagnóstico, es **vivir en zozobra**, es **vivir en miedo**, **en angustia**, cuando me la dan por primera vez, uno piensa que se va a morir en seguida...”*

*“...pero si cambia muchísimo la vida de uno, sobre todo el **miedo**, y a veces ya ni es miedo a la muerte, como **nos han metido** tanto de que el **dolor es bien feo**, de que uno va **adelgazando**, de que esto y el otro...”*

*“...porque **le tiene uno miedo a la muerte** y fíjate que yo no tanto a la muerte dice uno: “bueno ya me muero” si no al tiempo de decir: “híjole, **cuanto tiempo me queda**” el **dolor** que voy a sentir, ese es el miedo que le tengo...” (Alma, E3Ca)*

*“...yo la verdad **me dio mucho miedo** cuando supe de lo del adenocarcinoma y cuando investigo digo: “**ucha, ¿apoco me voy a morir** de esta madre? [risas]*

y me asusto mucho, porque pues obviamente el cáncer habla de enfermedad mortal". (Jesús, E5Ca)

*"Bueno, para empezar, **fue muy impactante el cáncer**, cuando se habla o se hablaba de cáncer, pues luego, **luego la gente lo liga con muerte...** Entonces si cambia, porque le queda a uno cierta **psicosis...**" (Iván, E15 Ca/HAS)*

La enfermedad tiene una forma de hacerlos sentir física y emocionalmente, indudablemente el relato de los participantes sobre su enfermedad los conecta con sentimientos de tristeza y suelen sentirse deprimidos y algunas veces sin ganas de levantarse:

*"...a partir de que me lo detectan pues aparte que **me entró una súper depresión**, porque dije "¿Qué hice mal, me he estado cuidando durante muchos años?" justamente para evitar esto, porque mi hermano el mayor falleció de complicaciones [llora], pie diabético, también diabético, pero nunca se cuidó, o sea, jamás se cuidado". (Diana, E12DM)*

*"Lo único que siento es ese aflojamiento [inclina los hombros], no, no, no, **no quiero luego ni levantarme**. Yo me levanto porque pues...mire: la verdad la responsable de mi salud soy yo, entonces mis hermanos ¿qué?, me van a levantar y ¿luego? ¿quién me va a levantar todos los días? [risas], pues sí hay que hacerle, ahora sí que...hasta donde llegue uno. **Pues yo me siento muy triste**. A mí me dio tristeza no poder bailar... y el año pasado se murió mucha gente [llora]..." (María, E7DM/HAS)*

*de ahí me vuelven a dar otras quimioterapias, ahorita ya son 6 las que llevo y **mañana me hacen otro examen de PET** para determinar cómo está mi enfermedad, si ha habido avance tanto positivo y negativos”. (Omar, E3Ca)*

*“Yo **me estaba poniendo de insulina 45 U**, y ahorita ya **me estoy poniendo 15 en la mañana y 15 en la noche**, ahorita estaba yo tomándome 3 pastillas de **metformina de 850**, ahorita me estoy tomando 2 de 500, estaba tomando escarbosa [acarbosa], estaba tomando otra que me dieron y otra para el riñón, ya me las quito el Dr.” (Carmen, E6DM/HAS)*

*“**Hemos ido evolucionando del primer medicamento** que me mando a la fecha, claro, haciendo cambios en mi vida y todo. **Ahorita estoy tomando una quinta parte del medicamento** especializado para el corazón y cada mes lo vamos reajustando de acuerdo a lo que la Dra. va viendo”. (Eduardo, E13HAS)*

Sin embargo, dentro de esta subcategoría surge una preocupación inesperada como son los recursos económicos, en el caso de algunos participantes la dificultad económica limita el seguimiento de los tratamientos, mencionaron la importancia del dinero para el tratamiento oncológico, reconocen que son indispensables durante toda la trayectoria de la enfermedad y en algunos casos no son lo suficiente. Para algunas otras, la enfermedad las llevó a utilizar sus ahorros para cumplir con el tratamiento y controles médicos, conlleva también gastos de transporte del hogar hacia la institución de salud.

*“...y todo más a parte el dinero [suspira], porque es una enfermedad que **genera** [requiere de mucho dinero] **dinero**, haga de cuenta que ahorita que me van a hacer las quimioterapias, voy a estar **yendo diario, diario** al 20 de noviembre y voy a tener que estar utilizando taxi ir y venir en taxi, y van a ser durante 25 días”. (Alma, E3Ca)*

*“...estoy esperando conseguir el tratamiento de inmunoterapia, ya me bajaron mis medicamentos antes eran 3 y era un promedio de casi **3 millones- 4 millones de pesos anuales** de tratamiento y hoy por hoy ya tengo un tratamiento que es nada más un solo un medicamento que es como un millón doscientos mil pesos anuales”. (Omar, E2Ca)*

*“...bueno **he guardado** también algo de dinero un poco durante todo ese lapso, **pero no es suficiente** [risas] para esto no es suficiente y pues sigo adelante...” (Marisol, E1Ca)*

En otro de los casos, un participante narró la pérdida de empleo por lo que es un escenario que dificulta el tratamiento diario de la enfermedad:

*“...en ese entonces no tenía [seguro social], ese no tenía, entonces ya fue que me la empecé a controlar **ya compraba yo...** después de que mi tío me regaló esas, ya después **compre en el similares**, la glibenclamida y la metformina...” (Fabian, E8DM)*

Subcategoría 2.3. Vivir con experiencia corporal

Esta subcategoría revela algunas señales corporales como náuseas, vómitos, debilidad, caída de cabello, dolor, o disminución de peso que fueron algunos efectos corporales ocasionados por los tratamientos convencionales, sobre todo en aquellas personas sometidas a quimioterapia o radioterapias experimentan los daños sufridos a su cuerpo de los efectos secundarios y en algunos casos provocan cierta toxicidad.

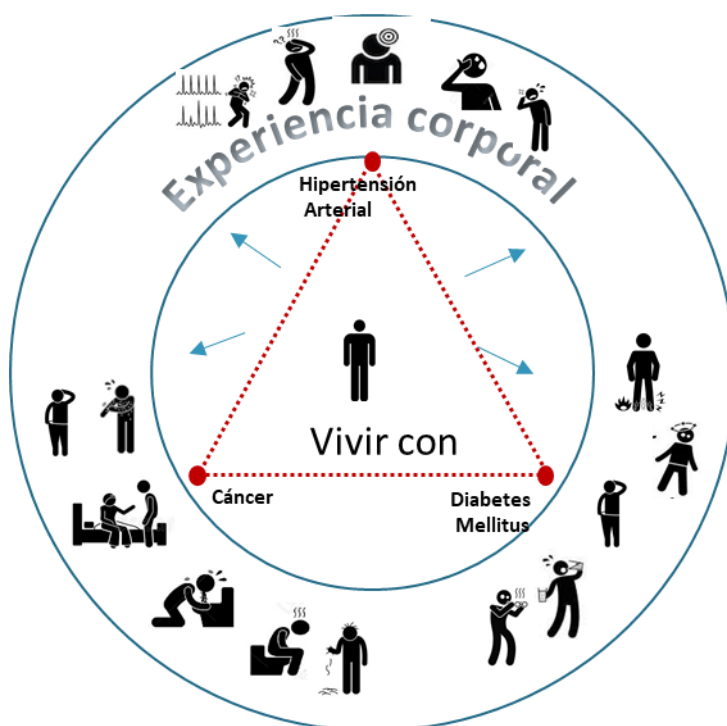


Figura 5. Descripción de la subcategoría experiencia corporal en las personas con enfermedad crónica.

*“... pues de la semana de la quimioterapia como todos los efectos secundarios que existen, **como la caída de cabello, un poco de debilidad**, después de la primera semana de la quimioterapia **me siento un poco cansado un poco**”*

débil, tuve dolores de las piernas, los tobillos, los ojos me lloraban, pero de ahí pasaban, como al segundo o tercer día regresabas a lo normal ¿no?". (Omar, E2Ca)

"...aunque lo único malo es que con el medicamento anterior **las manos** todavía tengo síntomas es esto, esto [extiende las manos], **completamente en llagadas, y todo pelado, pelado todo, los pies igual negros se me abrían,** ahorita ya más o menos, **se me abrían los pies, no podía caminar,** por eso era el motivo no podía caminar, pero [suspira] de repente si se siente uno [pensando] te diré bueno mal por la situación, pero siempre hay que echarle ganas y adelante, y ahorita igual **me siento débil, en realidad, náuseas y vomito...**" (Marisol, E1Ca)

Por otro lado, la experiencia corporal también fue reconocida por algunas personas como indicativos de alguna alteración provocada por la misma enfermedad, sobre todo cuando manejan niveles altos de presión y de glucosa las personas reconocen las señales de alerta:

"Y empecé a sentir mucho **cansancio, dolores de cabeza** eh [pensando] y **me empezó a doler, así como que los riñones** ¿no? Acudo al médico, y el médico me diagnostica infección en vías urinarias, ¿aja?, entonces ya no era normal y entonces ya empezaba a tener una **incontinencia urinaria** ¿no? de esas ganas de querer orinar, y tenía que ser en ese momento porque si no me mojaba ¿no?". (Emilio, E14DM)

"**Porque me duele la cabeza** y luego nada más me duele así, [toca la mitad de la cara], una vez me iba a dar uno de la mitad así, una parálisis. Porque sentía dormido así, [toca su lado derecho de la cara], y me dolía la cabeza y luego fui al Dr. y me dijo el Dr. que: "desde cuándo" y le dije que apenas tenía dos días, luego me echaba la luz en los ojos". (Paula, E9HAS)

"... **yo bajé más de 10 kilos** después de que me lo diagnosticaron". (Fabian, E8DM)

*“Empecé a perder el cabello, me quede pelona [toca su cabeza], se me empezaron a... **se me rompían las uñas** [muestra sus uñas], se me rompían las uñas, **bajé yo de peso...** pesaba yo como 40 y tantos kilos, porque yo ya no salía, porque se me estaba cayendo el cabello, no, no, no; fue duro para mí”. (Carmen, E6DM/HAS)*

*“Antes de empezar a hacer el tratamiento cuando vine a la acupuntura yo ya empezaba a **manifestar efectos secundarios** como eran **calambres en los pies, sentía las pantorrillas como hechas bola** [toca sus pantorrillas] como si tuviera nudos de los nervios, lo de la sed ya se me había quitado, pero empezaba a notar **visión borrosa**, en la tarde cuando estaba yo trabajando como si **me lloraran los ojos** y otros síntomas que no recuerdo muy bien en este momento pero que dan señales de que la diabetes estaba ya haciendo presencia”. (Saul, E4DM)*

*“La detecto en el **zumbido de oídos** [cuando sube la presión] y de que no ubico o sea no ubico muy bien la situación, o sea el lugar, si lo ubico, pero no me siento segura, me pongo muy nerviosa...” (Inés, E10HAS)*

Por otro lado, dos de los participantes refirieron expresarle a los médicos lo que les indicaba su cuerpo, sin embargo, suelen ser descalificados sin darle importancia a lo que ellos digan, siendo el punto donde la voz de la persona no es escuchada:

*“Me dijeron [los médicos]: **-eso no duele-**, y yo les decía a mis hijos: -sí, si me duele- y los Dres. me decían que no, que eso no dolía. Y allá me dijeron: -no, eso no duele mira-”. (Paula, E9HAS)*

*“...pero es lo que le digo al doctor: **-oiga doctor es que yo no siento molestias, así como usted me dice**, yo no las siento tan fuertes, es decir, no sé si sea mi mente o que, le digo, pero yo me sentía re-bien yo ni flujo, yo ni sangraba ni nada-”. (Alma, E2Ca)*

*“Y ya de ahí no me prohibió nada [hace referencia al médico], nada más lo único o sea **todo por mitad**, todo por mitad, tomabas una coca, medio litro, 10 tortillas te comes 5, es decir todo, todo por mitad, el pan te puedo decir que casi no soy muy panero. Y de ahí pues ya fue **todo controlado**”. (Fabian, E8DM)*

*“**La alimentación la he cambiado**, siento que la alimentación ya no es lo mismo como cuando uno es más joven entonces aquí **trato de comer más verduras y frutas y la carne no, ya no lo soporto mucho**, me cae muy pesada, como que ya no digiero mucho, si te la llevo a comer esporádicamente, pero prefiero comer más pescado. Y el pollo hay le voy variando, porque la verdad ya no tiene sabor, está muy industrializado, entonces compras carne y están duros y no tienen sabor, ya no sabes cuánto tienen en el refrigerador, entonces yo prefiero comer más verduras”. (Flor, E11HAS)*

*“...a partir de que me diagnostican la enfermedad **cambio**, no voy a decir radicalmente pero **fui eliminando** poco a poco y en la medida que yo podía eh iba identificando los **alimentos que tenían altos concentrados de carbohidratos o hidratos de carbono**, me iba fijando en las etiquetas de los alimentos e ir viendo en qué medida me iban afectando cada uno de los alimentos diarios, por ejemplo notaba que comía yo sopa de pasta, comida arroz, comida tortillas y este al ir eliminando alguno de ellos sentía que el incremento en los niveles de glucosa bajaba de forma importante”. (Saul, E4DM)*

Sin embargo, para los participantes con cáncer la alimentación significó algo muy importante y sobre todo expresaron mayor compromiso con los alimentos con alto grado de beneficios para su salud

*“**Mis hábitos alimenticios, mis hábitos personales dieron un giro de 360 grados** y empecé pues a alimentarme de forma muy buena, **empecé a consumir vegetales, verduras frutas, cero azúcares procesadas, refinadas;** como con miel de abeja pura, es con lo que me endulzó a veces mis cosas ¿no? llevo una rutina de alimentación muy buena, no sé este... ejercicio. Pues unos 7 meses, yo fui diagnosticado en enero de este año, diciembre-enero, a partir*

*de ahí [pum] rápidamente **cambié todo un chip**, le di la vuelta a todo, empecé a dejar de comer porquerías, azúcares todo eso...*” (Omar, E2Ca)

Además de resaltar la importancia de la comida, algunos participantes también enfatizaron cómo a menudo se descuidaban a pesar de los riesgos que ello implica, mencionaron que muy difícilmente llevan a cabo una correcta alimentación ya que debido a su tipo de trabajo les implica estar todo el tiempo fuera de casa, por lo que comer en la calle es cada vez más cotidiano y sin embargo buscan alimentos con lo que puedan rendir más en el trabajo, lo relacionan con tener más energía:

*“Y pues **la dieta no te voy a decir que la llevo**, porque **pues es andar en la calle** pues no, te dicen comete pura verdura comete pura fruta y pues **lo que quiere uno de repente es un buen taco** a lo mejor de frijoles, de papas y **con eso aguanta uno todo el día hasta llegar a cenar**”.*

*“Entonces por ejemplo un tiempo lo quise aplicar, no pues pura verdura, o será que como uno está acostumbrado a comer con la tortilla que es lo que hace la fuerza, entonces como dicen pues pura frutita pura verdurita, **no pues no te llena** pues, como una torta, bueno yo me como una torta y no es lo mismo que me coma tres cuatro tacos y te aguanto más que una torta, una torta como que te infla y **ya al rato ya tienes hambre otra vez**”.* (Fabian, E8DM)

*“...mira, de repente si lo llevo a cabo ¿aja?, **pero actualmente por el trabajo que tengo ¡no!**, o sea, no llevo mi dieta al 100% ¿no?, **porque de repente me mal paso**, y ya me empieza a doler la cabeza, o ya empiezo a tener, así como mareos, y pues lo primero que se me atraviesa es lo que como ¿no?, aunque sé que me hace daño ¿no?, pero también no puedo estar con lapsos tan prolongados sin alimento ¿no?.”* (Emilio, E14DM)

Hay personas que no tienen problema con los alimentos, por el contrario, buscan alimentos saludables para poder sentirse mejor como lo mencionan estas dos participantes:

*“...ahorita ya tengo un mes una semana **con el Dr. con el dietista**, ahorita ya bajé 5 kilos “¿aja?” yo ya bajé 5 kilos”. (Carmen, E6 DM/HAS).*

*“...yo ya desde antes ya **había decidido no comer carnes rojas** y empezar a bajar el consumo de pollo, por mí, no por nadie más y entonces llega esto y dije: -bueno pues la dejo-” ... (Diana, E12DM)*

Subcategoría 2.5. Vivir con trabajo

En esta subcategoría para algunas personas que son activas laboralmente, describieron un impacto negativo de la enfermedad en sus carreras, para algunas que eran madres de familia tuvieron que dejar de lado su situación laboral para poder atenderse y para otros participantes el sentirse activo y productivo representó algo positivo además que lograron equilibrar el trabajo con la enfermedad bajándole al estrés y disminuyendo horas de trabajo:

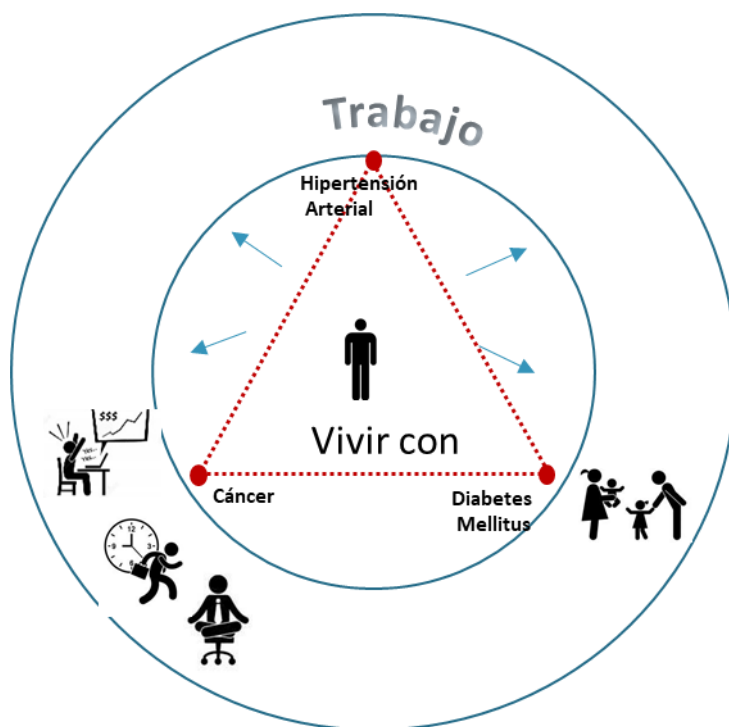


Figura 7. Descripción de vivir con trabajo en las personas con enfermedad crónica.

“... yo ya tenía un puesto, ya iba a entrar a trabajar, iba a entrar de auxiliar de educadora, ya después no me dejó mi marido porque, por lo mismo, ¿sabes qué? establécete, ve a tus hijos, y a ver que... y si me aventé a ver a mis hijos, y a verme yo, ya me empecé a establecer”. (Carmen, E6 DM/HAS)

“... bueno he tenido mucha suerte la verdad porque... tengo mi negocio el cual muchas personas cuando tienen esta enfermedad pues su trabajo los afecta inmediatamente, muchos de ellos ya no les permite seguir trabajando, muchos de ellos ya no los apoyan ¿no?”.

*“Y afortunadamente yo en mi trabajo soy el propietario tengo gente que me ha apoyado bastante en mi oficina y afortunadamente tampoco he dejado de trabajar, **he sentido que he estado activo, y eso me ha beneficiado mucho**”*
(Omar, E2Ca)

*“...lo que pasa es que si **me presione mucho en el trabajo** por varias situaciones y luego anda uno en la grilla y con el sindicato y cosas de este tipo y eso te genera problemas... y **como doy clases en la UNAM eso me ha ayudado**, o sea, llevé a mi esposa ella también es arquitecta y me ayudó con el grupo en el 2017 -un año casi-, me estaba durmiendo en clase con las primeras radiaciones en el 2017 que fue cuando me las hacen, pero bueno eso fue otra situación, pero **traté de olvidar la problemática y vincularme más al trabajo** y bajarle mucho los decibeles al estrés pues a la situación negativa ¿no?”* (Jesús, E5Ca)

Subcategoría 2.6. Vivir con familia

En esta subcategoría la aparición de una enfermedad crónica en algunos miembros de la familia afectó a toda la familia, durante el proceso de la nueva enfermedad la familia sufre al igual que la persona enferma, los participantes relatan que a raíz del diagnóstico su familia se siente muy triste, mencionan que se sienten protegidos, incluso les impiden que realicen labores del hogar:

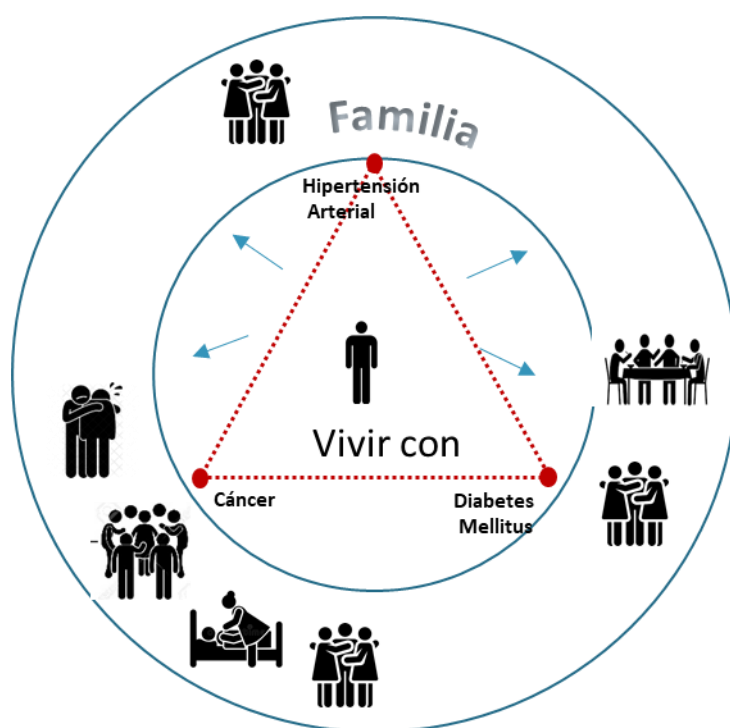


Figura 8. Descripción de la subcategoría vivir con familia en las personas con enfermedad crónica.

*“...pero es angustiante y **cambia la vida de todos hasta de mi familia**, porque por ejemplo yo era autosuficiente, yo trabajaba, yo el “esto”, yo “el otro”, entonces **como que mi familia me quiere proteger**, mi hija cayó en depresión, ahorita está lastimada de su mano y dice el doctor que es del mismo estrés, se le disparó la artritis y se lastimó el brazo pero le dijo el doctor: “es a causa de tu*

estrés, de tu depresión de todo eso”. Entonces yo si la he cachado de que ha llorado y todo eso”.

*“Entonces **mi esposo también está muy triste, me llevó a pasear**, y todo eso, pero si cambia muchísimo la vida, pero muchísimo”*

*“...si cambia mucho la vida y cambia de todos porque hasta **la familia se pone triste** porque uno se da cuenta y la tratan a uno, porque en mi caso **no quieren que salga sola, no me dejan hacer lo que yo antes hacía sola**, siempre tiene que venir alguien conmigo, yo antes cuidaba a mi nieto lo lleva a la escuela y me dijo mi hijo “ya no mamá, quiero que estés en la casa tranquila”. (Alma, E3Ca)*

*“... **lógico a mi familia ha afectado en todos los aspectos ¿no?** mi mamá, mi papá, mi hermana, mi familia, toda mi familia cercana, pues lógico que cuando uno se entera de este tipo de enfermedades pues lógico que pienses que te vas a morir ¿no?”. (Omar, E2Ca)*

*“...**fue más impactante para mi familia** que para mí, yo tengo 3 hijos y vivía mi esposa todavía, entonces, dicen: “no mi papá tiene cáncer, vamos a vender esto vamos a vender lo otro” y les dije “a ver, tranquilos” ... pero a su vez **tenía yo una tranquilidad de que mi familia estaba garantizada**, no para siempre pero ya estaban grandes mis hijos, y tenía un negocio de refacciones que podía mantenerse de ahí”. (Iván, E15Ca/HAS)*

Dos participantes narraron que además su familia se enfrentó a la situación de la nueva alimentación en el hogar:

*“...**costó trabajo, si costó ir a pláticas ir con gente especialista que te va diciendo que es sobrellevar la enfermedad** y que depende de uno mismo, cuidarse, cambiar la alimentación ¿no?, o sea, **al cambiar mi alimentación** los*

*primeros días en casa pues era ver que, a mí pura verdurita, pollito cocido, y **ellas [su exesposa e hija] comían otro tipo de cosas ¿no?, también a ellas les costó trabajo** porque también tuvieron que cambiar su alimentación”.*
(Emilio, E14 DM)

*“**Ellos están conscientes [la familia]** porque incluso el refresco, aparte de que casi no lo tenemos acostumbrado, yo anteriormente te digo antes de que me diagnosticaran esto, yo estaba bien y en el trabajo donde trabajaba, me acuerdo muy bien, -vamos a comer- y mandaban a pedir refresco y nada más le daba 2-3 sorbos y no me lo acababa, ahorita a lo mejor me lo acabo por lo mismo de la sed [risas]”*(Fabian, E8DM)

Para algunos otros participantes el hecho de tener una enfermedad implicó que solo su familia más cercana estuviera enterada de su enfermedad:

*“La última vez que me hospitalizaron, **no entero a nadie**, o sea, solamente me llevó mi mamá, estuvo mi esposa conmigo y nadie más”.*

“...de hecho, soy muy hermético en ese punto, cuando he tenido que ir pues básicamente mi esposa y mi mamá, pero pues no les comento a nadie más, lejos de que tengo hijos”. (Eduardo, E13HAS)

*“**no le he comentado a mucha gente** de como esta mi situación. Porque en primera, no quiero tener energías que no son buenas, es decir, si yo le empiezo a decir [pensando], **toda mi familia sabe por supuesto**; mis tías, mis tíos, mis primos, **todos los más cercanos saben** y mis amigos más cercanos también lo saben, pero no ando gritándolo a los cuatro vientos, ¡no!, es decir, porque, de entrada hay gente que por morbo o sea que no tienes por qué estarle contando a todos “oyes estoy en esta bronca” “oye estoy en este problema” “ay pobrecito” “ay das lastima” “ay se va a morir”... (Omar, E2Ca)*

“...¡jugo!, **me tomo un jugo, o cargos dulces**, y pas pas va pa´dentro y ya empieza hacerme el dulce y empiezo yo a sentirme mejor, pero si yo ya me conozco... tengo el del destroxitis, tengo todo y no, estoy muy bien gracias a Dios”. (Carmen, E6DM/HAS)

“...en ese momento pues **me inyecto 10U de insulina rápida, y tomo agua bastante agua** te digo, que empiezo a tomar agua, pero también...mira, en la actualidad ya **traigo mi maquinita de destrostix** para todos lados, o sea, en cuanto empiezo a sentir ¡chin! Me hago la prueba y si veo que el nivel de azúcar ya de la glucosa está muy alta y empezar a tomar agua y sí”.

“...**me senté, me tranquilicé** y en ese momento, ya me habían dicho que empezaba uno con taquicardia, este...con las mismas pláticas ¿no? que vas teniendo **con los Dres., especialistas en esto de la diabetes, te empiezan a decir los síntomas** ¿no y ahí me dijeron que en ese caso me dijeron en **ese caso un dulce o un cuartito de boing o de refresco** para que se subiera el nivel de azúcar ¿no?” (Emilio, E14DM)

“...porque de tanto que se me subió la presión, **la Dra. me dio estas pastillas [muestra sus pastillas Diurtrato de Isosorbida] me dijo que cuando se me subiera mucho que me tomara una**, es sublingual, pero gracias a Dios no se me ha subido tanto, pero es que esa vez la traía en 263. Si, si se me llega a subir mucho, pero ya no se me ha subido tanto, pero este...yo las traigo porque no sé, uno no sabe”. (María, E7DM/HAS)

El tiempo transcurrido durante el proceso de enfermedad permite que las personas conozcan su cuerpo siendo capaz de darse cuenta sobre los signos de alerta y ponen en práctica ciertas acciones para controlar algunos síntomas relacionados con la enfermedad.

“Yo siempre lo que hago cuando me siento mal, ya sea caminando, ya sea todo, **es detenerme, respirar y dejar que pasen los síntomas** ¿verdad?, después del dolor de cabeza y las pulsaciones así bien agitadas, pues viene la sudoración, porque así de repente estas escurriendo, **ya te calmas [cierra los ojos]** y como que el cuerpo otra vez empieza a reponerse y podemos seguir adelante”. (Eduardo, E13HAS)

“Ah cuando me siento mal, cuando me duele la cabeza me paro y me voy de lado, pues **me quedo ahí sin moverme** hasta que se me pasa, porque se siente feo. O luego le duele un montón la cabeza y siente que se le explota, luego **me apretaba así la cabeza [toca su cabeza] con un trapo**, pero no se quita al momento, pero luego cuando me duele **me meto a bañar con agua fría**, y dicen que con ese es bueno, pero luego se enferma, se me quita tantito el dolor de cabeza. **Me mojo la cabeza**, me moto a bañar, pero primero hay que meter la cabeza porque está refria el agua, porque si es con tibia no siente rico, tiene que ser fría, fría fría, si no, no funciona, y si no se quita pues hay que ir al Dr.” (Paula, E9HAS)

Algunos de los participantes del estudio realizan ejercicio, incorporan alimentos sanos, para limitar o disminuir los impactos negativos de la enfermedad, incorporando actividades a su vida diaria que los hace llevar una vida normal:

“...pero lo sigo llevando normal, **sigo haciendo ejercicio, me voy a caminata**, caminaba 4 o 5 kilómetros y aún así sabiendo que ya estaba... 2 kilómetros 3 porque me fatigaba, entonces sigo caminando, haciendo ejercicios...” (Marisol, E1Ca)

“Pero bueno uno está tratando, estoy tratando de hacer lo mejor posible, lo más sano posible para poder contrarrestar este tipo de medicamentos y también que

*la enfermedad no avance, y me he informado mucho en cuestión de alimentos, qué tipos de alimentos son buenos para el cáncer, **qué tipos de alimentos son buenos para que no crezcan los tumores**, como mucho brócoli mucho ajo, mucho jengibre, vegetales, frutas, jugo, todo eso diario, me alimento bastante bien, como te comento cero grasas, procesadas, cero azucares...*

*“... **hago mi ejercicio**, me voy a hacer mis cosas, ahorita me voy a mi trabajo, tengo un **equipo de fútbol** los sábados, el sábado me fui a mi equipo de fútbol, me voy a descansar a Cuernavaca, **tengo varias actividades que me permiten estar haciendo mi vida normal ¿no?**” (Omar, E2Ca)*

Sin embargo, algunos participantes mencionaron acudir a algunas prácticas espirituales como la meditación, yoga, reiki y la acupuntura, con la intención de sanar su cuerpo, disminuir los niveles de estrés y estimular su sistema nervioso para poder sentirse mejor y llevar su vida normal:

*“...entonces **lo que ahorita he hecho mucho es meterme mucho a la yoga, mucho a la meditación**, voy mucho a la yoga y a la meditación, y ahí en la meditación hacemos ejercicios de meditar y nos ponen música y dice como...como psicóloga y tanatóloga y todo eso, y ella dice que a través de eso el cuerpo se puede sanar, se puede generar, usted no crea nada, usted tiene ese poder adentro dice, porque le van a decir que fue la comida, que por su sobrepeso, que la genética, tal vez si influya un poco dice, pero el poder lo tiene usted me dice, usted se puede sanar, pero todo está en que usted crea en usted dice”. (Alma, E2Ca)*

*“...**voy a meditación, me hacen reiki también**, trabajo en mi negocio que durante mucho tiempo fue muy estresante. Y hoy por hoy **ya me tranquilizo ya no tomo las cosas tan estresadas** y bueno creo que también la parte de aquí que también me ha estado ayudado mucho la parte de lo que es la **acupuntura***

***para el sistema nervioso** porque todo funciona también, si el sistema nervioso está mal pues todo está mal ¿no?, y entonces tratar de fortalecer mi sistema inmunológico para poder estar fuerte y hacer frente a la enfermedad ¿no? principalmente”. (Omar, E2Ca)*

La importancia de amarse a uno mismo y a los demás, alejarse de los rencores fue una condición necesaria para poder sentirse mejor.

*“O sea, si sientes que pues se va a acabar tu vida pronto, por todo, pero conforme vas investigando vas viendo lo que se puede hacer, lo avances, y todo esto, te hace fuerte ¿no? o sea tienes que ser muy fuerte, muy muy fuerte y **mentalmente tiene que estar arriba y quererte mucho y quitarte de problemas de odios o de rencores contra las personas que tenías anteriormente...**” (Omar, E2Ca)*

CATEGORÍA 3. DECISIONES PARA USAR CAM

Los participantes enfrentaron numerosas decisiones de tratamiento que abarcaron desde la medicina convencional, las CAM y una combinación amplia de estas, además que dieron cuenta sobre su experiencia en el uso de las CAM, desde el inicio del diagnóstico y durante todo el recorrido de la enfermedad, sin embargo, algunas personas narraron que ya eran usuarios antes del inicio de la enfermedad. Desde la narrativa de los participantes esta categoría tiene diferentes subcategorías: Persona significativa, Conciliación, Razón de usar CAM y Resultados CAM.

Subcategoría 3.1. Persona significativa

En esta subcategoría destaca la influencia de otras personas para el uso de las CAM, en este estudio la persona significativa fue aquella persona que apoyó en la toma de decisiones para usar CAM. La persona significativa tuvo que ver directamente con algún miembro de la familia (hermanos, hijos, mamás, nietos, cuñados) y en un solo caso se presentó la influencia del contexto social. En la mayoría de los casos la persona significativa se presentó varias veces en el uso de una variedad de CAM. Sin embargo, para pocos participantes solo significó el hecho de recordar que habían tenido a una persona significativa que había utilizado CAM y tuvo buenos resultados lo que influyó en tomar la decisión de acudir a la CAM.

*“Como a los quince días, **mi hermana** me habla y me dice que tiene una amiga que también le dijeron que tenía un cáncer incurable que tenía cáncer en los ganglios, y que le daban 4 meses de vida, entonces me dice: “ella se curó ahí, así que tienes que tener mucha fe, pero que ya tienes que tomar el tratamiento que es a base de tu orina y todo eso, que te limpian tu orina y todo, pero ya tienes que ir” eso fue a partir de 20 días que yo me enteré... no yo creo que como un mes y ya vengo aquí [clínica de las CAM] y empiezo a tomar el tratamiento.” (Alma, E3Ca)*

Para esto paralelamente **mi hermano** me dice que había traído aquí [clínica de las CAM] a una persona “¿sabes qué? que ahí en Cuauhtémoc... llevé a una persona que conocía a su esposa [pensando] yo la verdad me dio mucho miedo cuando supe de lo del adenocarcinoma y cuando investigo digo: “ucha, ¿apoco me voy a morir de esta madre?[risas] y me asusto mucho, porque pues obviamente el cáncer habla de enfermedad mortal y digo: “ya sea lo que sea” y **mis amigos** me comienzan a decir: “no pues es que es muy bueno para esto...” total de que me dicen como de 5 centros diferentes y **mi hermano** me dice de este. (Jesús, E5CA)

...pero me enteré de este otro [Clínica de las CAM], **por parte de una persona** que compre una peluca y ahí me dijo que su hermano... me dijo que su hermano se había aliviado del sistema inmunológico que tenía muy bajo y se sentía muy mal entonces el Dr. Capistran llegó a conocer al Dr. Capistran y me dijo que era buenísimo que el centro no lucraba en ese aspecto de poder componer a las personas, que se aliviaran y que si era efectivo que también trataban cáncer **por ella lo conocí**. (Marisol, E1Ca)

“Pues mira, **porque una de mis hermanas**, a ella también le llama mucho la atención esto [las CAM] y ella - “ve a la terapia te van a ayudar en esto”- y me ha funcionado, me funciona, por ejemplo, aquí [la clínica de las CAM] me ha funcionado, yo el tiempo que estuve viviendo en el estado, yo estuve yendo a ponerme terapia”.

“Y ya de aquí [Clínica de las CAM] **supe de mi sobrina** que la está atendiendo, el Dr. Julio la está atendiendo, la atiende él y yo también vine con el Dr. Julio, pero luego llego muy temprano y no encuentro al Dr. Julio y él es quien me está poniendo el ozono. (Carmen, E6DM/HAS)

Me fui a los laboratorios Olab a hacerme otra prueba de glucosa y salí con 146 en ayunas y ya dije: -“no, pues ya esto es una realidad, es lo que está pasando”-, y me espere toda una semana, no estuve tomando medicamento ni nada, hasta que **me acordé que mi mamá** venía aquí [clínica de la CAM] o viene y le

hacen su vacuna, **y yo dije: -“bueno pues voy para allá”-**, y me vine para acá [clínica de las CAM] y me atendió la Dra. Vida. (Diana, E12DM)

“yo ahorita traigo un descontrol ¿aja? de glucosa, te vuelvo a repetir porque se sube y se baja... **y mi mamá ya ha venido aquí** [Clínica de las CAM], y **ella me recomendó que viniera**, y pues que la acompañara ¿no? qué pues no estaba por demás buscar otra alternativa. (Emilio, E14DM)

“En el momento de que ha sido tan recurrente que ya me la paso medicado ya todo el tiempo, saco mis pastillitas en el día y dije: -“ya estuvo”- y comentando con **mi esposa me dice: “oye hay una clínica de acupuntura cerca de donde trabajo”-** ella trabaja por acá cerca, **ella me trajo** y me dice: “pues nada perdemos ¿no?” y le digo no. (Eduardo, E13HAS)

Algunos participantes refirieron que ya eran usuarios CAM y que las conocían antes del inicio de la enfermedad, lo que fue algo muy significativo para buscar nuevamente la CAM.

“**Yo la acupuntura también la conozco desde hace muchos años, mi papá inclusive muchos años tomó acupuntura por cuestiones de dolores de la espalda que traía por jugador hacía mucho ejercicio entonces, le dolía luego los brazos entonces, tomaba la acupuntura y fue muy beneficiado por este tratamiento”.** (Omar, E2Ca)

“Fue como año y medio después que recordé porque no lo tenía en mente, **ya me había atendido en la clínica de acupuntura, había traído a familiares por problemas de presión arterial, algunos problemas de sistema nervioso que también por algún momento yo pase padecí insomnio que de ese tema trataremos después...**” (Saul, E4DM)

“Entonces lo que yo he optado cuando mis hijos estaban chiquitos **íbamos mucho a la homeopatía**, entonces yo ya iba mucho con el estrés, con el estrés de los hijos, que corre, ve y el otro, iba yo mucho a la homeopatía ¿sí?” (Flor, E11HAS)

Subcategoría 3.2. Conciliación

Esta subcategoría nos habla sobre la adopción de usar una combinación entre las CAM y la medicina convencional, algunos participantes narraron que sus médicos estuvieron de acuerdo con el uso de ambos tratamientos y de alguna manera los animaban a seguir ambas terapias sobre todo en aquellas personas con cáncer fue sumamente importante la opinión del médico.

“Pero aquí [clínica de la CAM] me dijeron bien claro que tengo que recibir quimios, y me lo dijo bien claro la doctora de aquí “nosotros no curamos el cáncer” porque ella me dijo: “¿por qué vino?”, y ya yo le dije: “porque quiero curarme del cáncer, yo no quiero hacer quimios” y ay me dijo: “ah no espérese, yo le voy hacer sincera, aquí no curamos cáncer, aquí ayudamos a que el cáncer no se haga más fuerte, es como un refuerzo aquí la vamos ayudar y todo eso, el cáncer lo va a curar usted, aquí le vamos ayudar y vamos hacer que las quimios y las radios no sean tan agresivas, aquí le vamos a reforzar el sistema inmune”. (Alma, E3Ca)

“Yo vengo aquí [clínica de las CAM] y me hago la valoración con la Dra. Cristina, y ella me hace la entrevista y me dice: “¿sabes qué? Que hay esto”, le digo: “pero me van a radiar” Dra. -“sabes que rádiate de todas maneras y vente para acá [Clínica de la CAM]-” y es como llego aquí y aun continuo aquí. Entonces de alguna manera, si me dan más ánimos”. (Jesús, E5Ca)

En esta misma subcategoría se encontró un conflicto entre usar CAM y la biomedicina. Algunos participantes mencionaron que se encontraron una situación complicada entre tener que decidir por una o ambos tratamientos, lo que representó una preocupación y confusión para ellos.

“Y en la otra clínica en la que iba [clínica que no pertenece a la CAM] el Dr. si me decía: “aquí curamos el cáncer, aquí si lo curamos” nada más que si hay cura pero ellos no quieren decir, que salga a la luz porque se acabaría el negocio de las quimios y las radios , entonces así si se cura el cáncer y él me

decía: “de preferencia no reciba ni las quimios ni las radios pero pues si tiene que recibirla pues ni modo”. (Alma, E3Ca)

*“Porque hay algo que es muy cierto, **los Dres. del cáncer son muy lineales muy rectos, no ven para otro lado** ¿no? tú les dices “¿Cómo ve esto?” “no, no sirve” “oiga, ¿cómo ve esto?” “**tampoco sirve**” “¿Cómo ve lo de células madre?” “**No existe, eso es pura tontería, no existe, no sirve de nada**” “¿Oiga cómo ve lo del cannabis?” “**tampoco existe, no está comprobado**”. O sea, son muy cerrados, ellos son lo que sus tratamientos son, quimioterapia, radioterapia, cirugía, inmunoterapia que es lo nuevo ahora, y se acabó (Omar, E2Ca)*

*“...**pues me decía que no tenía que tomar ninguna quimio** [clínica que no pertenece a las CAM]..., ¿mi esposo dice “tú sabrás si te quitas el ir a lo científico no?” O no, dice es mucho riesgo, entonces a partir de ahí no me lo quite, seguí tomando el té a la par. (Marisol, E1Ca)*

*“Mira que tengo un hijo médico, que es urólogo pero que así digas **él convencido no está**, pero me dice: “órale, si a ti te va a bien, adelante” y me dice: “ya entiendo que sí que, sí vale la pena, porque en Oxford hay una materia de acupuntura”. Pero si **eran pleitos con él**. [risas] **Yo siempre he dicho: “primero voy a la acupuntura y si veo que no me funciona voy a otro lado**”.* (Flor, E11HAS)

Subcategoría 3.3 Resultados CAM

La respuesta de los participantes hacia los resultados obtenidos en el uso de las CAM fue variada, la mayoría de ellos narró haber tenido un mejor control de su enfermedad, lograron sentirse más tranquilos y relajados, disminuir dolores y haber mejorado algunos síntomas corporales ocasionados por la misma enfermedad o por algún efecto secundario ocasionado por los tratamientos oncológico en el caso de las personas con cáncer.

“...me han dado también muy buenos resultados, tal así está el grado que no he bajado de peso, he tenido mi peso estable, mi alimentación ha sido muy buena, claro todo cambió a partir desde el primer día de mi primer diagnóstico ¿no? (Omar, E2Ca)

“...levemente, si es leve.... En el sentido que me sentía muy cansada, ahorita menos cansada, si eso es lo que he sentido...por ejemplo hoy me siento...a excepción de que nauseas traigo un poco de náuseas y querer volver, pero nada más....” (Marisol, E1Ca)

Fíjese que a mí me ayuda mucho la acupuntura, me relaja mucho, y por ejemplo ahorita traía un dolor en los pulmones y la doctora me dijo: “es mucha energía acumulada” y me acomodó las agujas y cómo cree que se me quito el dolor de los pulmones o luego me duele mi matriz o algo así me lo pone y me quita el dolor por días, porque no es dolor insoportable es soportable, pero me lo quita. (Alma, E3Ca)

jah claro, claro!, por lo menos de mi diabetes, luego me sentía bien cansada, yo llegaba y le decía al Dr: “no duermo, me siento mal” – no te preocupes. Me ponía el ozono y un suero vitaminado y me ponía los imanes, igual así me acostaba en la cama, me ponía los imanes, me ponía el suero, me ponía el ozono y ya yo me levanto muy bien. (Carmen, E6DM/HAS)

Con el tratamiento de la acupuntura ya no me levantaba yo tantas veces en la noche para ir a orinar si no que se normalizo, o sea seguido, una vez u ocasionalmente dos veces me levanto a orinar en la noche, sin embargo, yo estoy consciente que esto sucede cuando decimos regularmente que nos portamos mal, y tomamos alimentos que no están permitidos o que no deben consumirse cuando una persona tiene el problema de diabetes. (Saul, E4DM)

[cómo se ha sentido después de usar la CAM] Bien, le digo a la Dra. “ahorita no me duele nada, más que los piquetes que me da de las agujas” [risas] ahorita no me duele nada. (Paula, E9HAS)

*Porque me funciona [la CAM], **me siento más tranquila**, la medicina me cae bien y **me siento bien que es lo más importante...** (Flor, E11HAS)*

*Pues tengo como 5 años viniendo aquí [A la clínica de las CAM] más o menos y **me ha ayudado**, pero necesito ser más constante. **Porque me siento a gusto, me siento tranquila**, por ejemplo, el año pasado mi compañero se enfermó de gripa y yo no tuve nada de gripa, fue una gripa muy fea que tuvo él, pero yo no. Porque si he visto que me ayuda, el Dr. es muy bueno, desde que llegué, él me ha atendido y me ha llevado bien mi tratamiento, **me siento muy a gusto** y aquí ya llevo 5 años. (Inés, E10HAS)*

Dos participantes mencionaron no haber sentido ninguna mejoría con el uso de la CAM, sin embargo, eran personas que tenían apenas dos meses acudiendo a la clínica de las CAM, lo que para ellas significó cierto escepticismo y poco efectivas y para tres participantes era la primera vez que usaron la CAM, sin embargo, reiteraron su compromiso por acudir constantemente y su Fe en el tratamiento.

*... anteriormente estaba mal, pero ahorita pues ya venía un poco aliviado, entonces ahorita pues siento lo mismo, o sea, no sé cuál sea, te digo, ahorita eso de las gotas de la diabetes, pues no se para que sean, **yo pensé que eso iba a bajar ahorita que iba ayudar para la “bajadera” y veo que no** y mejor se volvió a elevar.*

*Unos dicen que si les sirven para bajar la glucosa, pero estoy viendo que por lo visto **a mí no me funciona**, me iba hacer estudio y mejor subía, llevaba... la última vez que la saque antes de que viniera yo acá estaba creo que en 350, ahorita hace 15 días me lo saque estaba en 250 ahorita subió a 300 y supuestamente pues ya me están tratando y ahorita dice el Dr. que no llevo la dieta que es, pues igual puede ser, pero y anteriormente ¿Por qué llevaba lo mismo? Y trabajando y más desvelado y ahorita según yo ya estoy un poquito más relajado, es como para que eso ayudara también y como que veo que no, como que el cuerpo ya se acostumbró a andar duro pa´ca y pa´lla. (Fabian, E8DM)*

Honestamente no, le mentiría si le digo: “ay si, eh sentido esto, eh sentido el otro” no, **ningún cambio**. Bueno que esto de las gotas que es muy lento, que tardan y que luego no se cura, que no sirven para nada, que nada más lo traen a uno a la vuelta. En el caso de la homeopatía lo mismo, que no sirve la medicina homeópata. (Iván, E15Ca/HAS)

Y pues la verdad yo espero venir cada semana para las agujas, la verdad no se si me van a funcionar, pero yo espero que sí, **tengo mucha Fe** en que este tipo de tratamiento me va ayudar (Emilio, E14DM)

Pero... yo **tengo mucha fe** en esta medicina [en las CAM] (María, E7DM/HAS)

Nunca me habían puesto acupuntura, esta es la primera vez, ahorita ya me pusieron la acupuntura, ni siquiera sabía cómo era ni nada, solo lo que ves en las caricaturas, pero no[risas]. (Eduardo, E13HAS)

Subcategoría 3.4 Razón CAM

Los motivos por los cuales las personas acudieron a la clínica de las CAM fueron variados, unas de las razones más comunes fueron para disminuir algunos efectos secundarios ocasionados por los tratamientos oncológicos en las personas que estaban en tratamiento de quimioterapia, buscar una cura o para evitar la medicina convencional. Para otros fue para mejorar el sistema inmunológico, disminuir el dolor y en algunas personas la razón fue para controlar los niveles de glucosa y presión arterial que se estaban presentando como resultado de un descontrol de la misma enfermedad y mejorar su estado de salud.

“...y me lo dijo bien claro la doctora de aquí “nosotros no curamos el cáncer” porque ella me dijo: “¿por qué vino?”, y ya yo le dije: “**porque quiero curarme del cáncer, yo no quiero hacer quimios**” (Alma, E3Ca)

“Cuando mi hermano me dice que había traído aquí a una persona yo le dije: “pues bueno, voy a ver, quien quita **ya nada me cuesta, ya traigo el problema**, entonces tengo que ver como lo soluciono. Entonces vengo aquí y me entrevista la Dra. Cristina o creo que fue otra, y ya me hace una encuesta con ciento y tantas preguntas y ya le dije: “si tengo esto y esto” y me dice: “termina con tus radiaciones, es importante que las canalices” y yo dije: “**bueno si aquí me van ayudar pues a lo mejor no me quedo con las radiaciones**, si ya estoy en esto pues adelante” (Jesús, E5Ca)

En el sentido que **me sentía muy cansada, ahorita menos cansada**, si eso es lo que he sentido...por ejemplo hoy me siento...a excepción de que nauseas traigo un poco de náuseas y querer volver, pero nada más....[la acupuntura especialmente le ayuda] Si, se supone que es para la sangre la corrección de la circulación...(Marisol, E1Ca)

Te digo que **fue ahorita que me puse mal**, y me dijo ella [esposa]: “necesitamos ver Dres.”, y en una ocasión que visité a mi cuñada y me dice: “¿Cómo estás? – le digo “bien”, y entonces enseguida en septiembre **me pongo mal** mero el primero de septiembre, y mi última cita fui a principios de septiembre y luego ,luego al otro día **ya no era el mareo si no el dolor**, y visitamos varios Dres. y no más no, todos con el mismo diagnóstico, **glucosa, glucosa que es muy alto que había que nivelarlo...** (Fabian, E8DM)

Para mi inmune, mi sistema inmune, que estuviera bien. (Carmen, E6DM/HAS)

Una semana después de que me la diagnosticaron, y porque no había aceptado, no había aceptado la enfermedad y **me había estado sintiendo muy mareada, me mareaba** a cada rato y dije: “¿ahora por qué me estoy mareando a cada

rato?” y ya ahora cuando llegue con la Dra. me dijo que justamente era por la glucosa. Y sobre todo viene acá porque como ya te lo mencionaba... (Diana, E12DM)

Porque mira, **yo ahorita traigo un descontrol ¿aja? De glucosa**, te vuelvo a repetir porque se sube se baja este... y mi mamá ya ha venido aquí, y ella me recomendó que viniera, y pues que la acompañara ¿no? qué pues no estaba por demás buscar otra alternativa. (Emilio, E14DM)

“En el momento de que ha sido tan recurrente que ya me la paso medicado ya todo el tiempo, saco mis pastillitas en el día y dice: “ya estuvo”. Y de veras que llega un momento que ya estás tan...pues tan desesperado por sentirte bien que, si ahorita me dices “está esta medicina alternativa” pues la tomas pensando en que eso puede, **pues darle una mejoría a tu condición** ¿verdad? (Eduardo, E13HAS)

Y de ahí vine y **me quitaron el dolor, me quitaron el dolor del hígado**. Entonces deje de venir, pues dije: “pues ya no me duele” y me fui y luego me operaron, me volvieron a operar, y otra vez me volvió a doler y traje a mi hermana. (Paula, E9HAS)

CATEGORÍA 4. TRAYECTORIAS

Para fines de este trabajo se plantea reconstruir las trayectorias en la búsqueda de atención que viven las personas paralelamente a su proceso. De acuerdo con esto, se describe más adelante una variedad de perspectivas que se tiene de acuerdo con la trayectoria:

Wiener y Dodd establecen que la trayectoria de la enfermedad es conducida por la experiencia de la enfermedad vivida en contextos que son inherentemente inciertos y que implican tanto a uno mismo como a los otros, creando un flujo dinámico de incertidumbre que toman distintas formas, significados y combinaciones¹⁴⁸.

Las autoras mencionan que la trayectoria de la enfermedad organiza visiones para una mejor comprensión de la dinámica que desempeña la alteración de la enfermedad dentro de los contextos cambiantes de la vida. El hecho de estar enfermo representa una alteración de la vida normal. Dicha alteración afecta todos los aspectos de la vida, incluido el funcionamiento fisiológico, las interacciones sociales y la concepción de uno mismo, enfrentarse a ello es la respuesta a esa alteración.

Mendoza habla sobre la carrera del enfermo que permite dar cuenta de las estrategias realizadas en la búsqueda para solucionar problemas de salud, más aún cuando se tratan de enfermedades graves: (citando a Goffman) por carrera comprende “cualquier trayectoria social recorrida en el curso de su vida” el autor describe cómo a través de una serie de etapas escalonadas observamos la transición de persona a paciente. (Mientras que la definición de Mechanic) se enfoca a la trayectoria que los individuos siguen en la búsqueda de alivio o atención: describe la manera en que las personas monitorean sus cuerpos, definen sus síntomas, toman acciones para remediarlos y utilizan los sistemas de atención a la salud. La gente percibe, evalúa y responde diferencialmente al padecimiento y tales conductas tienen una enorme influencia en la manera en la que el padecimiento interfiere con sus rutinas cotidianas,

la condición de cronicidad, el logro de un cuidado apropiado y la cooperación del paciente en el tratamiento de la condición¹⁴⁹.

Por otro lado, Peláez se apoya de 3 teorías sustantivas¹⁵⁰: sufrimiento (Kleiman), modelos explicativos (Kleiman) y la trayectoria de la enfermedad (Glaser y Satrauss), lo que ayudó a reconstruir las trayectorias de la enfermedad, reconocer el contexto cultural en el que se encontraba el paciente e interpretar su experiencia y significado de la enfermedad. La teoría de la trayectoria de la enfermedad se centra en una serie de eventos sociales y culturales que tradicionalmente se han interpretado sólo en términos médicos. Trabaja no solo sobre los eventos fisiológicos, sino también sobre lo íntimamente relacionado con cómo un individuo define su enfermedad, dado que un enfermo puede definir tal trayectoria de manera diferente a familiares y médicos.

Este mismo autor hace alusión a la “peregrinación” dentro del modelo de la teoría de la trayectoria de la enfermedad, que se relaciona conceptualmente con la idea de que el curso de las enfermedades crónicas es variable y modificable con el tiempo.

En esta categoría se identificó la trayectoria en la búsqueda de la atención de las personas. Cada número representa el orden en que la persona utilizó cada servicio en sus diferentes puntos tanto privados como público hasta llegar a la utilización de las CAM. Los puntos de la trayectoria para cada participante se detallan en el **Cuadro 2**.

CUADRO 2. FASES DE LA TRAYECTORIA QUE SIGUIERON LAS PERSONAS EN CONDICIONES DE CRONICIDAD USUARIAS DE CAM					
N. Entrevista	Servicios médicos preventivos	Servicios de salud públicos	Servicios de salud privados	CAM	OTROS ¹
Alma E3Ca	1°	2° 4°	3° 7° 8° 9°	6° 10°	5° 11° 12°
Omar E2Ca		1° 8°	6°	2° 4° 5°	3° 7°

^{1*} Otros: En esta categoría entran todas aquellas prácticas que no se encuentran clasificadas como CAM. Algunos de los participantes narraron adquirir tratamientos para curar el cáncer: la señora Alma mencionó haber acudido a una clínica donde le ponían parches en su matriz y se tomaba unas cápsulas, en su discurso las mencionó como “cápsulas de petróleo” porque para ella tenían un olor igual al petróleo y en otra clínica tomó las “cápsulas de veneno de escorpión azul”, en otras de sus trayectorias le vendieron una planta de “Kalanchoe” para el cáncer. el señor Omar estaba tomando “cannabis CBD y THC”.

Continuación del Cuadro 2.

N. Entrevista	Servicios médicos preventivos	Servicios de salud públicos	Servicios de salud privados	CAM	OTROS ²
Jesús E5Ca		8° 9° 10°	1° 2° 3° 4° 5° 6° 7°	11°	12°
Marisol E1Ca		1°	2° 3° 4°	5°	6°

² En la entrevista el señor Jesús mencionó haber comido “piel de zorrillo” y la señora Marisol acudió a una clínica donde tomaba “aguas de hierbas” que era traída desde las amazonas. Cabe decir que ambos participantes mencionaron que estos productos eran para tratar su cáncer.

Continuación del Cuadro 2.

N. Entrevista	Servicios médicos preventivos	Servicios de salud públicos	Servicios de salud privados	CAM	OTROS ³
Fabian E8DM		3° 4°	1° 2° 6°	5° 7° 8°	
Diana E12DM	1°		2°	3°	
Emilio E14DM		3°	1° 2°	5°	4°
Saul E4DM			1° 2° 3°	4°	

³ El señor Emilio mencionó en su discurso haber estado en un “tratamiento italiano o español”, sin embargo, no recordó qué tipo de tratamiento fue, aunque dijo que era a base de malteadas y jugos, acompañados de unas ampollitas que se tenía que poner debajo de la lengua todas las noches, pero tuvo que suspenderlo porque le ocasionaba mareos y dolores de cabeza.

Continuación del Cuadro 2.

N. Entrevista	Servicios médicos preventivos	Servicios de salud públicos	Servicios de salud privados	CAM	OTROS
Eduardo E13HAS		1°	2°	3°	
Paula E9HAS		1° 2° 4°	3°	5° 6° 7° 8°	
Flor E11HAS			1°	2° 3° 4°	
Inés E10HAS			2°	1° 3°	
Iván E15HAS		1°		2°	

Continuación del Cuadro 2.

N. Entrevista	Servicios médicos preventivos	Servicios de salud públicos	Servicios de salud privados	CAM	OTROS
Carmen E6DM/HAS		3° 4° 5°	1° 6°	2° 7°	
María E7DM/HAS		3° 4° 5° 6° 7° 8° 9° 10° 11° 12°	1° 2°	13°	

Subcategoría 4.1 Un ir y venir

Las trayectorias que siguieron las personas iniciaron con el relato del diagnóstico de su enfermedad y los diferentes puntos de atención a la que acudieron. A lo largo de la trayectoria mostraron dificultades de diferente naturaleza. Los participantes narraron una serie de recorridos entre un servicio y otro, como primera opción acuden a los servicios públicos, sin embargo se enfrentan a largos periodos de espera para ser atendidos y para realizar estudios de laboratorio por lo que optan por continuar hacia los servicios privados, la experiencia de un ir y venir de un servicio al otro se presentaron en la mayoría de los participantes, sin embargo dada la situación de la enfermedad sobre todo en aquellos participantes que fueron diagnosticados con cáncer, la imposibilidad de ser atendidos en forma oportuna y ante las citas prolongadas acudieron a servicios de salud privados con la idea de agilizar el tratamiento, además en estas trayectorias algunas personas mencionaron haber desarrollado estrategias para solucionar los problemas de atención, y dar continuidad a sus tratamiento, sumado a esto narraron situaciones como fue la de los largos periodos de espera entre un estudio y otro, y la falta de equipo que se vive en algunas instituciones de salud, lo que hace que sean transferidos a otros hospitales de salud. De acuerdo con las narraciones estas circunstancias vinculadas a los servicios de salud, hizo más difícil el proceso de la enfermedad sobre todo en las personas con diagnóstico de cáncer.

*“Entonces como yo tengo el ISSSTE me dijo: **-aquí no la podemos atender [unidades móviles] porque usted registró que tenía ISSSTE entonces la voy a mandar al ISSSTE- entonces yo fui al ISSSTE y en el ISSSTE me la hicieron larga y mi hija me dijo: “¿sabes qué mamá? vámonos a un particular”, entonces me hice todos los estudios iniciales con particular. Y ya fui por los estudios y todo eso y fui al ISSSTE y lo mismo no me quisieron atender, me la hicieron larga, inclusive ahorita todavía me la están haciendo larga. Es lo que me dijeron, pero ahora sí, así están desde abril que, si me van a dar quimios que,***

si no me van a dar, **como ahora tengo la ficha 139, marqué y hasta la 139 me avisan cuando hay lugar** para hacerme la quimio y la radio, que porque supuestamente hay personas más... que tienen un cáncer más avanzado que el mío, porque el mío está en la tercera etapa". (Alma, E3Ca)

"Yo ya había hecho análisis por fuera **porque no me daban análisis** [en el seguro social], no nada, entonces llevé con la persona indica del seguro social mis análisis, **me dijeron que ya me iban a pasar, pero no, entonces yo acudí inmediatamente con el otro médico** [particular]...

...dijeron que me iban hablar y bueno **no me hablaron**, acudí yo al centro médico y ahí corriendo el otro médico -de vacaciones estaba- y el otro médico que era el director... bueno el que dirigía oncología bueno no oncología sino el área de colón, iba corriendo y ya me dijo de qué me trataban y me dice **-eso no lo podemos hacer-** si no me conocen... y **se fue corriendo ¡fue todo!**. (Marisol, E1Ca)

Y lo hago en Médica Sur, y me dice: "si tiene seguridad social yo opero en ISSSTE y en el Seguro Social, entonces te conviene que veas qué onda para que amortigüe más el costo" le digo: "sale", **entonces me muevo y en quince días... no supe cómo le hice bueno si supe [risas], regale botellas que de whisky de coñac a los doctores**, porque en el ISSSTE la mayoría de los médicos que están en zonas administrativas la mayoría de las personas son médicos, entonces tienen un control sobre todo **entonces les llevo botellas y le digo: "vengo por este problema, necesito esto.**

Me mandan primero con el médico familiar y le digo ¿sabe qué? canalíceme porque quiero llegar lo más pronto posible al 20 de noviembre o al Adolfo López -que es la clínica donde me corresponde-" y total que como en 20 días logré que me canalizaran al Darío Fernández que está ahí en revolución y en esa situación que me atienden ahí como 3 meses 4 meses.

Me dan medicamento para bajar supuestamente el efecto de la próstata, del problema y cosas así y hasta que me logran canalizar porque en el Darío

Fernández no había radiología ni podían atender con quimioterapia, pero no era lo que yo quería.

Entonces me canalizan al 20 de noviembre para que me hagan una valoración para ver si cortan o me radiaban, entonces llegó al 20 de noviembre, con la mala fortuna que desde febrero hasta más o menos por esta fecha, no antes en agosto, julio-agosto, me iban a radiar.

*Y logro que me corten pero, me iban a operar primero y cuando me operan -no me programan y sufre-el Dr. que opera ahí en el 20 de noviembre- también tiene un problema [risas] y jugando X se cae y la clavícula también se la fastidia [risas] entonces tenía una lista como de 18 personas que iba a operar de la próstata y resulta que me habla el doctor y me dice: “¿sabes qué? Que me está pasando esto, entonces tú decides” y le dije: “es que ¿qué otra opción tengo? porque si me espero... **A mí me urgía que esto saliera rápido**, porque yo digo: “si van a operar, **yo quiero que me quiten rápidamente esto [cáncer]**, porque no vaya a ver metástasis o algo así” y estaba nervioso y el doctor me dijo: “no, no te preocupes, te podemos radiar y tiene los mismos efectos que cortar la próstata”.*

*Pero se viene el sismo, y **entonces todavía me atrasó más**, total que la última radiación, me dieron 43 radiaciones y cada sesión me dan 3 del lado izquierdo, 1 al centro y 3 del lado derecho o sea me daban 7 por sesión, fueron 290, si las multiplica por 7 las 43 me daban 200 y tantas casi 300 y ya mira sigo aquí. (Jesús, E5Ca)*

Subcategoría 4.2 “eso no duele”

Dentro de esta subcategoría, de acuerdo con las narraciones, las instituciones de salud fueron percibidas como contextos que a parte que limitan el tratamiento se conciben con inseguridad, miedo y poca fe. Los participantes así mismo mencionaron poco entendimiento hacia su enfermedad por parte del personal médico, mencionándoles “que eso no duele” sin tomar en cuenta lo que ellos estaban sintiendo en ese momento, respondiendo muy poco a sus necesidades. Así mismo, otros participantes expresaron experiencias que fueron desgastantes lo que acabó con la confianza y la esperanza en el profesional médico haciendo más difícil el proceso de la enfermedad.

*...pero yo creo que nada más fue la idea pero **yo me seguía sintiendo mal**, ese fuimos un domingo, el lunes no pues estaba yo igual, fue el lunes que ya me llevo mi mamá con su Dr. ese que le recomendaron, luego me llevo a Balbuena el martes y hasta el miércoles fui a mi clínica ahí fue donde le volvieron atinar, **y supuestamente uno tiene malos... o sea como que no cree uno en el seguro, ¿no?, porque dice uno: “no, pues es que ahí te matan, en vez de que te curen”**...(Fabian, E8DM)*

*Ah y luego me enfermé de otra cosa, a parte de la hipertensión me descubrieron en el hígado que tenía un angioma, **pero me dolía y fui**... tenía todavía el seguro y fui al seguro al Centro Médico, **me dijeron que yo lo inventaba** que porque tenía dolor aquí [toca su abdomen]. **Me dijeron: “eso no duele”, y yo les decía a mis hijos: “si, si me duele” y los Dres. me decían que no, que eso no dolía.** Y allá me dijeron: “no, eso no duele mira”. Entonces luego fui al ISSSTE, me mandaron para hacer unos estudios **pero que todavía faltaba mucho.** (Patricia, E9HAS)*

*“y luego sobre todo que **los Dres. no dicen la verdad, engañan, y hacen que uno tenga falsas esperanzas**, porque por ejemplo el oncólogo con el que fui*

la primera vez, él me dice: “sabe que señora, yo la opero y le cobraría 60 mil pesos, pero yo la opero luego, luego.

Tomé una segunda opinión con otro oncólogo particular también, y él me dijo...- ese me lo recomendó una hermana mía-, “¿sabe qué? no, **la están engañando**, porque si él la ópera, ese cáncer florece, se esparce, mejor que este ahí, ahorita no ha hecho metástasis a otro lado, mejor espérese, espera al ISSSTE, no se desespere, esto va para largo Sra., usted tiene que acostumbrarse a que esto probablemente lo tenga toda su vida, lo que viva, no sabemos, entonces ya **no se deje engañar**, porque si usted se opera lo único que va hacer es florecer ese cáncer, se le va a regar a otros lados”, fue lo que me dijo.

...entonces ahí es donde **uno ya no les cree a los doctores**, ya no les cree, porque también cuando llego al ISSSTE, primero me dice el doctor, va hacer cirugía porque todavía... no se ha ido a otros órganos, no se ha ido a pelvis, no ha perforado pelvis y eso me decían tres oncólogos, luego otro oncólogo me revisa y dice “como no, si ya infiltró a pelvis, aquí ya no es cirugía, aquí ya es radio!

Entonces **eso es lo que más desconcierta**, uno va y cree que... **uno se hace esperanzas** “no pues ya se va a solucionar”, y no. Haga de cuenta que nos van desmenuzando “**pedacito por pedacito**” la enfermedad y yo leo y leo y todo eso, pero a veces uno ya no quiere ni leer, no ya no”. (Alma, E3Ca)

...desde hace 10 años me estoy atendiendo en el General de mis ojos, ahí me atienden y en el seguro me atiendo, pero yo me atiendo en particular, yo veo particular porque mmm mmm (negando con la cabeza), **yo no le tengo fe al seguro**, a mi prima la metieron la operaron de la matriz y le cortaron una pierna. **A mí me da muchísimo miedo**. (Carmen, E6DM/HAS).

Subcategoría 4.3 Crisis

Esta subcategoría representa la dificultad que viven las personas al buscar servicios de atención oportunos para la atención a su enfermedad, simultáneamente luchan internamente con su propio proceso. Sin lugar a duda, el primer encuentro con la enfermedad representó una variedad de reacciones después del diagnóstico, desde la no aceptación y la aceptación de la enfermedad. Para la mayoría de los participantes representó una difícil situación a la que se enfrentaron desde el momento del diagnóstico, se realizaban interrogantes constantes y no se explicaron por qué se enfermaron, así mismo mencionaron haber pasado por una serie de circunstancias que fueron desgastantes durante el proceso de la enfermedad, se enfrentaron a situaciones de incertidumbre, depresión, tristeza y miedo, y en algunos casos hubo narraciones de eventos extraordinarios que vivieron las personas durante el transcurso de su enfermedad.

*“A partir de que me dan el diagnóstico, **es vivir en zozobra, es vivir en miedo, en angustia**, cuando me la dan por primera vez, uno piensa que se va a morir en seguida, y uno va y gasta y se va a esta clínica y se va a otra clínica...”*
(Alma, E3Ca)

*No te creas, **tardé mucho en adaptarme**, en saber lo que yo era, porque todavía hace dos años, **me dio la depresión de: ¿por qué yo?, ¿por qué a mí?, ¿por qué esto?, ¿por qué el otro?***

*...mi vida desde que yo empecé ,al principio **fue muy fuerte, no lo acepté, no lo aceptaba**, por lo cual, **yo sufría** de este...me daba...**ansiedad, me daba tristeza, yo me acostaba, me perdía** ¿sí?, con decirte, te juro que llegaba mi marido, yo me dormía y la comida se me quemaba, me despertaba y yo olía a quemado “Dios mío”, me levantaba, “la comida”, “me dormí”, me volví a dormir.*

*Porque yo ya no salía, porque se me estaba cayendo el cabello, no, no, no; fue duro para mí, fueron... no sé si dos años **muy “fuertotes”** para mí, **muy***

*fuertes, peleas con mi marido, peleas, pues mis hijos estaban chicos, estaban chiquitos, este... pero **era una calamidad**, ya después entre a terapia, el Dr. Alejandro me ayudo". (Carmen, E6DM/HAS)*

*...una semana después de que me la diagnosticaron, y porque **no había aceptado, no había aceptado la enfermedad** y me había estado sintiendo muy mareada, me mareaba a cada rato ...pues es que realmente **no entiendo**, si me he estado cuidado todo este tiempo, incluso antes de que me enfermara, ya me cuidaba, siempre procuraba comer sano, y más ahorita que ya tengo el diagnóstico y me dicen que tengo la glucosa en más de 500, solo espero que se pueda controlar esto porque entonces no sé qué voy hacer, no sé si realmente lo que estoy haciendo o comiendo, no lo estoy haciendo bien, entonces ya veremos más adelante. (Diana, E12DM)*

*Y bueno en este caso, **a mí me costó en un principio trabajo la aceptación de mi enfermedad** ¿no?, porque esta es una enfermedad de la cual...este...pues se tiene que aprender a vivir con ella, o sea no hay cura ¿aja?, pero tu calidad de vida... o sea, esta enfermedad depende de uno mismo. (Emilio, E14DM)*

Llamó la atención la narración en un caso en particular de una participante durante su trayectoria:

*"Pero me quiero ir, no me quiero con miedo **ni con culpa**, porque la primera vez que fui con el doctor me dijo **-es que usted se lo provocó, es que usted esta obesa-** en serio me dijo así -que por mi mala alimentación que porque yo estaba obesa que porque yo esto- diciéndome **-es que usted es culpable-** y tal vez si verdad, pero sí de por sí ya lleva uno esa carga y luego que te digan **- tu solita te diste en la madre-**".*

Y luego entra el coraje porque uno ve alrededor y dices bueno “haber la gente dice que por mi obesidad” hay gente más gorda y ¿por qué no tienen cáncer? me dicen: hay gente que fuma ¿y porque no tienen cáncer?” y yo que nunca fume en toda mi vida, yo que no tome, nada así que tuve dos parejas sexuales, porque a las otras no les dieron cáncer? ¿por qué a mí sí?

*Y ahora con la tanatóloga me dice muchas cosas, me dice que tenga que buscar el porqué, siempre hay algo que da por qué da es parte del cuerpo avisa, por algo le dio a usted, pero **tiene que aprender la lección**, yo no le puedo decir “sabe que es porque usted no se quería yo no le puedo decir eso, porque muchas veces otra cosas que se siente muy mal de que le digan a uno que el cáncer da por mucho resentimiento, mucho coraje, yo digo: yo nunca guarde resentimiento, es decir, me tachan por odiar tanto, por odiar tanto, no sé si a fulanita a zutanito, y todo eso, y casi todas las personas que son muy resentidas que guardan mucho rencor son a las que le dan cáncer.*

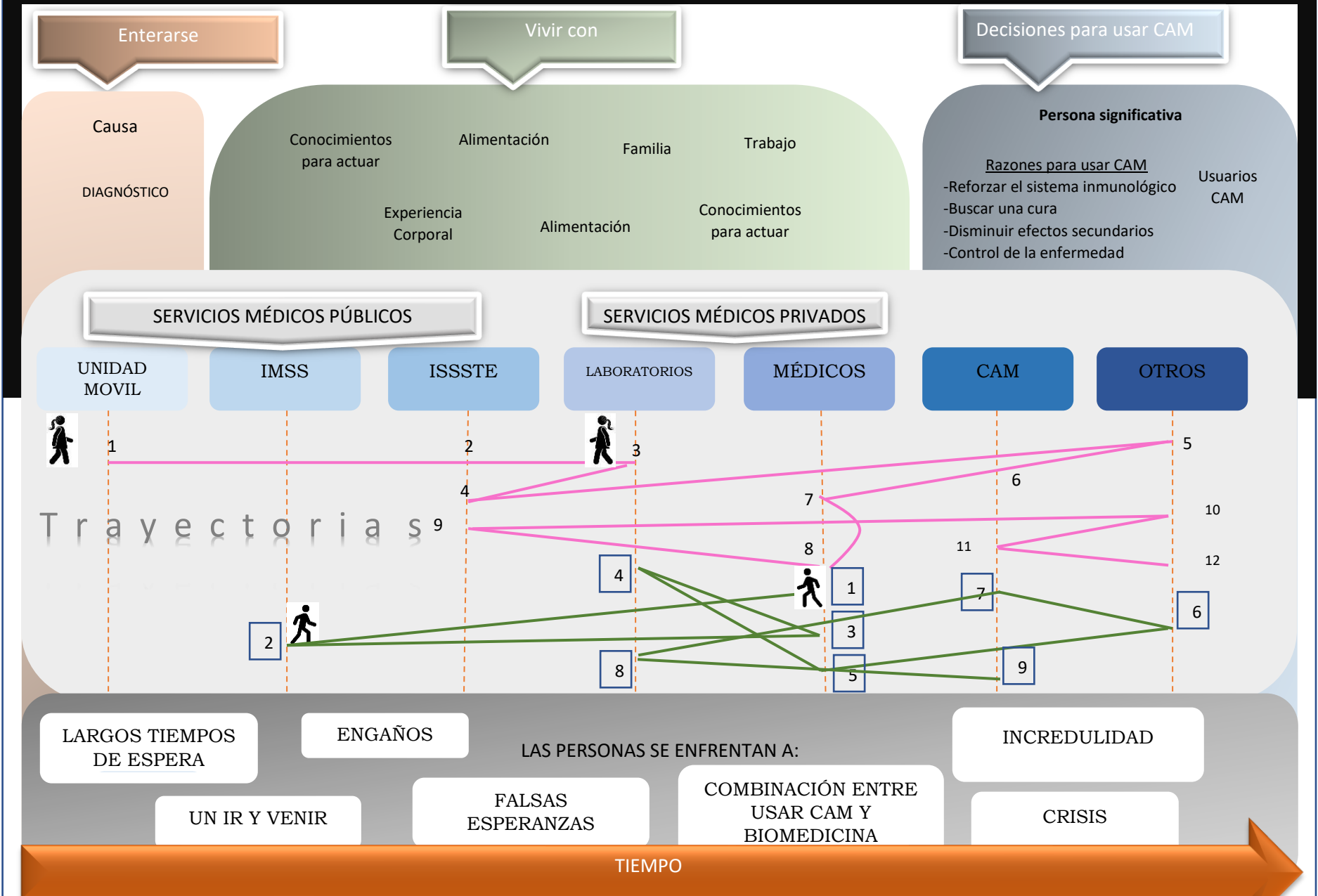
*Es como cuando me dice la iglesia: “**por algo estas pagando este pecado**” porque me metes a mí si yo no supe nada, es exactamente lo mismo, ese es mi coraje el no saber ¿por qué a mí?*

*Yo no tomaba, yo no esto yo no el otro, yo no recuerdo haber hecho daño, un daño de matar de robar, nada de eso, ¿y porque a mí?, y luego da coraje porque **va uno con el doctor y le dice “ es que la obesidad, es que no te cuidaste” va uno con el psicólogo y dice “ es que no se quería usted, usted mandó una maldición, que si son los ancestro” y a fin de cuentas uno termina y no sabe ni porque le dio a uno.** (Alma, E3Ca)*

Por un lado, se realizó una figura que representa el proceso general del proceso de las personas en condiciones de cronicidad usuarias de CAM. A manera de ejemplo únicamente se describió la trayectoria de la señora Alma, E3CA y del señor Fabian, E8DM para una mejor comprensión de las trayectorias de los participantes dentro del proceso. **(Figura 10)**

Por otro lado, se elaboraron figuras que detallan los procesos de las personas, pero por diagnóstico: Cáncer, DM e HAS. **(Figuras 11, 12 y 13).**

Figura 10. Descripción general que explica el proceso de personas en condiciones de cronicidad usuarias de medicina complementaria y alternativa



Fuente: Elaboración propia

Figura 11. El proceso de personas en condiciones de cronicidad usuarias de CAM: Cáncer

ENTERARSE

Inicio de la Enfermedad por:

Causa

Tratamientos de radioterapia

Bebidas alcohólicas



Acuden a los servicios de salud primordialmente servicios públicos



DECISIONES PARA USAR CAM

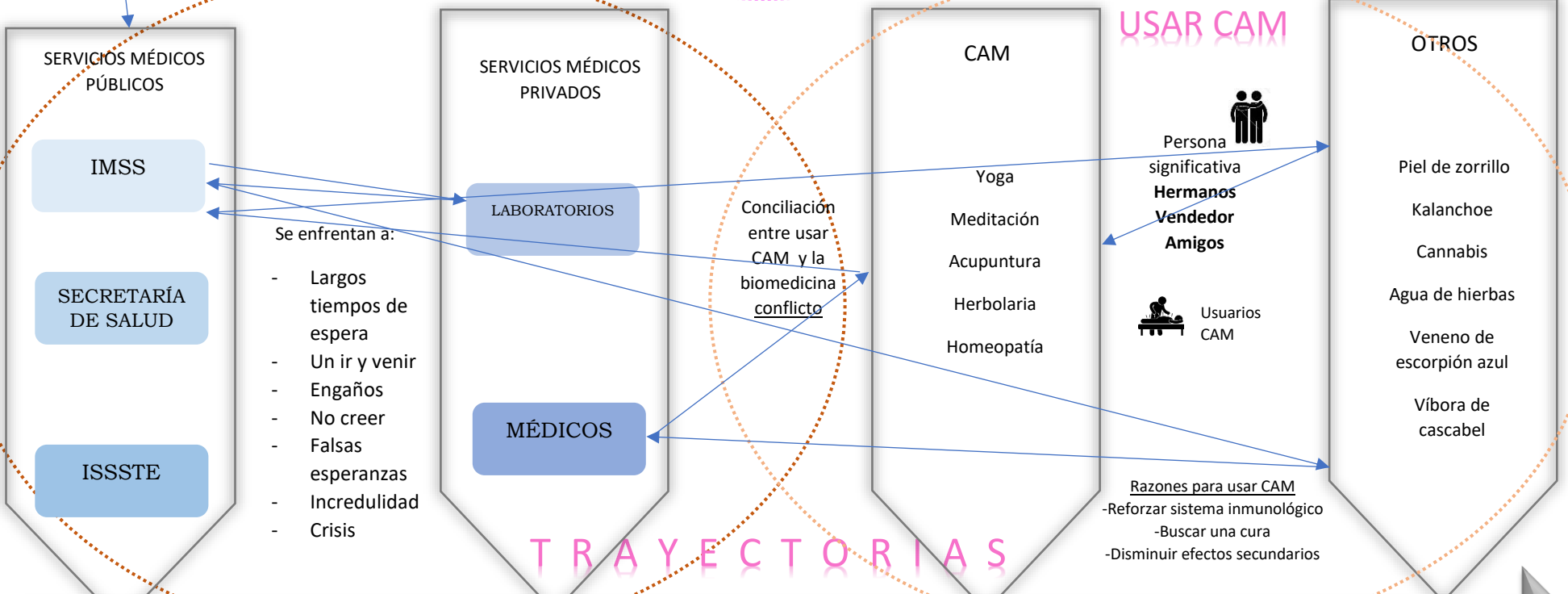
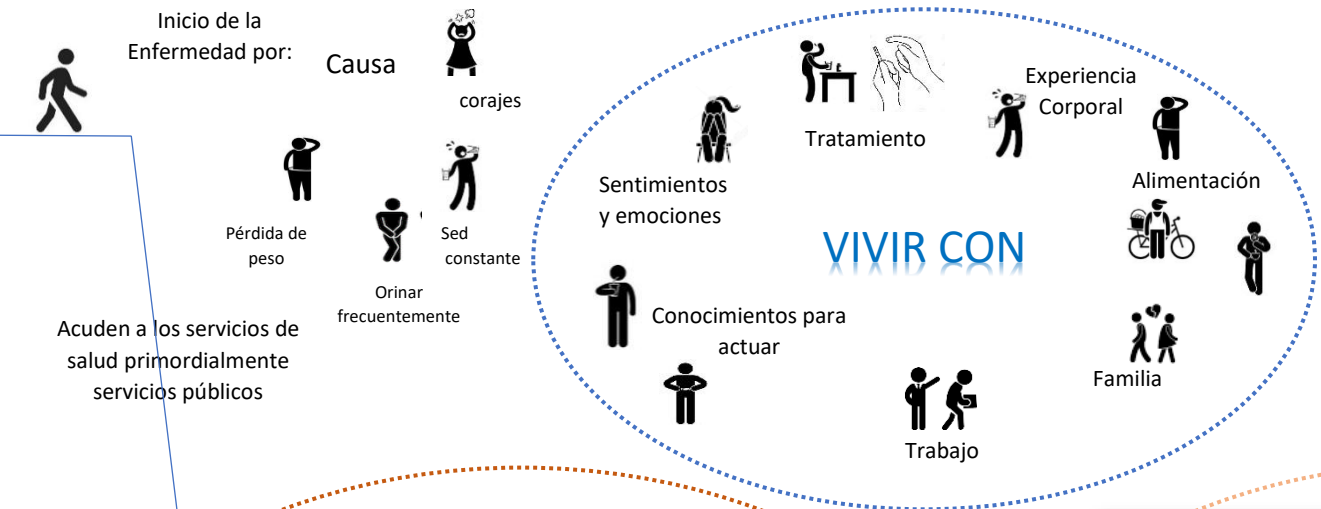
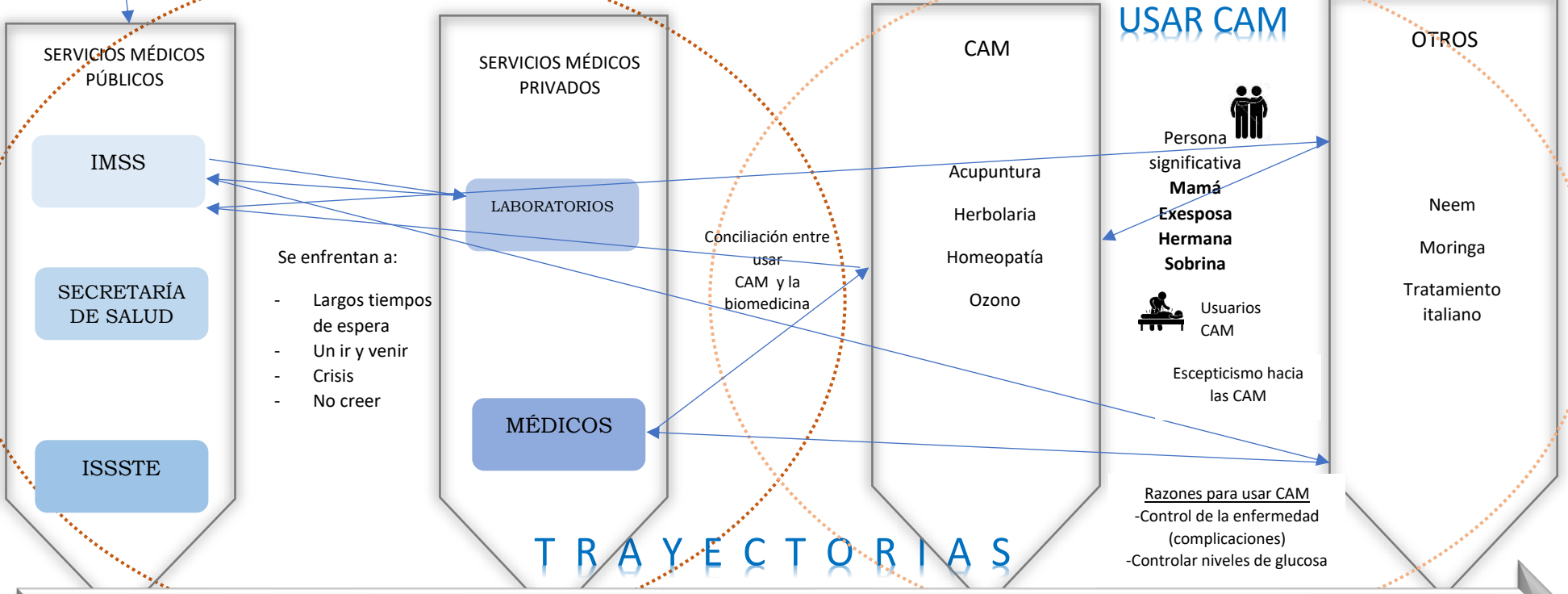


Figura 12. El proceso de personas en condiciones de cronicidad usuarias de CAM: DM

ENTERARSE



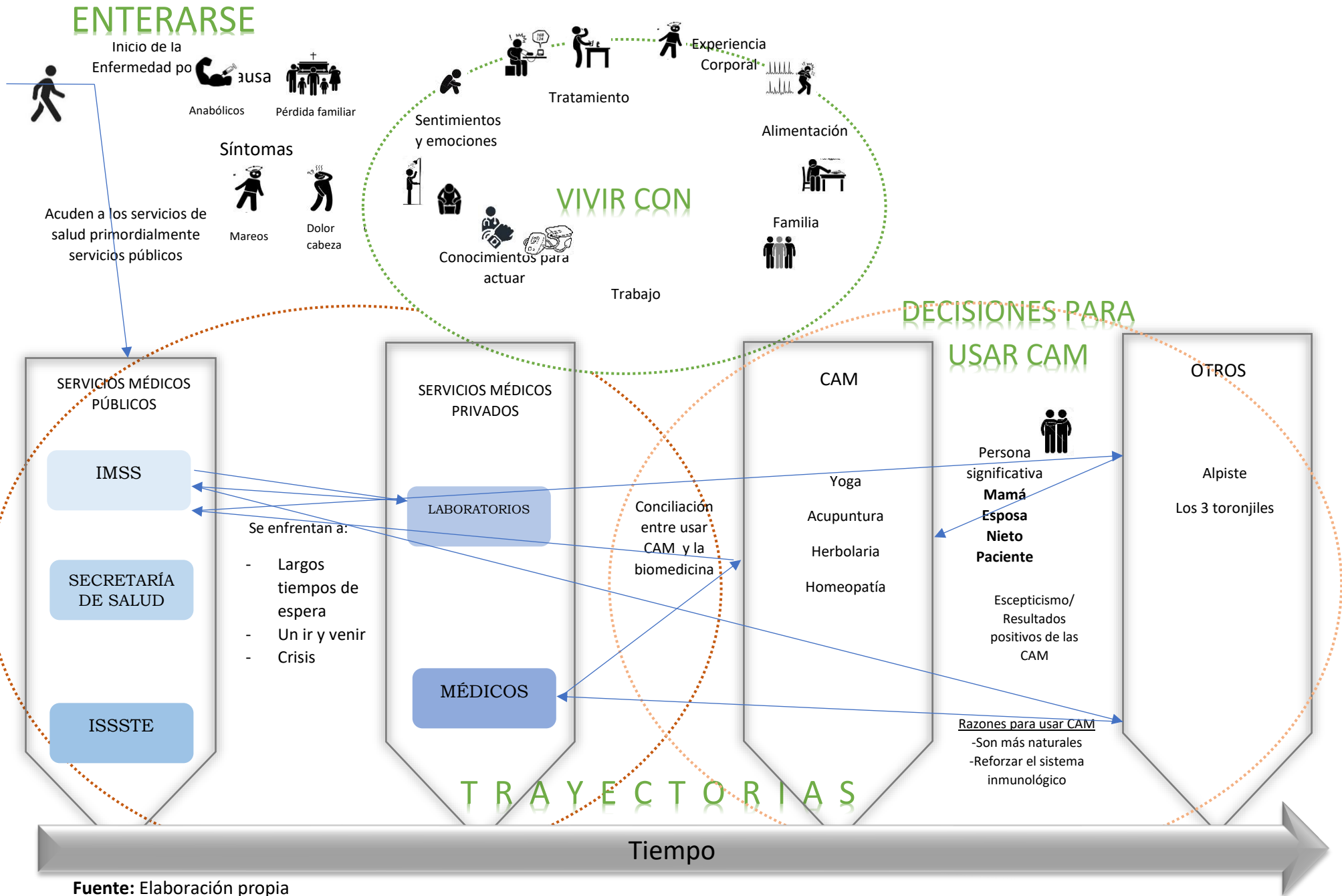
DECISIONES PARA USAR CAM



TRAYECTORIAS

Tiempo

Figura 13. El proceso de personas en condiciones de cronicidad usuarias de CAM: HAS



Fuente: Elaboración propia

6.- DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue comprender los procesos de personas en condiciones de cronicidad usuarias de medicina complementaria y alternativa donde se identificaron tres grandes categorías: el proceso inició desde el momento que se enteran del diagnóstico y también se describen los aspectos importantes de la experiencia de vivir con la enfermedad, así como las decisiones que los llevaron a usar CAM y de forma paralela a ella, la trayectoria que por sí misma describe una serie de situaciones.

A partir de los hallazgos encontrados, dan cuenta de que las personas con enfermedades crónicas integran dos o más formas de atención para sentirse bien y tener una mejor calidad de vida, por otro lado, a pesar de la tendencia hegemónica de la medicina convencional, las personas toman decisiones y realizan acciones fuera del terreno biomédico para satisfacer necesidades que la biomedicina no ha podido cumplir, es decir, de acuerdo con las narraciones, basadas en la fe mediante la espiritualidad en busca de tranquilidad y paz.

A lo largo del proceso, desde el contexto pluralista, contribuyó a que las personas utilizaran una combinación de tratamientos biomédicos y otras prácticas empleadas con fines complementarios. El proceso comenzó cuando todos los participantes narraron una serie de acontecimientos que vivieron al recibir el diagnóstico y la experiencia inicial de enfrentar un cambio de vida, que para la gran mayoría la expresión de sus cuerpos fue una señal de que algo andaba mal y buscaron atención médica. Sin embargo, la confrontación con el diagnóstico hizo que las personas buscaran opciones de tratamientos, algunas con mayor facilidad debido a su nivel intelectual, otras fueron apoyadas por una persona significativa que apoyo en la toma de decisiones para usarlas y otras ya habían tenido experiencias previas con este tipo de prácticas lo que contribuyó a su uso.

Vivir con la enfermedad representó para las personas una serie de cambios, y de cómo la enfermedad influía en sus emociones y forma de sentir, las más comunes al inicio de la enfermedad fueron la tristeza; que dicho por los participantes, resultó de la experiencia de que sucedió algo que nadie quería y de que su vida cambió de una manera que ellos no habían elegido, y la incertidumbre debido a que lo asociaron con las complicaciones de la enfermedad y el tiempo de vida en particular en las personas con diagnóstico de cáncer la incertidumbre se asoció sobre un futuro desconocido y de cómo su vida se vería afectada por la enfermedad.

Al respecto Benkel¹⁵¹ señala que todas las enfermedades influyen en el entorno social, físico, pero sobre todo emocional de las personas. De manera similar, en la literatura se han caracterizado sentimientos de incertidumbre en torno al diagnóstico de cáncer Pozzar¹⁵² demostró en sus resultados que los participantes encontraron una gran incertidumbre durante sus experiencias con el cáncer, comenzando con el inicio de los síntomas y en otros casos algunos participantes también experimentaron sentimientos de incertidumbre en relación con los roles sociales y la autoimagen.

Para los participantes de este estudio, los sentimientos de incertidumbre asociados con un diagnóstico de cáncer representaron un riesgo no solo para su salud física, sino también para su bienestar psicológico y su autoconcepto, sobre todo en las personas con cáncer en donde su imagen corporal se vio afectada debido a los múltiples tratamientos de quimioterapia.

Por otro lado, también significó enfrentarse a nuevas situaciones a lo largo del proceso, algunos de los más referidos en la mayoría de los discursos fueron los recursos económicos, aunque no fue igual en todos los casos, particularmente en aquellas personas con diagnóstico de cáncer fue una preocupación y una limitante desde el momento del diagnóstico. Algunos estudios mencionan que tanto las familias como la misma persona enferma a menudo hacen sacrificios en forma de abandonar, cambiar o recortar proyectos u otras actividades de los miembros de la familia, o utilizar fondos de ahorro y jubilación para continuar con el tratamiento sobre todo en aquellas personas con cáncer ¹⁵³, otros autores mencionan que la preocupación económica

afecta directamente la calidad de vida y contribuyen en mayor medida a generar estrés y depresión.¹⁵⁴

De acuerdo con esto, en nuestro estudio, una de las características contextuales del grupo de participantes fue que no contaban con empleo formal, sobre todo las mujeres refirieron abandonar su trabajo para poder atenderse así mismas y a su enfermedad. La situación de desempleo se vio muy marcada en algunos participantes lo que complicó el acceso a la seguridad social.

En estos casos, la familia representó una función importante en el proceso de la enfermedad sobre todo en el acompañamiento desde el inicio de la enfermedad. Algunos estudios mencionan que la familia constituye la principal fuente de apoyo, acompañamiento, contención y provisión de cuidados¹⁵⁵⁻¹⁵⁶ y no identificamos otra red que no sea la familia, nuestros resultados destacan el importante potencial de la familia para influir en la salud y el manejo de la salud de los participantes con enfermedades crónicas sobre todo en el apoyo económico hacia la persona enferma fue fundamental.

Este aspecto del estudio coincide con Kneek¹⁵⁷, donde los participantes expresaron no tener los recursos disponibles para vivir bien con diabetes y de cómo recibir la atención necesaria. Les resultó difícil mantenerse en contacto con los servicios de atención médica debido a dificultades económicas. Similar a esto, Renle¹⁵⁸ mencionó que los participantes describieron el manejo de la diabetes con recursos financieros limitados como a menudo un juego de equilibrio y negociación, en el que la compra de alimentos saludables se abandona debido a una preocupación más apremiante en la vida de la persona y optan no solo por negociar la compra a precios reducidos, sino también por comprar alimentos menos saludables para reducir los gastos en alimentos. Muchos participantes informaron que la falta de ingresos suficientes para cuidar de todos los aspectos de su vida creaba estrés y preocupación adicionales. Es evidente que las personas de bajos ingresos se enfrentaron a barreras importantes y persistentes como lo fueron los recursos económicos. Bajo este contexto, coincidió con algunos de nuestros hallazgos.

Por otro lado, desde el punto de vista terapéutico, la alimentación desempeña un papel clave en el manejo de las enfermedades crónicas y las inadecuadas prácticas de alimentación pueden contribuir a un deterioro acelerado de la salud de las personas que la padecen. En este sentido, los participantes manifiestan que hay cambios importantes en su actitud y prácticas respecto a la alimentación después del diagnóstico. Sobre todo, en las personas con diagnóstico de diabetes, fue común el uso de un lenguaje prohibitivo, con un mayor conocimiento sobre los alimentos que no deben ser consumidos. Siendo un aspecto preocupante y agotador ya que describen a la enfermedad como de difícil control, que provoca cambios en los estilos de vida y que requiere ciertos esfuerzos, sobre todo de renunciar a ciertos alimentos que estaban acostumbrados a consumir.

Similar a nuestros hallazgos, algunos estudios demuestran que la diabetes se vive como una enfermedad vinculada al apetito y a la comida, donde la dieta se concibe como un ideal casi imposible de alcanzar. Al respecto, Ledón¹⁵⁹ afirma que las mayores dificultades con los aspectos nutricionales usualmente se hallan en personas cuyos patrones tradicionales de alimentación son arraigadas y donde refieren mayores dificultades se refieren a su demanda de ser "fragmentada" (entre 5 y 6 veces al día), la atención a la cantidad de calorías a ingerir (de acuerdo con los requerimientos nutricionales y energéticos individuales), el reforzamiento del desayuno, la inclusión de dietas ricas en vitaminas y minerales (frutas y vegetales), el no abuso de comidas ricas en grasas, el sostenimiento de una disciplina constante, la disponibilidad en el mercado de alimentos con alto contenido nutricional, sus costos, y la posibilidad real para sostener dichos patrones de alimentación al interno de las estructuras y redes de interacción habituales para los sujetos, o sea, la familia, la escuela y el trabajo.

Pimentel¹⁶⁰ menciona en su estudio cualitativo con mujeres con diagnóstico de diabetes que uno de los aspectos más significativos y agotadores en la convivencia con la DMT2, muestra cómo las costumbres y hábitos de alimentación arraigados por generaciones dirigen los patrones de comportamiento provoca serios conflictos emocionales en este proceso de cambio en las personas que cursan con la enfermedad crónica.

Por otra parte, vivir con la enfermedad también llevó a las personas a realizar estrategias que les permitiera sentirse mejor, si bien, seguir indicaciones médicas es algo que dieron por hecho, también describieron la atención diaria y el manejo de su enfermedad haciendo actividades en busca de satisfacer algunas necesidades, es decir, los participantes aprendieron sobre su enfermedad, y a identificar señales de alerta, por lo que desarrollaron un autoconocimiento que les permitió contralar mejor la enfermedad.

Estos hallazgos son consistentes con los datos obtenidos de Stanze¹⁶¹, quien señala que las personas desarrollan estrategias (de acción) para hacer frente a los desafíos relacionados con la enfermedad. Una de las estrategias en nuestro estudio fue que realizaban actividad física para poder sentirse mejor, acudir a la meditación y al reiki, así como bajar los ritmos de estrés, además, fue narrado por otras personas como una manera de controlar alguna sintomatología, Implementar la necesidad de seguir trabajando también fue una forma de restablecer el control de su propia vida, de sentirse productivo y de contrarrestar el estrés relacionado con el tratamiento, dicho por los participantes, estas estrategias permitieron tener una vida normal y adentrarse a una cotidianidad.

Por otro lado, Lind¹⁶² menciona las preocupaciones de las personas sobre su preparación para manejar reacciones físicas durante las actividades, en el caso de las personas con diabetes como la hipoglucemia, esto fue especialmente desafiante sobre todo para manejar nuevas reacciones corporales, tenían que aprender a ser proactivos en sus elecciones de alimentos y alimentación, al planificar las comidas así como a prepararse teniendo carbohidratos a la mano para evitar complicaciones durante alguna actividad física principalmente. Lo que coincide con nuestro estudio, por ejemplo, las personas con diabetes ya sabían que tenían que cargar con dulces o con jugos en caso de que se les bajara el azúcar, y las personas con hipertensión lo que hacían era sentarse, mantenerse tranquilos, hacer respiraciones profundas, sin embargo, una participante narró apretarse la cabeza con un pañuelo o meterse a bañar con agua fría para bajar la presión.

Esto se aclara aún más con los estudios de Kneek¹⁵⁷, que también encontró que reconocer los signos y comprender las asociaciones entre las respuestas del cuerpo en diferentes situaciones es importante para el aprendizaje y el autocontrol de la enfermedad, en este caso se trataban de personas con diabetes donde identificó patrones de aprendizaje en personas con DMT2 donde se comprendió cómo las personas experimentan y responden a los cambios a lo largo del tiempo y cómo la duración de la enfermedad contribuye al proceso de aprendizaje cuando se vive con diabetes

Whittemore²⁸ encontró que las personas con enfermedades crónicas identifican estrategias de afrontamiento específicas como beneficiosas para comenzar el proceso de integración, se acercan a la espiritualidad, el humor, el enfoque en lo positivo, el diálogo interno, las mascotas y las actividades creativas (es decir, escribir un diario, cocinar, manualidades) fueron algunas de las estrategias positivas importantes que los participantes utilizan para afrontar y vivir con una enfermedad crónica

Es evidente que las personas con enfermedades crónicas buscan cada vez más la CAM. Tras el diagnóstico de la enfermedad crónica comenzó un proceso en la toma de decisiones para usarlas por lo que los participantes descubrieron un tratamiento complementario y/o alternativo a través de una o varias fuentes, entre ellas una persona significativa. Los hallazgos en este estudio permitieron dar a conocer cuán involucrados estaban otros en el uso y recomendación de la CAM. En este trabajo hablamos de la persona significativa que fue aquella quien apoyó en la toma de decisiones para el uso de la CAM en las personas con enfermedad crónica, algunas de las personas significativas eran algún miembro de la familia que recomendaba y acompaña en algunos casos al uso de CAM, sin embargo, también influyó el contexto social para algunas personas.

Esto es contundente con estudios que han encontrado que la comunicación con los miembros de la familia (p. Ej., Apoyo en la toma de decisiones mediante preguntas y consejos) influye en la decisión del paciente¹⁶³.

Por su parte Öhle¹⁶⁴ exploró cómo las personas significativas estaban involucradas en los procesos de toma de decisiones de los pacientes con cáncer relacionados con la CAM. Se identificó a los cónyuges como la persona significativa con mayor participación. Lo que concuerda también con nuestros hallazgos donde la persona significativa con mayor involucramiento fue los cónyuges para el uso de la CAM, así mismo las madres de las personas enfermas fueron un pilar esencial, actuaron como consejeras y mediadores durante el proceso de toma de decisiones. Sin embargo, muy pocas personas significativas tomaron el papel activo de acompañar y estar en todo momento con la persona enferma, o solo fueron reconocidas como aquella persona quien tuvo una experiencia buena en el uso de la CAM.

Aunque otros estudios aluden al importante papel de los miembros de la familia en el apoyo a las decisiones de CAM de los pacientes, la persona significativa se trata como poco más que factores motivadores del uso de CAM en lugar de como individuos que asumen roles únicos en el proceso de toma de decisiones. Nuestro estudio destaca el papel de las personas significativas en el uso de la CAM y el continuo cambio de participación decisional.

Existen estudios que demuestran a pacientes con cáncer y la persona significativa que participan en formas colaborativas de toma de decisiones. Investigaciones anteriores han sugerido que la toma de decisiones sobre el uso de la CAM brinda a las personas con cáncer la oportunidad de recuperar el control sobre su salud y tomar un papel activo en sus decisiones de tratamiento, Balneaves¹⁶⁵ en su estudio con mujeres con cáncer de mama, encontró que todas estaban enfocadas en tomar decisiones de tratamiento que las ayudara a sobrevivir al cáncer y mejorar su bienestar. Influenciadas por sus conocimientos y creencias sobre la medicina convencional y la CAM, las mujeres inicialmente contemplaron qué terapias las ayudarían a maximizar sus opciones de tratamiento en términos de beneficios y minimizar la posibilidad de daño.

De acuerdo con la toma decisiones, Weeks¹⁶⁶ nos muestra que la toma de decisiones relacionada con la CAM por parte de los pacientes con cáncer se produce

como un proceso dinámico, complejo y no lineal. La toma de decisiones sobre la CAM comienza con el diagnóstico de cáncer y abarca 3 fases distintas (temprana, media y tardía), cada una marcada por objetivos únicos para el tratamiento de la CAM y distintos patrones de búsqueda y evaluación de información. Las transiciones de fase corresponden a cambios en el estado de salud u otros hitos dentro de la trayectoria del cáncer.

Con respecto a lo anterior nuestros hallazgos demuestran que las personas acuden a la CAM en un punto distinto de su enfermedad, algunos participantes los utilizaron después de haber estado en tratamiento oncológico, en otros casos el uso fue inmediato una vez diagnosticados en el caso de las personas con cáncer, sin embargo, otros nos mencionaron haber tenido experiencia positiva en el uso de las CAM, es decir; antes de ser diagnosticados ya habían tenido acercamiento al uso de las CAM. Esto justamente puede deberse a los cambios en su estado de salud como lo menciona Weeks¹⁶⁶.

Si bien existen una variedad de razones por las cuales las personas utilizan la CAM^{167,100,34,168,169}, muchos autores apoyan el concepto de que las personas recurren a la CAM por razones ideológicas y culturales, estas razones pueden incluir factores como la creencia en una comprensión holística de la salud y / o una orientación general del estilo de vida o filosofía de vida⁹⁰⁻⁹¹.

Osamor⁸⁸ encontró que la decisión de utilizar CAM a menudo se ve influenciada por la percepción de su efectividad, las barreras con respecto a las visitas al hospital y la disponibilidad de medicamentos asequibles. En este contexto, es relevante señalar que otro estudio demostró las razones para preferir la medicina herbal y encontró factores similares, incluyendo el fracaso percibido de la medicina alopática, el costo relativamente alto, la escasa accesibilidad a las instalaciones médicas y las actitudes indiferentes del personal del hospital⁹⁹, en otros estudios realizados con personas con diabetes el estar harto de tomar medicamentos convencionales a diario, la fobia a la inyección de insulina y el deseo de curarse completamente de la diabetes fueron otros motivadores claves para el uso de CAM⁸⁶.

Así mismo, cuando se examinan las razones por las que las pacientes con cáncer ginecológico, se determina que las usan para fortalecer el sistema inmunológico, reducir los efectos secundarios del tratamiento del cáncer y la relajación física y psicológica¹⁷. Entre otras razones estudiadas incluyen: atracción por la noción percibida de las CAM como un método holístico; terapia preventiva, otros factores entre los se centraron en la alineación percibida de la CAM con el sistema de creencias personales, como seguro, la capacidad de la CAM para proporcionar esperanza o una sensación de control sobre el tratamiento, y la percepción de que los profesionales de la CAM son más favorables a su salud en comparación con otros profesionales de la biomedicina¹⁴.

Sin embargo, la razón más predominante para que las personas usaran medicamentos no biomédicos después de haber iniciado la atención y el tratamiento, fue la persistencia de la enfermedad con sus síntomas, según lo declarado por las personas, y a menudo expresado como fracaso del tratamiento biomédico. Dentro del contexto pluralista, la persistencia o agravamiento de la enfermedad llevó a las personas a declarar un tratamiento fallido, lo que resultó en la decisión de buscar atención en otro lugar.

La decisión de usar una combinación entre la CAM y la biomedicina, si bien los participantes mencionaron sentirse a gusto, tranquilos y en su mayoría expresaron haber experimentado buenos resultados y beneficios en el uso de la CAM. Esta combinación de opciones de atención se presentó de manera positiva, revelando oportunidades para compromisos de colaboración entre proveedores a través de referencias. Por lo general, los proveedores de CAM remitían a las personas a servicios biomédicos, remitiéndolos a realizarse pruebas antes de atenderlos o bien asegurándoles que trabajarían de forma conjunta para su tratamiento, sin dejar sus tratamientos biomédicos, sobre todo en las personas que estaban con quimioterapias.

Sin embargo, las personas con cáncer narraron un conflicto en la comunicación con los proveedores de salud en cuanto al uso de la CAM, que muchas de estas

creencias vistas por otros, incluidas los médicos, como ignorantes, ya que estas prácticas no son bien recibidas entre ellos, de quienes se dice que saben poco sobre el pluralismo médico, lo que a menudo resulta de un conflicto en los sistemas de salud. Estas nociones de tensión fueron desafiadas en nuestro estudio por las prácticas de algunos médicos que desacreditaron y desaprobaban el uso de otras prácticas que recaen fuera de la biomedicina.

Algunos proveedores biomédicos desacreditaron el uso de CAM por temor a que las combinaran con otras formas de atención no biomédica, debido a la posibilidad de interacciones medicamentosas no deseadas y desconocidas. Estos temores pudieron deberse a una manifestación de desconfianza entre los médicos y sus contrapartes no biomédicas. Con relación a esto, nuestros hallazgos demuestran que los médicos no proporcionan a las personas información y mucho menos seguridad en el uso de CAM, y fue mencionado por un participante como “cerrados” y poco conocedores del tema y no dan la confianza a las personas de poder hablarlo abiertamente.

Esto concuerda con otros estudios donde demuestran de que la mayoría de las personas usuarias de CAM no revelan a sus médicos el uso de CAM. Ezeome⁵¹ encontró que los pacientes no informaron a sus médicos porque temían que el médico los regañara o les dijera que lo detuvieran. Así mismo Erku⁸⁹ demostró que el motivo principal para no comunicarse con sus médicos fue que pensaban que los médicos tienen una respuesta negativa para el uso de la CAM y algunos otros encuestados también pensaron que no era importante que el médico supiera sobre el uso de CAM. Y en el estudio de Zulkipli¹⁰¹ la principal razón para no informar a sus médicos sobre el uso de CAM fue que sentían que el médico no entendería por qué la usaban.

La falta de comunicación fue un hecho evidente en las narraciones de los participantes donde nunca se mencionó hablar abiertamente con sus médicos sobre el uso de las CAM, lo que los puso en un conflicto sobre todo en las personas con

cáncer este fue un hallazgo contundente, así mismo llamó la atención que todo el proceso, en ninguna de las entrevistas las personas mencionaron la participación de enfermería.

Por lo tanto, existe la necesidad de que los sistemas y proveedores biomédicos reconozcan el papel y la importancia del contexto, incluidas las creencias, prácticas y tradiciones socioculturales y espirituales, y el manejo de la CAM dentro del mundo de la salud. Finalmente, el reconocimiento del pluralismo médico por parte de los médicos y de los mismos sistemas de salud, puede crear posibilidades para que diferentes sistemas médicos trabajen en colaboración para fomentar una forma cohesiva tratamientos, que funcione a favor de las personas que viven con una enfermedad crónica.

7.- CONCLUSIONES

A partir de los hallazgos finales, y siguiendo los objetivos del presente estudio se da respuesta a la pregunta de investigación ¿cómo es el proceso de personas en condiciones de cronicidad usuarias de CAM?, así mismo brinda una descripción de las trayectorias en la búsqueda de atención de salud que vivieron las personas desde el diagnóstico.

A continuación, se presentan las ideas centrales a manera de conclusión:

- ✓ Desde el inicio de la enfermedad las personas iniciaron una trayectoria en la búsqueda de atención en salud muy compleja enfrentándose a diversas situaciones de diferente naturaleza. Desde el momento del diagnóstico generó un gran impacto emocional en las personas lo cual se narró como tristeza, incertidumbre y miedo que resultan al pensar en la muerte.
- ✓ El proceso de las personas demostró que los participantes con diagnóstico de cáncer se enfrentaron a mayores dificultades, desde los recursos económicos, la pérdida de empleo, el nivel socioeconómico y el nivel de escolaridad, por lo que vivieron trayectorias más complejas desde el inicio de la enfermedad hasta la búsqueda de atención en salud.
- ✓ El tema de vivir con la alimentación significó un conflicto permanente y fue sumamente difícil sobre todo en las personas con diabetes, quienes luchaban día a día por consumir alimentos libres de azúcar, implicó además renunciar a ciertos alimentos e incorporar otros con cierto grado de beneficio.
- ✓ La falta de recursos económicos fue vista como una preocupación y como un determinante en la restricción para optar por otros tratamientos, que aunque la asistencia a servicios particulares surgió en momentos de urgencia debido a los largos tiempos de espera, la limitación económica de no poder solventar los gastos de algunos tratamientos provocó regresar a los servicios públicos, lo que implicó un ir y venir en la búsqueda de atención.
- ✓ La pérdida de empleo fue un hecho que para muchos complicó el proceso de tratamiento, por lo que la familia se vuelve la principal fuente de apoyo

económica y los hijos se encargan de proporcionarles seguridad social para no perder los beneficios.

- ✓ En el caso de las personas con cáncer el asistir a consultas médicas significó un gasto muy fuerte, sobre todo por los traslados frecuentes para tomar la quimioterapia, así mismo los recurrentes chequeos de laboratorio que normalmente los hicieron en servicios particulares, representó gastos que muy difícilmente pudieron cubrir, en algunos casos hicieron uso de sus ahorros y de la ayuda de la familia.
- ✓ En todos los procesos, la familia se ve afectada por la enfermedad, sin embargo, a pesar de las dificultades es la familia quien ayuda y apoya económicamente para solventar los tratamientos médicos, sobre todo en aquellos tratamientos oncológicos.
- ✓ Las personas realizaron acciones para poder sentirse mejor, el autoconocimiento de su propia enfermedad hizo que reconocieran señales de alerta (mareos, dolor de cabeza, taquicardia, sudoración, palpitaciones), por lo que encontraron estrategias para controlar dichos síntomas.
- ✓ La representación social que tuvieron algunas personas acerca de las instituciones de salud públicas como ineficiente fue consecuencia de sus propias experiencias.
- ✓ Las personas mencionaron que existe una barrera de comunicación con los profesionales de salud y no se sintieron escuchados. Mencionaron una mala atención de los médicos tanto en situaciones privadas como públicas, algunas de las inconformidades referidas fueron sobre todo la falta de interés del médico por lo que están sintiendo en ese momento, mencionándoles que “eso no duele”, mostrado en la falta de ausencia de preguntas sobre su estado emocional o alguna molestia relacionada con su enfermedad, así mismo, existió una relación de poder y jerarquía del médico ante las personas.
- ✓ En los contextos clínicos, los médicos demuestran su autoridad en sobrepasar los límites de su poder aprovechándose de los pocos recursos económicos para ofrecer tratamientos costosos y con altos riesgos, dar falsas esperanzas,

desaprobación de ciertas acciones y en un caso en particular, culpabilizándolas por su propia enfermedad.

- ✓ Sentirse culpable fue un hecho que vivió una persona y fue motivo para no creer en los servicios médicos, y buscar otros tratamientos adecuados para la enfermedad, por lo que el miedo y la desconfianza que provocan los médicos fue causa de que buscaran otras alternativas.
- ✓ Esta relación está siendo desdibujada debido a éstos y a otros elementos encontrados en las narraciones de las personas, una de las principales es que en la consulta ya no es el espacio de interacción, por lo que resulta en la falta de atención hacia lo que la persona expresa o siente, siendo el punto donde la voz de la persona no es escuchada por los profesionales de la salud lo cual impide acercarse a su mundo, a sus creencias, expectativas, formas de interpretar su salud y la enfermedad.
- ✓ Los médicos a menudo desacreditaron el uso de las CAM. Fue común sobre todo en las personas con cáncer enfrentarse a una situación de conflicto con sus médicos en usar una combinación entre estas prácticas y la biomedicina, situación poco alentadora para los participantes.
- ✓ En todos los casos las personas utilizan una combinación entre la biomedicina y una amplia gama de CAM (*Pluralismo médico*).
- ✓ El uso de CAM inicia casi inmediatamente después del diagnóstico, sobre todo en las personas con cáncer, sin embargo, casi todos los participantes en algún momento de su vida las habían utilizado, regularmente fueron de tipo herbolario (tés, que fueron introducidas normalmente por las madres que acostumbraban algún tipo de remedio), homeopatía y acupuntura. Y en el caso de las personas con diabetes e hipertensión el uso de CAM inició casi después de que experimentaron las complicaciones de la enfermedad crónica.
- ✓ El uso de CAM se vio influenciada por la participación de una persona significativa perteneciente a un miembro de la familia fueron los propios hermanos y las mamás de los participantes, este conocimiento llega a las personas a través de recomendaciones de quienes las han utilizado con éxito,

sin embargo, al final, los participantes tomaron el control de su tratamiento y la decisión para usar la CAM.

- ✓ Algunas de las razones por las cuales los participantes utilizan CAM, en el caso de las personas con cáncer fue: buscar una cura y reforzar el sistema inmunológico, mejorar los niveles de glucosa y de presión arterial en las personas con diabetes e hipertensión.
- ✓ Al final, la experiencia en el uso de las CAM fue positiva, las personas las describieron como beneficiosas, ya que sintieron mejoría y vieron resultados positivos en su salud. Además, generaron buenas expectativas para su salud, esperando lograr un futuro saludable y volver a una vida normal.
- ✓ En base a su experiencia con la CAM, provocó que lo recomendaran a otras personas que estuvieran pasando por su misma situación o incluso a algún miembro de la familia como método preventivo.

8.- LIMITACIONES

Si bien este trabajo ofrece un análisis detallado del proceso de las personas usuarias de CAM dentro de una población con enfermedades crónicas como lo es el cáncer, la DM y la HAS, existen limitaciones:

- Ante todo, la decisión de cambiar el diseño de estudio ya que desde un inicio se planteó como primera opción la Teoría Fundamentada para la construcción de una Teoría sustantiva.
- Dadas las circunstancias excepcionales ante la emergencia sanitaria por COVID-19, se vio limitado el encuentro con los informantes para poder validar los datos que se habían proporcionado en las entrevistas.
- Así mismo el análisis de las entrevistas se vio afectado ya que impidió el acceso del software Atlas-ti debido al cierre de la sede académica lo que aumentó el tiempo disponible para investigar el fenómeno del estudio.
- En algunos participantes hubo limitación de la información en cuanto a los beneficios de la CAM, puesto que eran personas que acudían por primera vez al uso de estas prácticas,
- Así mismo el tiempo con el diagnóstico en etapas muy tempranas, se vio como una limitante para poder explorar las trayectorias en la búsqueda de la atención en salud.

9.- APORTACIONES

❖ APORTACIONES A LA DISCIPLINA

Esta investigación demuestra el uso de prácticas CAM son cada vez más utilizadas por las personas con enfermedades crónicas, a su vez las trayectorias nos muestran algunas barreras y dificultades en la búsqueda de atención que enfrentan las personas en su experiencia con la enfermedad, lo que nos proporciona una perspectiva de lo que pasa alrededor de los procesos integrales de las personas y las necesidades que no se perciben por los profesionales de la salud, por lo que evidenciar este fenómeno nos obliga a mejorar o modificar prácticas centradas en las necesidades de las personas, sobre todo en aquellas que están en busca de otras opciones de tratamiento.

El reconocimiento y la adopción de las personas por usar una combinación entre la biomedicina y las prácticas CAM, brinda orientación a los profesionales en enfermería sobre la necesidad de educación y estrategias de apoyo a las decisiones para garantizar la seguridad y el bienestar de las personas con enfermedades crónicas.

Comprender el proceso integral de las personas permite ir más allá de las intervenciones enfocadas a tratar la enfermedad y sus efectos secundarios, implica conocer lo que las personas sienten y piensan de su vida durante el proceso crónico de enfermedad, además, es imprescindible que se estudie de manera diferente a la persona, para que lo llamado como “cuidado” responda realmente a ello, es decir construir una asistencia individual para cada persona y no ajustar a la “persona” a nuestro “cuidado”, así como mantener habilidades de comunicación, ayudarla y sostenerla en una difícil etapa de su vida como lo es la enfermedad, lo que significa escuchar y comprender sus necesidades con el respeto absoluto de nuestra parte.

El reconocimiento del *pluralismo médico* puede crear posibilidades para que el profesional de la salud y la disciplina de enfermería para trabajar en colaboración con la cohesión de varios sistemas médicos que funciones a favor de las personas que cursan con enfermedades crónicas.

Así, la orientación de mente abierta que conlleva el reconocimiento del *pluralismo médico* alienta a investigar y reconocer la propensión de las personas a buscar terapias CAM. Al adoptar este enfoque, se puede admitir que la biomedicina no tiene las respuestas para todos los problemas de salud (y en ocasiones puede exponer a las personas a toxicidad con pocas perspectivas de beneficios significativos). La indagación y el reconocimiento respetuosos ayudan a evitar conflictos y animosidad para que pueda continuar una discusión completa de los riesgos y beneficios de las opciones de tratamiento. Ayudando a reforzar la relación con el personal de salud y de esta manera tener una comunicación abierta sobre las prácticas CAM.

Bajo estos contextos pluralistas, alienta a buscar beneficios en las terapias de CAM como complementos del tratamiento biomédico. De una manera informada y sin prejuicios, se podría entonces trabajar a través de una variedad de posibles escenarios de tratamiento con CAM y componentes de tratamiento convencionales basados en la literatura actual. Se podría proponer acomodar las prácticas CAM de manera seguras como un componente complementario dentro de un plan de tratamiento más amplio que incluya la atención convencional probada, haciendo que el bienestar de la persona sea el objetivo de la terapia. Por ejemplo, puede haber estrategias a base de hierbas que serían complementos seguros de la atención convencional que pueden mejorar la calidad de vida después de un tratamiento invasivo. Dichas estrategias pueden permitir al personal de enfermería minimizar daños. Probablemente también minimizaría la posibilidad de desconfianza o desvinculación de la atención convencional.

❖ APORTACIONES A LA PRÁCTICA

Los resultados de este estudio demuestran que en cada una de las trayectorias de las personas se enfrentan a diversas barreras que dificultan la atención en salud, y que existe una demanda considerable en el uso de la CAM por parte de las personas con enfermedades crónicas. Sin embargo, aunque la revisión de la literatura ha demostrado que las personas con enfermedades crónicas tienen grandes necesidades de atención en salud y que existe una barrera entre el personal médico para mostrar preocupación y satisfacer estas necesidades de atención, este tema no ha recibido suficiente atención en la práctica de enfermería. Un obstáculo para la práctica en el cuidado integral y holístico es que las enfermeras y los principales proveedores de atención médica, no están suficientemente preparados para asumir este papel debido a su educación inadecuada en esta área.

Para realmente brindar una atención completa y eficaz a las personas que están buscando otras alternativas de atención, es recomendable que nuevas generaciones desde su formación profesional reciban educación o capacitación para mejorar sus conocimientos y habilidades en torno a la CAM en base a la evidencia científica y cómo acceder a la evidencia. Sin embargo, es importante que desde la formación académica se brinden espacios para la enseñanza en este tipo de prácticas, con la intención de ir modificando la percepción y concepción hacia el ser humano impactando en el ser y hacer de enfermería.

Por tanto, los resultados de este estudio son de gran relevancia porque abren posibilidades para mejorar la calidad de atención en enfermería, este estudio debe usarse para mejorar el conocimiento y las habilidades de las enfermeras para que puedan satisfacer y comprender mejor las necesidades de las personas con el mayor respeto de nuestra parte y con la mejor orientación hacia las prácticas CAM más seguras que no pongan en riesgo la salud de las personas.

Como demostraron las trayectorias; las personas con cáncer mostraron vivir mayores dificultades en la búsqueda de atención en salud; ser víctimas de los servicios de salud tanto en los entornos públicos y privados, las personas mencionaron

enfrentarse a largos tiempos de espera, engaños por el personal médico sobre todo que existe una falta de interés por lo que están sintiendo en ese momento, mostrado en la falta de ausencia de preguntas sobre su estado emocional o alguna molestia relacionada con su enfermedad, así mismo, los médicos siguen demostrando su autoridad en sobrepasar los límites de su poder aprovechándose de los pocos recursos económicos para ofrecer tratamientos costosos y con altos riesgos, dar falsas esperanzas, y la desaprobación de ciertas prácticas CAM limitándoles opciones de tratamiento sin conocer ni entender las razones por las cuales llevaron a las personas a tomar ciertas decisiones, lo que demuestra que sigue existiendo una barrera en la comunicación entre el personal de salud, en donde el personal de enfermería sigue invisible ante estas situaciones.

Ante esta situación, los recursos que brinda la información de CAM garantizan que tanto las personas como los profesionales de enfermería compartan un lenguaje común, brindando un espacio de comprensión y respeto, esta importancia de mantener una relación significa acercarnos e interactuar con las personas permitiéndonos conocer de cerca lo que siente, sus percepciones y pensamientos aprendiendo de sus actitudes y comportamientos poniéndonos en sintonía con sus necesidades.

El desarrollo reciente de pautas clínicas estructuradas para la comunicación entre pacientes y profesionales acerca de la CAM es un paso positivo hacia la mejora de la calidad de la atención brindada a las personas con enfermedades crónicas interesadas en la CAM. Este tipo de apoyo individual sería particularmente beneficioso para las personas que experimentan alguna crisis en sus trayectorias en el uso de la CAM porque están viviendo un impacto emocional y un cambio en sus estilos de vida, sobre todo en las personas con diagnóstico de cáncer son inevitables este tipo de acompañamiento brindándoles seguridad, lo cual abriría otras opciones y caminos claros con respecto a sus dudas y preguntas sobre la integración de CAM con la medicina convencional dentro de un contexto basado en evidencia, ya que son un paso importante para garantizar el uso seguro y apropiado de CAM por parte de las personas con enfermedades crónicas.

❖ APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN

Como es bien sabido, la investigación de enfermería se ha realizado predominantemente con un enfoque biomédico, por lo que en este sentido los aportes de este trabajo cualitativo en voz de las personas sirven para aportar conocimientos que sean de utilidad para la disciplina de enfermería con un mayor entendimiento de este fenómeno poco investigado en México y se espera que la información proporcionada ayude a mejorar nuestra comprensión del uso de CAM entre este grupo de personas.

La metodología cualitativa proporciona una traducción de la realidad social, que permite comprender el discurso cotidiano y natural de las personas para así dibujar sus trayectorias personales, sus creencias y modos de vida desde las voces de las personas, el cual fue de gran utilidad permitiéndonos establecer un contacto directo con las personas con enfermedades crónicas y sus perspectivas de vida que nos pone en consonancia con sus procesos integrales a partir de sus distintas dimensiones, siendo un marco de referencia desde la evidencia científica.

Hasta la fecha, la mayor parte de la investigación en el campo de las CAM ha sido un tema poco estudiado en México por lo que ofrece un campo para investigaciones futuras en la inclusión de diversos estudios que representen poblaciones diversas, lo cual rescata que el cuidado sea integral y por lo tanto ampliamente aplicable a poblaciones que estén contemplando otras opciones de tratamiento.

Los hallazgos del presente estudio ofrecen diversas temáticas para abordar desde la Teoría Fundamentada, brindando un área de oportunidad desde nuestra disciplina, por lo que es de crucial importancia que enfermería desarrolle sus propias teorías sustantivas desde otros contextos con poblaciones mexicanas; es decir, llevándolo a localidades con mayor vulnerabilidad económica lo cual proporcionaría conocimiento de cómo las personas con enfermedades crónicas y con bajos recursos resuelven sus necesidades.

ANEXOS

Anexo 1. Estrategias de búsqueda

Cuadro 1. Estrategias de búsquedas					
Base de datos	Estrategias de búsqueda	Límites establecidos (filtros)	Resultados obtenidos	Artículos seleccionados por resumen y título	Recuperados
PubMed	Búsqueda 1: (("Complementary Therapies"[Mesh]) AND "Neoplasms"[Mesh])	Idioma: inglés. 10 años	13153	52	32
	Búsqueda 2: ("Complementary Therapies"[Mesh]) AND "Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh]		1228	48	10
	Búsqueda 3: Complementary Therapies"[Mesh]) AND "Hypertension"[Mesh]		2377	21	8
	Búsqueda 4: ("Complementary Therapies"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh]		5845	42	21
	Búsqueda 5: ("Complementary Therapies"[Mesh]) AND "Chronic Disease"[Mesh]		4721	37	2

Anexo 2. Construcción de la guía de entrevista.

	Objetivos	Dimensión	Preguntas de interés
Apertura	Conocer el perfil de la persona en condiciones de cronicidad usuarias de medicina complementaria y alternativa.	Antecedentes	¿Qué edad tiene? ¿Qué enfermedad padece? ¿Cuánto tiempo lleva con la enfermedad? ¿Es usted paciente de primera vez o subsecuente?
Objetivo General	Comprender el proceso de personas en condiciones de cronicidad usuarias de medicina complementaria y alternativa		¿Cómo es que se entera usted por primera vez que estaba enfermo? ¿Qué pasó por su mente después de que lo diagnosticaran con la enfermedad? ¿Ha cambiado su vida a partir de su diagnóstico?
Objetivos Específicos	Identificar, describir y analizar los procesos que se dan en las personas en condiciones de cronicidad que acuden a la medicina complementaria y alternativa.	Proceso de cronicidad	¿Qué hizo después de que lo diagnosticaron? ¿Cómo fue el proceso que vivió a partir de su diagnóstico?
	Describir la búsqueda de atención que siguen las personas para enfrentar el proceso de cronicidad en su vida cotidiana.	Búsqueda de atención	¿Cómo vive usted la enfermedad? ¿En qué momento de su enfermedad usted decide usar este tipo de prácticas? ¿Cómo fue que usted eligió el uso de la medicina complementaria y alternativa?
	Describir el significado que le dan las personas a la medicina complementaria y alternativa.	Integración de las CAM	¿De qué manera le ayuda la medicina complementaria y alternativa?
Describir la experiencia en el uso y práctica de la medicina complementaria y alternativa.	¿Ha sentido alguna mejoría? ¿Qué tratamiento está tomando? ¿Cuánto tiempo lleva tomándolo?		
Cierre			¿Tiene usted algo más que decirme que no haya preguntado?

Anexo 3. Guía de entrevista



Guía de Entrevista



No. Entrevista _____

Fecha: Cd. Mx a _____ de _____ del 2020.

Hora de inicio: _____ Hora de término: _____

Lugar de la entrevista:

Apertura al inicio de la entrevista:

“Buenos días/tardes mi nombre es Ana Laura López Romero, estudiante de la Maestría en Enfermería de la UNAM y estoy realizando una investigación con fines académicos. De antemano le agradezco su atención y su tiempo”.

APERTURA	¿Cuál es su estado civil? ¿Cuál es su situación ocupacional? ¿Cuál es su escolaridad? ¿Qué edad tiene? ¿Qué enfermedad padece? ¿Cuánto tiempo lleva con la enfermedad?
DIMENSIÓN	Preguntas de interés
PROCESO DE CRONICIDAD	¿Usted cómo se enteró que estaba enfermo de...? ¿Me puede contar cómo ha sido su vida a partir de que le hicieron el diagnóstico?
BÚSQUEDA DE ATENCIÓN	¿En qué momento de su enfermedad usted decide usar este tipo de prácticas? ¿Por qué?
INTEGRACIÓN DE LAS CAM	¿Qué tratamiento está tomando? ¿Cuánto tiempo lleva tomándolo? ¿Cómo se ha sentido?
CIERRE	¿Tiene usted algo más que decirme que no haya preguntado?

Anexo 4. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE MAESTRÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cd. Mx a ____ de _____ del 2020.

Estimado/a Señor/a:

Usted ha sido invitado/a, a participar en esta investigación dirigida por: Ana Laura López Romero alumna del Programa de Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

El propósito de esta investigación es conocer cómo ha sido su vivencia con su enfermedad a partir de su diagnóstico y cuáles han sido sus experiencias en el uso de la Medicina Complementaria y Alternativa.

Su participación es voluntaria, en caso de aceptar participar en esta investigación se le realizarán algunas preguntas, la entrevista será grabada y luego transcrita para su análisis, la cual tendrá una duración aproximada de 40-60 min. Cabe destacar que la información obtenida es estrictamente **CONFIDENCIAL y ANÓNIMA**, es decir que no será identificado (a) y la información que brinde se empleará únicamente para fines académicos. Toda la información será almacenada con códigos, por lo que el nombre de cada participante, no aparecerán con los informes entregados. Su participación no implica ningún daño o riesgo a su salud, además es independiente del proceso de atención que recibe en el Centro Médico Capistran, es decir que seguirá siendo atendido aun cuando no decida participar.

En caso de no aceptar la invitación, puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no lo solicite, informando o no las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

En el transcurso de la investigación usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.

Usted recibirá una copia de este consentimiento, que cuenta con el teléfono y correo electrónico del investigador pudiendo aclarar sus dudas sobre el proyecto y su participación, ahora y en cualquier momento.

Parte del procedimiento normal de este tipo investigación, es informar a los participantes y solicitar su autorización (consentimiento informado). Para ello le solicitamos contestar y devolver firmada la hoja adjunta a la brevedad.

Agradezco desde ya su colaboración.

Quedando claro el propósito del estudio, las garantías de confidencialidad y la aclaración de la información, acepto voluntariamente participar en la investigación, firmo la autorización.

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines académicos. Estoy de acuerdo en participar en este estudio de investigación.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del investigador

E- mail: allr_18@hotmail.com

cel: 5526538829

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

ENEO-UNAM

55 73 06 98 Ext: 300

Anexo 5. Libro de códigos

Libro de códigos				
	COLOR NEGRO (códigos fuertes)	COLOR AZUL (códigos únicos)	COLOR VERDE (códigos débiles)	DESCRIPCIÓN
1	Enterarse E3, E2, E5, E1, E8, E6, E12, E14, E13, E9, E7, E11, E15, E4, E10			Es el relato que rodea la situación o las circunstancias al momento de recibir el diagnóstico.
2	Tray E3 E2, E5, E1, E8, E6, E12, E14, E13, E9, E7, E11, E15, E4, E10			Es el recorrido en la búsqueda de atención y tratamiento hasta llegar a las CAM.
3		Sin remedio E3		Se refiere al conocimiento que tiene la persona de que ya no tiene alternativa o solución a la evolución de su enfermedad.
4		Cuando (plazo) E3		Dicho por el médico y por falta de información en cuanto al tiempo de vida de la persona.
5		Escenario paliativo (futuro) E3, E9		Son los tratamientos de apoyo que ayudan a las personas a tratar los efectos secundarios de la enfermedad o el tratamiento.
6	Vivir con E3, E2, E5, E1, E8, E6, E12, E14, E13, E9, E7, E11, E15			Es la experiencia de la persona de vivir con la enfermedad. Sin embargo, se han desglosado en varias subcategorías:
7	Vivir con/Sentimientos y emociones E3, E2, E5, E1, E6, E12, E13, E7, E15, E10			Son todas aquellas emociones como miedo, tristeza, ansiedad, angustia expresadas por las personas.
8	Vivir con/familia E3, E2, E5, E1, E8, E6, E12, E14, E13, E9, E7, E15			Es la presencia de los miembros de la familia en el acompañamiento con la persona enferma.
9	Vivir con/tratamiento [decisión] E3, E2, E5, E1, E8, E6, E14, E13, E9, E15, E4, E10			Son todas aquellas actividades dentro de la asistencia médica tales como: seguir horarios de medicamentos, acudir a citas médicas, exámenes y procedimientos, tiempos de espera para citas médicas, etc.
10	Vivir con/dieta E2, E5, E8, E12, E14, E9, E7, E11, E4, E10			Son aquellos hábitos o modificaciones alimenticias que son consideran más saludables y congruentes con su nuevo estilo de vida.
11	Vivir con/experiencia corporal E2, E5, E1, E8, E6, E12, E14, E13, E9, E7, E15, E4, E10			Son aquellos cambios físicos derivados de la propia enfermedad y/o toxicidad de los tratamientos biomédicos.

Libro de códigos

	COLOR NEGRO (códigos fuertes)	COLOR AZUL (códigos únicos)	COLOR VERDE (códigos débiles)	DESCRIPCIÓN
12	Vivir con/conocimiento para actuar E6, E14, E13, E7, E15, E10			Son aquellas acciones para controlar los efectos causados por la enfermedad, muchas personas actúan de manera consciente y aprendida en base a la información médica para tener controlada la enfermedad.
13		Falsas esperanzas E3		Las personas construyen el deseo de mejorar su salud, sin embargo, se enfrentan a situaciones que desmoronan su esperanza y anhelo.
14	Persona significativa (imagen o en acción) E3, E2, E5, E1, E8, E6, E12, E14, E13, E9, E7, E11, E15			Es aquel individuo involucrado en la decisión de la persona enferma para usar las CAM, que brinda apoyo a lo largo del proceso de enfermedad.
15			Tamaño E3, E2, E5, E1	Hace referencia a lo que la persona sabe sobre la dimensión o cuan grande es la enfermedad para ella.
16	Amenaza E3, E14, E13, E9, E7, E11			Es la comunicación verbal del médico sobre el riesgo inminente de la situación actual de la enfermedad.
17			Si, si me duele E3, E1, E9, E7	Es descalificar lo que está diciendo la persona.
18		Ya no les creo E3		Es el proceso de atención médica, con inconsistencias que caen en la incredulidad.
19		Pedacito por pedacito E3		Es acabar con la esperanza.
20		Espiritualidad E3, E15		Es una forma en que las personas experimentan una conexión con el momento con uno mismo, con los demás, con lo significativo o con lo sagrado.
21	Acción E3, E2, E5, E1, E8, E6, E13, E9, E11, E15			Son ideas con o sin fundamento científico y son aprendidas en el diario vivir con la enfermedad y las ponen en práctica cuando una situación difícil lo requiere para sentirse mejor y para salir adelante durante el proceso de la enfermedad.
22	Recursos económicos E3, E2, E5, E1, E8, E6, E7			Es la situación económica que permite o no satisfacer las necesidades del tratamiento diario.
23	Razón CAM E3, E2, E6, E14, E13, E9, E11			Motivos por los cuales las personas en condiciones de cronicidad hacen uso de las CAM.
24	Conciliación E3, E5			Es la adopción de usar una combinación entre las CAM y la biomedicina, dando como resultado una contrastación entre la biomedicina y las CAM. Por otro lado, se desglosa una subcategoría:

Libro de códigos

	COLOR NEGRO (códigos fuertes)	COLOR AZUL (códigos únicos)	COLOR VERDE (códigos débiles)	DESCRIPCIÓN
25	Conciliación/conflicto E3, E2, E1, E11			Esta otra posición refleja un conflicto entre las CAM y la biomedicina, en un proceso decisional poniendo a la persona en tener que decidir entre las CAM o la biomedicina y viceversa.
26			Decisión E3, E2, E11, E15, E4	Es la determinación entre usar un tratamiento de otro, en cuanto a diferenciar en qué tratamientos son mejores, respecto a riesgos y beneficios.
27		Usted es culpable E3		Es atribuir o recriminar a alguien la culpa de su propia enfermedad por no haberse cuidado, por no haber hecho lo suficiente para prevenirlo.
28	Antecedentes E3, E8, E6, E12, E14, E9, E7, E15			El riesgo de padecer una enfermedad proviene directamente de la familia.
29			Compararse E3, E2, E15	Es una tendencia de mirar a otras personas en situaciones similares como una manera de evaluar su propia enfermedad.
30			Futuro E3, E5, E1	Es la información que proporciona el médico, esta información plantea ciertas circunstancias que rodean la enfermedad, cuál es su situación de salud en que se encuentra la persona y su tratamiento, así también como de las posibilidades de éxito o no del tratamiento o de la intervención a la que vaya a someterse.
31		Se murió (pérdida) E3		Es dejar de ser quien se fue antes de la enfermedad, es una pérdida de la salud a consecuencia de esta.
32		Sin movimiento E2		Es hacer referencia a que la enfermedad no se ha extendido a otros órganos, que no ha habido complicaciones dichas de la enfermedad.
33	Resultados/buenos E2, E3, E1, E6, E9, E11, E4, E10			Es el efecto deseado de los tratamientos, dando buenos resultados.
34	Resultados/escepticismo E3, E8, E7, E15			Cuando no se cree en el tratamiento, es la falta de confianza y seguridad de la eficacia del tratamiento, ya sea biomédico o de las CAM.
35	Resultados/no sé E14, E13,			Cuando se prueba por primera vez el tratamiento.
36		Aviso E2		Es cuando el cuerpo da señales de que algo anda mal.
37		Fortaleza E5		Mostrar fuerza ante las adversidades
38		Explicación E2		Es la interpretación o definición que sabe de algo.
39		Como me ven E2		Es la imagen que tienen los demás hacia una persona enferma.
40	Proceso reflexivo E2, E5, E1, E6, E14, E13			Es el proceso de meditar y de pensar que permite reflexionar sobre la enfermedad vivida.
41		Esperanza E2		Es el deseo lograr o de salir adelante de la enfermedad en base a la fe.
42			Planes E2, E5, E11	Es la programación de diferentes proyectos o actividades a futuro, en relación a los tratamientos.
43			Acciones para otros E2, E5, E6, E9	Es hacer algo en favor o beneficios de otras personas que se encuentran en situaciones similares de salud.

Libro de códigos

	COLOR NEGRO (códigos fuertes)	COLOR AZUL (códigos únicos)	COLOR VERDE (códigos débiles)	DESCRIPCIÓN
46	Usuarios E2, E5, E1, E8, E12, E9, E11, E10, E6			Es la experiencia previa que se tiene de las CAM. Son personas que ya utilizaron las CAM antes de su diagnóstico.
47	A otros E2, E5, E8, E6, E9			Es cómo afecta a otros la enfermedad.
48	Causa E5, E1, E6, E13, E11, E15			Es el motivo o la razón que origina la enfermedad.
49		Que me quiten esto E5		Hace referencia a que la enfermedad no es parte del cuerpo de la persona. Verlo como algo extraño no propio del cuerpo.
50			Eventos extraordinarios E5, E8, E6, E7, E15	Es el relato sobre sucesos o acontecimientos que marcan la vida de la persona.
51	Aceptación E6, E9			Aceptación de la enfermedad.
52	No aceptar E6, E12, E14			No aceptar o negar la enfermedad.
53		Complicadísimo E13		Es la referencia a cómo se ve la enfermedad.

Catálogo de Medicina Complementaria y Alternativa

Catálogo de Medicina Complementaria y Alternativa utilizada por personas con enfermedades crónicas

Uso		Tipo de terapias			
		Herbolaria		Otros	CAM
		Té	Frutas y verduras		
Cáncer	Curarla	<p><i>Kalanchoe (Bryophyllum daigremontiana o Kalanchoe Daigremontiana)</i></p> <p>Para curar el cáncer O en ensalada Crudo (Diariamente) 2 hojas en la mañana 2 hojas en la tarde 2 hojas en la noche Tintura (cocimiento de las hojas).</p>	<p>Licuada de Jengibre Col-china Espinaca Pimiento morrón Pepino Cúrcuma</p> <p>Para bajar la acidez estomacal. Contrarrestar los síntomas provocados por la quimioterapia. Se consumen en licuado. En ayuno, diario.</p>	Veneno de escorpión azul	<p>Acupuntura Biomagnetismo Reiki Meditación Yoga Homeopatía</p>
		<p>Tianguis (<i>Alternanthera repens (L.) Kuntze</i>) Para la gastritis</p>		<p>Cápsulas de víbora de cascabel 2 cápsulas tomadas por la mañana 2 cápsulas tomadas en la tarde 2 cápsulas tomadas en la noche</p>	
	Contrarrestar síntomas	<p>Palo azul (<i>Eysenhardtia polystachya</i>) Para infecciones urinarias</p>		<p>Piel de zorrillo Hervir la piel y se toma como agua de uso.</p>	
		<p>Ajenjo (<i>Artemisia absinthium</i>) Indigestión estomacal</p>		<p>Cannabis THC 6 gotas en la mañana/noche Cannabis CBD 10 gotas en la mañana/noche Orinoterapia</p>	
Diabetes Mellitus	Disminuir niveles	<p>Hoja o semilla de Moringa (<i>Moringa oleifera</i>)</p>	<p>Licuada con nopal Piña Apio Perejil En ayuno todos los días</p>	<p>Sales minerales Orinoterapia</p>	
		<p>Hoja de Neem (<i>Azadirachta indica</i>)</p>	<p>Vivri (jugo) Malteadas (Herbalife)</p>		
	Disminuir niveles	<p>Alpiste Moler y licuar como agua de uso</p>		Orinoterapia	
<p>Toronjil</p>					

Herbolaria

Plantas medicinales utilizadas en el tratamiento del cáncer

KALANCHOE/ ESPINAZO DEL DIABLO.

Nombre científico: *Bryophyllum daigremontiana* o *Kalanchoe Daigremontiana*.



Figura 1. Imagen de *Bryophyllum daigremontiana*/ *Kalanchoe Daigremontiana*

La planta *kalanchoe daigremontiana* pertenece a el amplio género de las *kalanchoe*, su denominación popular es espina dorsal del diablo, planta cocodrilo y a la *Kalanchoe daigremontiana mexicana* se le llama de forma común sombrero mexicano, como la mayoría de las especies compañeras de este género es nativa de Madagascar, es miembro de la familia *Crassulaceae*.

Esta planta se desarrolla hasta una altura de un metro, tienen espesas y onduladas ramas modificadas, crecen hasta 20 cm de largo y 3,2 de ancho.

Se usa para la cura del cáncer, todo tipo de tumores y miomas. También se usa para tratar heridas de difícil cicatrización, tratamientos de esquizofrenia, crisis de pánico y miedos, entre otras enfermedades. Es una planta de amplio espectro, lo que significa que puede sanar daños celulares de muchos órganos; ejemplo: diabetes, afecciones a los pulmones, riñones, afecciones del aparato

urogenital, afecciones al aparato digestivo, afecciones a la piel, problemas en los órganos creadores, afecciones de la mujer (pechos, útero, fertilidad, etc.), problemas circulatorios, mata bacterias, virus y hongos. Reduce la fiebre e inflamaciones. Suprime la tos, bloquea la histamina, releva el dolor, relaja los músculos.

Principalmente sus hojas, son de sabor ácido. Sus formas de uso pueden ser en infusión, hojas crudas y zumo de jugo de hojas. En forma de té y en ensaladas. También en alcoholatura y ungüento dermatológico.

TIANGUIS/ VERDOLAGA CIMARRONA

Nombre científico: *Alternanthera repens* (L.)

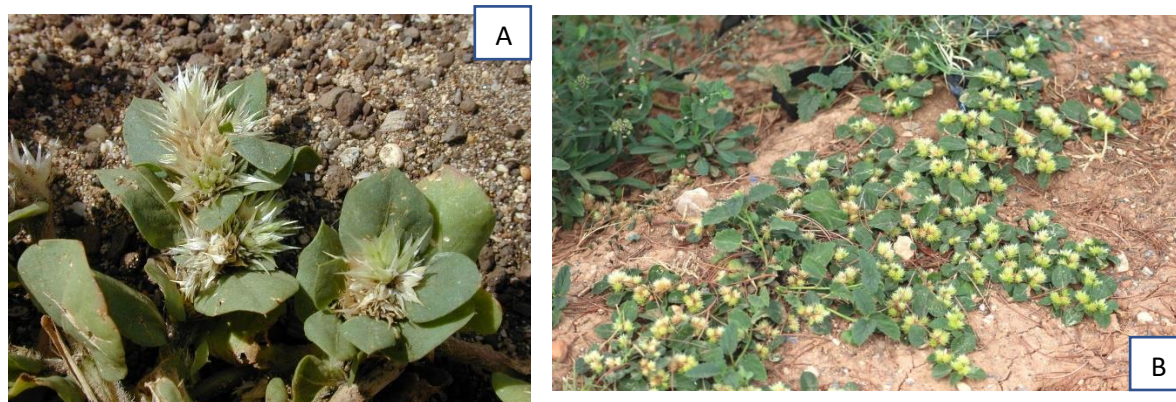


Figura 2. Imagen de A) hojas/flor de *Alternanthera repens* (L.), B) Tallos de *Alternanthera repens* (L.)

Hierba perenne, rastrera. Tallos ramificados de hasta 50 cm de largo, peciolos hasta 10 mm de largo. Hojas rómbico-ovaladas, elíptica u obovadas, hasta 2.5 cm de largo por 1.5 cm, de ancho. Crece en zonas urbanas y rurales, en pastizales y en las orillas de las corrientes de agua, crece extendiéndose sobre el suelo, muy ramificado, sus tallos blancos, suaves, algo retorcidos y no enredados, su flor es de color blanco que crecen pegadas al tallo agrupadas en cabezuelas auxiliares. Esta es una especie nativa de América tropical fue introducida a Centroamérica por los españoles.

Sus propiedades medicinales de esta planta se utilizan principalmente para padecimientos febriles o calenturas primordialmente en el estado de Puebla, Veracruz, Michoacán, también es de gran importancia en malestares digestivos, dolor de estómago, estreñimiento, empacho, infección e inflamación intestinal, cólicos, vesícula sucia y diarrea. Para casos de fiebre tifoidea, se pone a hervir la raíz en suficiente agua y luego se desechan las ramas; al líquido resultante se le agrega limón, con esta preparación se practican lavados intestinales, para los niños es usando medio litro y un litro para los adultos. Además, es considerado como purgante.

El tianguis es utilizado por los mixes, zapoteco y totonaco para la curación del empacho y la disentería. También puede emplearse en enfermedades como sarampión, viruela o escarlatina; para dolor de riñones, tifo, alferecía y mal de ojo.

PALO AZUL/PALO DULCE

Nombre científico: *Eysenhardtia polystachya*



Figura 3. Imagen de *Eysenhardtia polystachya*

Es un árbol pequeño originario de México y en el suroeste de Estados Unidos. Crece en lugares secos, bajo climas cálidos y templados. Pertenece a la familia de las asteráceas. Popularmente es conocido como; palo cuate, palo dulce o el palo de los riñones. De esta planta son usadas su madera, sus ramas y sus hojas. Su altura oscila entre 1 y 2.5 m.

En México, la madera se macera (remoja) en agua fría y después se toma como té o “agua de uso”. De otra manera, las ramas con hojas se ponen a cocimiento lento y después el líquido se cuele y se toma como té para tratar varios problemas de salud, incluyendo los siguientes: contra infecciones urinarias, para mejorar el flujo de orina (diurético), contra el dolor renal y la inflamación de los riñones (nefritis), contra cálculos o piedras del riñón, para bajar la fiebre, para tratar problemas estomacales (cólicos), así como tónico general.

AJENJO

Nombre científico: *Artemisia absinthium* L



Figura 4. Imagen de *Artemisia absinthium* L

Llamada comúnmente ajenjo, asensio, ajorizo, artemisia amarga o hierba santa, es una planta herbácea medicinal, del género *Artemisia*, nativa de las regiones templadas de Europa, Asia y norte de África. planta aromática y arbustiva de raíces permanentes, de las que brotan tallos firmes, foliosos y lignificados en la base. Hojas de 7,5 cm de largo por 3,8 cm de ancho, haz y envés densamente cubiertos por un vello blanquecino. Las cabezuelas florales, pequeñas y semiglobosas, se disponen en una espiga erecta y foliosa, de un color verdoso-amarillo. El fruto es un aquenio muy pequeño.

La actividad terapéutica de esta planta reside principalmente en su aceite esencial, el que posee acción colerética, antihelmíntica, antibacteriana, además de emenagogo, vermífugo y favorecedor de las funciones digestivas. En medicina popular se emplea la infusión de las hojas y sumidades floridas frescas o desecadas del ajenjo en malestares estomacales y hepáticos, para eliminar parásitos intestinales, regular el ciclo menstrual (emenagogo) y como tratamiento del resfrío con tos. Por su sabor amargo, esta planta entra en la composición de varias bebidas alcohólicas, como aperitivos, de libre venta en el comercio.

Plantas medicinales utilizadas en el tratamiento de la Diabetes Mellitus

NEEM

Nombre científico: *Azadirachta indica*

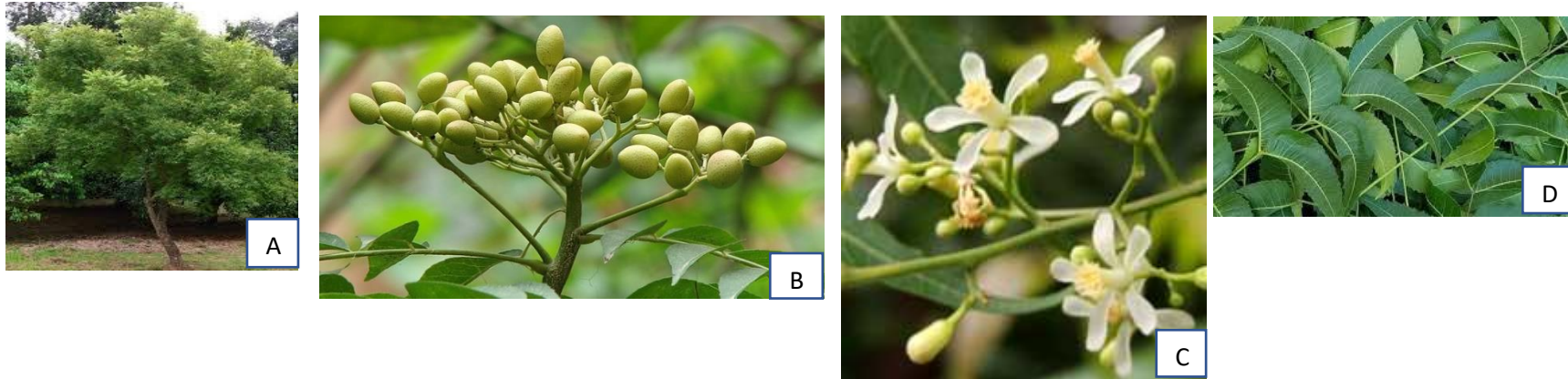


Figura 5. Imagen de A) Árbol de Neem *Azadirachta indica*, B) Semillas de Neem *Azadirachta indica*, C) Flores de Neem *Azadirachta indica*, D) Hojas de Neem *Azadirachta indica*.

El Neem (*Azadirachta indica*), pertenece a la familia Meliaceae, a la cual también pertenece el “cedro” y la “caoba”, es originario de las zonas áridas de India, Pakistán y África, donde se ha cultivado por miles de años.

El Neem es un árbol robusto, siempre verde, de rápido crecimiento, de tronco recto que llega a medir hasta 2.5 metros de circunferencia, corteza moderadamente gruesa; alcanza una altura de 30 metros y un diámetro de copa de 25 metros. Puede vivir hasta por 200 años. Es una planta de hoja perenne (figura 2). Todo el año, las hojas de Neem se mezclan, jóvenes y maduras; las hojas maduras son de color verde brillante, mientras que las jóvenes son de color rojizo.

El árbol de Neem es una planta increíble que ha sido declarado el “Árbol del siglo 21”, de las Naciones Unidas (ONU, 2012). Los muchos beneficios del árbol de Neem, se han aprovechado durante siglos por la medicina tradicional India, el extracto de sus hojas, semillas, frutos y corteza se aprovechan con distintos fines que van desde el tratamiento de problemas respiratorios, hasta úlceras gástricas. Además, el aceite de Neem también se puede emplear externamente para tratar picores, ardor, úlceras de la piel, entre otros. El extracto de las hojas de Neem disminuye significativamente el nivel de azúcar en la sangre.

MORINGA

Nombre científico: *Moringa oleifera*

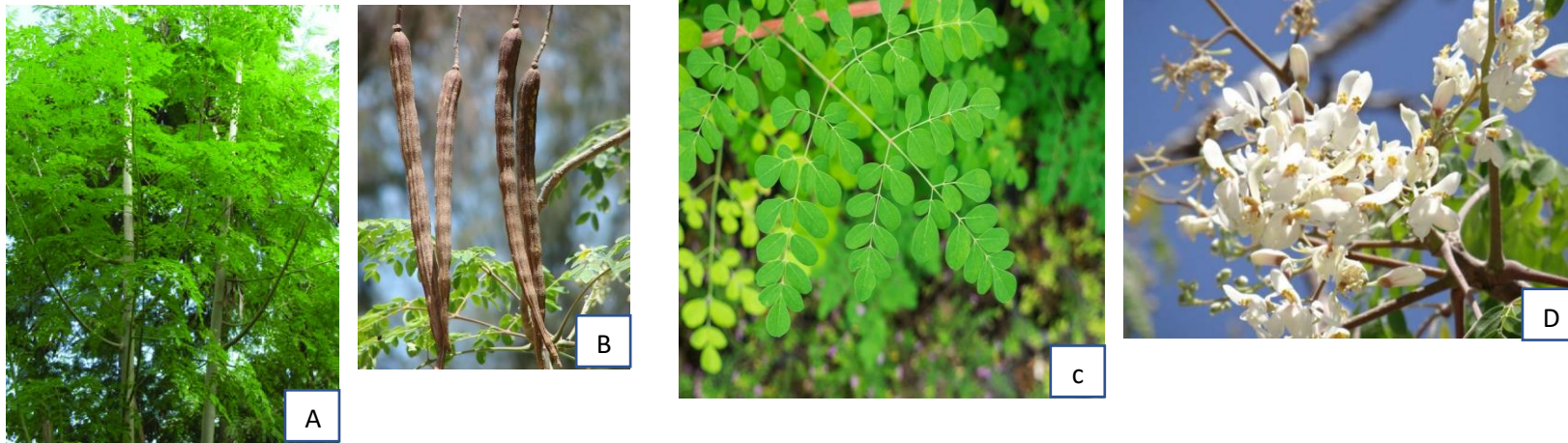


Figura 6. Imagen de A) Árbol de *Moringa oleifera* Lam, B) Frutos de *Moringa oleifera* Lam, C) hoja de *Moringa oleifera* Lam, D) Flores de *Moringa oleifera* Lam.

Se conoce como árbol de la vida, árbol generoso, árbol milagroso, árbol de la esperanza, pues de él se aprovecha prácticamente todo (raíz, tallo, corteza, flores, hojas, vaina, semillas y goma, entre otros) hasta su leño, que da un excelente carbón.

Originaria del Himalaya, la *Moringa oleifera* es un árbol poco longevo que pertenece a la familia *monogenérica moringaceae*. Con trece especies distribuidas por África, Madagascar y la India. También es conocida como *morango*; a lo sumo puede vivir 20 años si procede de semilla, y en un solo año puede alcanzar los 5 m de alto.

La *moringa oleifera* se está revelando como un recurso muy valioso para prevenir la desnutrición y múltiples patologías, como la ceguera infantil asociada a carencias de vitaminas, regula el azúcar, normaliza la presión arterial, combate tumores y cáncer; tiene propiedades antivirales, antiinflamatorias y de antienvjecimiento, previene un sinfín de enfermedades ocasionadas por la ausencia de elementos esenciales en la dieta.

Las hojas frescas de moringa tienen grandes cualidades nutritivas: más vitamina A que las zanahorias, más vitamina C que las naranjas, más calcio que la leche, más potasio que el plátano, más hierro que la espinaca y más proteína que ningún otro vegetal. Además, que son ricas en antioxidantes, entre los cuales destacan los isotiocianatos, los cuales parecen presentar

propiedades anticancerígenas, hipotensoras, hipoglucemiantes y antibióticas. Estas hojas pueden secarse a la sombra y conservarse enteras o molidas. En esta última variante, el polvo permanece por meses sin perder sus propiedades, además de que resulta útil para ser usado como condimento o ser añadido a sopas, caldos y jugos, entre otros. Las flores son ricas en calcio y potasio, pueden consumirse crudas o cocinadas, acompañando ensaladas, sopas, otros platos y como infusiones. De las semillas se extrae un aceite similar al de oliva, muy bueno para el aliño de ensaladas. Estas, tiernas y hervidas en agua, son similares a los garbanzos; secas y tostadas, recuerdan al maní. Por su parte, el fruto es una vaina o cápsula triangular, ampliamente consumida en forma de guisos, es famoso por sus propiedades afrodisíacas, rico en proteínas, aminoácidos esenciales y múltiples vitaminas.

TORONJIL

Nombre científico: *Melissa officinalis*

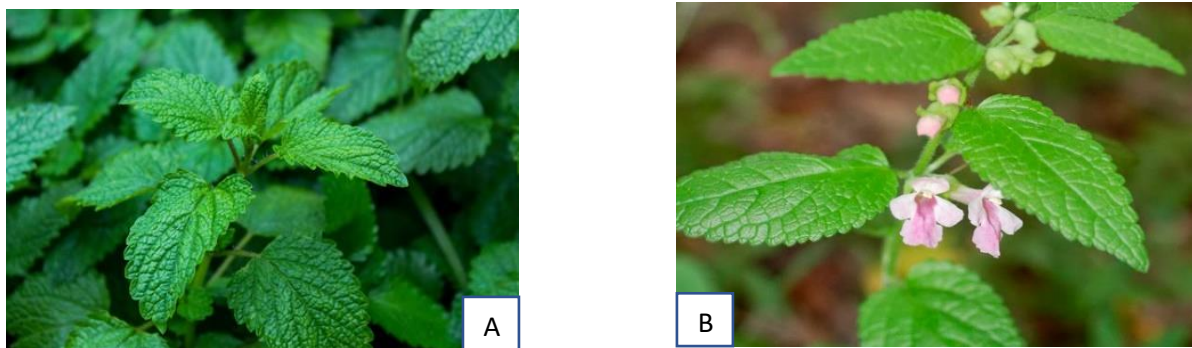


Figura 7. Imagen de A) Hoja de *Melissa officinalis* B) Flor de *Melissa officinalis*

Originaria de Europa **Melisa, toronjil, citronela u hoja de limón (*Melissa officinalis*)** es una hierba perenne de la familia de las labiadas, cuyo arbusto suele medir entre 60 y 90 cm de altura. Las hojas son grandes, pecioladas y con márgenes dentados, de color verde claro brillante. Las flores aparecen en verano y son de color blanco o rosado, aunque no demasiado vistosas. La propiedad medicinal más conocida de la *Melissa officinalis* es la de ser sedante. Esta propiedad es por la cual es mayoritariamente consumida. También es utilizado como analgésico para aliviar dolores de cabeza, estomacales y musculares. Otros de sus usos son para tratar la Inapetencia, gastritis y enteritis, meteorismo, espasmos gastrointestinales y náuseas. Hiperemesis gravídica y dismenorrea. Disquinesias biliares y coleditiasis. Antidiabética. Infecciones víricas y bacterianas. Antimicrobiana. Herpes simple tipo I y tipo 2. Ansiedad, insomnio, hipertensión, asma y taquicardias. Distonías neurovegetativas. Tópicamente en halitosis, migrañas, heridas y neuralgias. Insuficiencia hepática.

ALPISTE

Nombre científico: *Phalaris canariensis* L

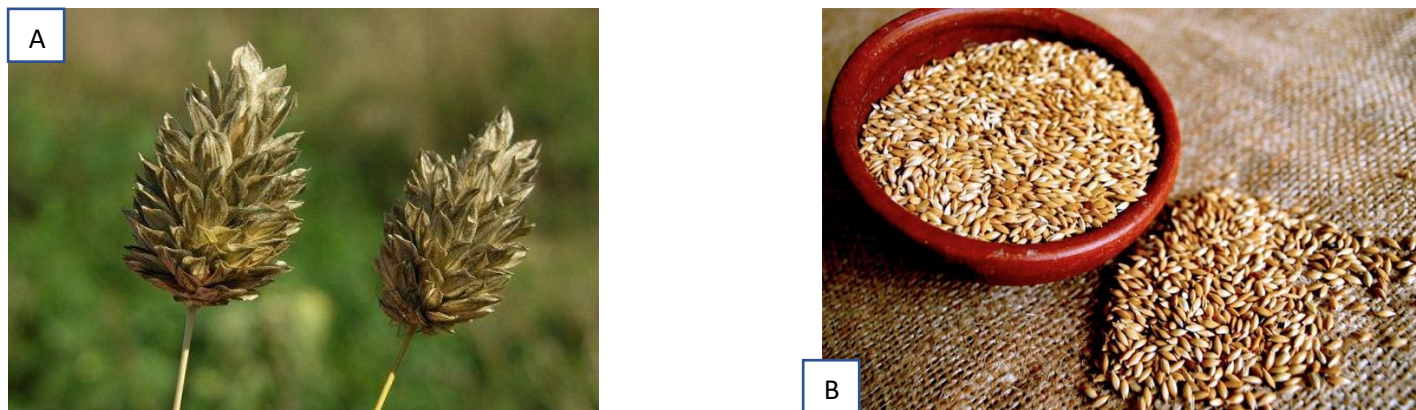


Figura 8. Imagen de A) Planta de alpiste B) Semillas de Alpiste

El alpiste (*Phalaris canariensis* L.) pertenece a la familia de las Poáceas y es originaria del Mediterráneo. A diferencia de *P. paradoxa* y *P. minor*, consideradas como especies invasoras, *P. canariensis* es la única especie del género *Phalaris* cultivada para la producción de grano.

El alpiste es originario de la región occidental de la cuenca del Mediterráneo, donde crece en forma silvestre y en ocasiones se presenta como maleza de otros cultivos. Si bien se cultiva para la producción de granos en las zonas templadas de todo el mundo, desde principios de los años 80s se evidencia una concentración de su producción en las provincias del sur de Canadá y, en menor cuantía, en las regiones centro y sudeste de la provincia de Buenos Aires de la Argentina, en Tailandia, México y en Australia. Es una especie anual, con cañas hasta de 1 m de altura y hojas glabras, con láminas hasta de 40 cm de longitud y 1 cm de ancho, lígula obtusa de 6-8 mm de longitud.

El alpiste es considerado por las comunidades tradicionales como planta medicinal. Sus semillas se han utilizado para el tratamiento de la enfermedad renal y la hipercolesterolemia. Los principales usos medicinales atribuidos a las semillas del alpiste son disminuir los niveles de colesterol y disminuir las posibilidades de desarrollar enfermedades cardiovasculares, muy utilizado para disminuir los niveles de presión arterial. Otras de sus propiedades es que sirve como diurético por lo que es recomendado para enfrentar problemas como la gota e infecciones urinarias. también se usa para la prevención de la arteriosclerosis, y cuando se requiere un aumento de la diuresis, tales como afecciones genitourinarias (cistitis), hiperuricemia, gota, edemas, sobrepeso acompañado de retención de líquidos, gastritis y ulcus (úlceras, sobre todo úlceras de estómago).

Productos que no son considerados
CAM

Productos utilizados para el tratamiento del cáncer

PIEL DE ZORRILLO



En México, la utilización de los animales y sus derivados como productos terapéuticos para curar afecciones del cuerpo y del alma, ha sido una práctica cotidiana desde tiempos prehispánicos. El zorrillo es un mamífero que se ha destacado en el aspecto medicinal, por lo cual merece especial atención. Recientemente su carne, grasa, pelos y vísceras forman parte de tratamientos para diversos males: de la piel, musculares, pulmonares y circulatorios. La carne de este animal, considerada prodigiosa, es recomendada para el cáncer y males de la piel⁴.

⁴ Una persona mencionó que la forma de prepararlo fue hervir la carne sin el pelaje y beberlo con agua de uso.

CAPSULAS DE VIBORA DE CASCABEL



Figura 10. Imagen de A) Proceso de encapsulado, B) Piel de víbora de cascabel

Las cápsulas de víbora de cascabel se suelen comercializar como remedio para varias afecciones, se cree que cura el cáncer y la infección por el VIH. Estas cápsulas están compuestas de carne deshidratada y pulverizada de víbora de cascabel en forma de pastilla⁵.

⁵ Las personas mencionaron hacer tres tomas, dos cápsulas por la mañana, dos cápsulas por la tarde y dos cápsulas por la noche.

VENENO DE ESCORPIÓN AZUL

Nombre científico: *Rhopalurus junceus*.



El alacrán colorado o escorpión azul (*Rhopalurus junceus*) es una especie endémica muy particular de los 36 diferentes tipos de alacrán que se encuentran en la isla de Cuba. Se le llama alacrán azul por la característica peculiar de tener un tono azul en su cola y en su aguijón, también es conocido como “alacrán colorado” porque en todo su cuerpo presenta un color rojizo oscuro.

La referencia como alacrán azul se debe a que tiene tonalidades de este color en su cola, patas y aguijón. Por lo general se esconde bajo piedras o troncos caídos en diferentes ecosistemas. Suele vivir de tres a cinco años, y su longitud aun siendo adulto es de menos de 10 cm.

En Cuba se conoce del uso del escorpión con fines terapéuticos desde principios del siglo XX, en que se expendía el llamado "aceite de alacrán" que se decía era útil para contrarrestar la retención de la orina. Otras informaciones atribuyen al extracto alcohólico del alacrán propiedades analgésicas en dolores reumáticos y musculares, pero no es hasta comienzos de la década del 80, en Guantánamo, que se inicia el trabajo con el veneno del escorpión *R. junceus*, como agente antitumoral⁶.

⁶ Las personas no mencionaron como lo tomaron.

El cannabis contiene más de 100 cannabinoides, pero hay dos que son los principales, y que tienen muy diversos efectos.

1) THC

El tetrahidrocannabinol (THC), es el componente psicoactivo del cannabis, y se vincula con estos dos receptores en el cerebro humano. El CB-1 influye el placer, el apetito, la memoria y la concentración, mientras que el CB-2 modera la sensación de dolor, y juega un rol en las homeostasis en ciertas partes del cuerpo, tales como el riñón y el hígado. El THC tiene un efecto **analgésico**, genera relajación el cual es útil para usos paliativos, además de controlar las náuseas y los vómitos. En base a esto, el THC se utiliza en el tratamiento de enfermedades que cursan con rigidez muscular como Parkinson y Esclerosis Múltiple, dolor crónico de distintas causas, particularmente el dolor neuropático, metastásico y secundario a la artrosis, acompañamiento de la quimioterapia y tratamiento antitumoral asociado a otros tratamientos oncológicos.

2) CBD

El Cannabidiol (CBD), por su parte, interactúa con receptores como el GPR55 o el 5-HT1A. No es psicoactivo, aunque trabaja de muchas formas con el THC para contribuir al efecto del cannabis. De hecho, contrarresta en varios aspectos a los efectos del THC, por lo que su proporción es importante para determinar la sensación que produce la marihuana. El CBD reduce la sensación de ansiedad que causa característicamente el THC, y tiene propiedades antipsicóticas que balancean los efectos más fuertes. Además, está asociado con el desvelo y la energía, por lo que también se complementa con el THC, aunque si se busca un efecto sedante lo mejor es que la proporción de CBD sea baja. En cuanto a la memoria, también reduce el deterioro causado por el THC.

El CBD es también el componente más buscado en las variedades para uso medicinal. Tiene propiedades antiinflamatorias muy superiores a las del THC y sin los efectos psicotrópicos, por lo que es seguro para cualquier paciente. Se utiliza mucho en afecciones como la artritis y el reumatismo. El CBD también tiene efecto anticonvulsivo y reduce los espasmos musculares, y es por esto por lo que se suele recetar para la epilepsia. Es también ansiolítico y antipsicótico, con estudios que avalan su uso para el tratamiento de la esquizofrenia⁷.

⁷ Un participante mencionó tomar: Cannabis THC 6 gotas en la mañana/noche y Cannabis CBD 10 gotas en la mañana/noche.

ORINOTERAPIA



La orinoterapia, parte de la medicina tradicional, se basa en la práctica de estilos de vida saludables y el uso de la propia orina para mejorar el estado de salud. La orinoterapia o uroterapia una técnica curativa que consiste en la aplicación de **orina** humana para fines medicinales o cosméticos, incluyendo la bebida e ingestión de la propia orina y la aplicación en la piel para tratar picaduras de insectos⁸.

⁸ Las personas mencionaron aplicarlo de manera subcutánea en forma de vacunas mencionada por ellos como antígeno urinario. El proceso iniciaba con la recolección de la orina de 3 a 5 días en un contenedor con alcohol (alcohol puro de caña), les explicaban que pasaba por un proceso y después se les entregaban 5 frascos para aplicarlo en forma de vacuna con jeringas de insulina. Los frascos deben permanecer en refrigeración y es un tratamiento que dura aproximadamente un año. Es utilizado por las personas para tratar diversas enfermedades, principalmente Cáncer, Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ¹ Gerson R, Serrano A, Villalobos A. Complementary and alternative medicine (CAM) in Mexican patients with cancer. Clin Transl Oncol [internet]. 2006; 8(3): 200-207. Disponible en: <file:///C:/Users/AnniLu/Downloads/Gerson-Cwillich2006 Article ComplementaryAndAlternativeMed.pdf>
- ² Gómez R, Tlacuilo A, Garibaldi R. Use of complementary and alternative medicine in children with cancer in Occidental, Mexico. Pediatr Blood Cancer. 2007;49(6):820-823. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pbc.21101>
- ³ Otero G, Molina D, Asencio L, Leal C. Uso de la medicina alternativa y complementaria (MAC) en cáncer infantil: encuesta de 100 casos en un instituto del tercer nivel de atención. Medicina alternativa en oncología pediátrica. Gac Med Mex [internet]. 2016; 152: 196-201. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n1/GMM_152_2016_1_007-012.pdf
- ⁴ Organización Mundial de la Salud. Enfermedades crónicas y promoción de la salud. Prevención de las enfermedades crónicas. [internet]. Ginebra: OMS; 2021 [consultado 10 enero 2021]. Disponible en: http://158.232.12.119/chp/chronic_disease_report/part1/es/index4.html
- ⁵ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. [internet]. Ginebra: OMS; 2014 [Consultado 13 septiembre 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/>
- ⁶ Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. Datos. [internet]. Ginebra: OMS; junio 2018 [consultado 27 Junio 2019]. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- ⁷ Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre las enfermedades no transmisibles. [internet]. Ginebra: OMS; marzo 2013 [consultado 13 septiembre 2019]. Disponible en: https://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/
- ⁸ Serra M, Serra M, Viera M. Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras. Rev. Finlay [internet]. 2018 [consultado 11 julio 2020]; 8(2): 140-148. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/561/1658>
- ⁹ Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019. [internet]. Washington, DC: OPS, 2014 [consultado 13 Septiembre 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf>
- ¹⁰ Ledón L. El desafío de vivir con enfermedades endocrinas: algunas anotaciones para la atención en salud. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2008 [consultado 27 Junio 2019]; 19(2) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532008000200008

-
- ¹¹ Ledón L. Enfermedades crónicas y la vida cotidiana. Rev Cubana Sal Pub [internet]. 2011 [consultado 27 Junio 2019]; 37 (4): 488-499. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rcsp/2011.v37n4/488-499>
- ¹² Montalvo A, Cabrera B, Quiñones S. Enfermedad crónica y sufrimiento: revisión de literatura. Aquichan [internet]. 2012 [consultado 28 Junio 2019]; 12(2): 2027-5374. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2120/pdf>
- ¹³ Jones E, Nissen L, McCrthy A. et al. Exploring the Use of Complementary and Alternative Medicine in Cancer Patients. Integrative Cancer Ther [internet]. 2019 [consultado 28 Junio 2019]; 18: 1-9. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1534735419854134>
- ¹⁴ Reid R, Steel A, Wardle J. Complementary medicine use by the Australian population: a critical mixed studies systematic review of utilisation, perceptions and factors associated with use. BMC Complementary and Alternative Medicine [internet]. 2016 [consultado 28 Junio 2019]; 16(176): 1-23. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4902999/pdf/12906_2016_Article_1143.pdf
- ¹⁵ Mallik A, Leonard J. Reality of complementary and alternative medicine in lymphomapatients: Hope, hype, or help?. American Journal of Hematology [internet]. 2009 [consultado 28 Junio 2019]; 84 (12): 785-287. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ajh.21567>
- ¹⁶ Wanchai A, Armer J, Stewart B. Complementary and Alternative Medicine Use Among Women With Breast Cancer: A Systematic Review. Clinical Journal of Oncology Nursing [internet]. 2010 [consultado 28 Junio 2019]; 14(4): 45-55. Disponible en: [file:///C:/Users/AnniLu/Downloads/GM3L3Q38V10515T7%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/AnniLu/Downloads/GM3L3Q38V10515T7%20(1).pdf)
- ¹⁷ Akpunar D, Bebis H, Yavan T. Use of Complementary and Alternative Medicine in Patients with Gynecologic Cancer: a Systematic Review. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention [internet]. 2015 [marzo de 2020]; 16 (17): 7847-7852. Disponible en: http://journal.waocp.org/article_31669_5e7e5ea3454063114a12017ee8310360.pdf
- ¹⁸ Corner J, Yardley J, Maher E. Patterns of complementary and alternative medicine use among patients undergoing cancer treatment. european journal of cancer care [internet]. 2009 [consultado 28 Junio 2019]; 18(3):271-279. Disponible en: doi: 10.1111/j.1365-2354.2007.00911.x.
- ¹⁹ Correa M. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. Rev Cuid [internet]. 2016 [consultado 11 mayo 2019]; 7(1): 1227-31. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v7n1/v7n1a11.pdf>
- ²⁰ Gonzáles L, Velandia A, Flores V. Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. Rev CONAMED [internet]. 2009 [consultado 11 mayo 2019]; 1 (14): 40-43.
- ²¹ Beltran O. Humanized care: A relationship of familiarity and affectivity. Invest. educ. enferm [internet]. 2015 [consultado 11 mayo 2019]; 33 (1): 17-27. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105238622003.pdf>

-
- ²² Trail T, Mao C, Bawel K. Complementary and alternative medicine: nurses' attitudes and knowledge. *Pain Manag Nurs* [internet]. 2013 [consultado 25 julio 2020];14(4):277-286. Disponible en: doi: 10.1016/j.pmn.2011.06.001.
- ²³ Bueno de Mesquita H. Noncommunicable Diseases of Major Public Health Interest and Prevention. *Asia-Pacific Journal of Public Health* [internet]. 2015 [consultado 28 Junio 2019]; 27(8): 1-16. Disponible en: doi: [10.1177 / 1010539515594445](https://doi.org/10.1177/1010539515594445)
- ²⁴ Instituto de Nacional de Estadística y Geografía. Mortalidad. Características de las defunciones registradas en México durante 2019. [internet]. México: INEGI; octubre 2020 [consultado 2 diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/EstSociodem/DefuncionesRegistradas2019.pdf>
- ²⁵ Kralik D, Koch T, Price, K, et al. Chronic illness self-management: taking action to create order. *Journal of Clinical Nursing* [internet]. 2014 [consultado 22 mayo 2019]; 13 (2): 259-267. Disponible en: doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00826.x.
- ²⁶ Röing M, Sanner M. A meta-ethnographic synthesis on phenomenographic studies of patients' experiences of chronic illness. *Int J Qual Stud Health Bienestar* [internet]. 2015 [consultado 28 julio 2019]; 10: 26279. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4331410/pdf/QHW-10-26279.pdf>
- ²⁷ Ambrosio L, Senosiain García JM, Riverol Fernández M, et al. Living with chronic illness in adults: a concept análisis. *Journal of Clinical Nursing* [internet]. 2015 [consultado 12 julio 2019]; 24 (17-18): 2357-2367. Disponible en: doi: 10.1111/jocn.12827.
- ²⁸ Whittemore R, Dixon J. Chronic illness: the process of integration. *J Clin Nurs* [internet]. 2008 [consultado 12 julio 2019]; 17(0): 177-187. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3648221/pdf/nihms458081.pdf>
- ²⁹ Gardsten C, Blomqvist K, Rask M, et al. Challenges in everyday life among recently diagnosed and more experienced adults with type 2 diabetes: A multistage focus group study. *J Clin Nurs* [internet]. 2018 [consultado 13 julio 2019]; 27(19-20):3666-3678. Disponible en: doi: 10.1111/jocn.14330.
- ³⁰ Harkin L, Beaver K, Dey P, et al. Navigating cancer using online communities: a grounded theory of survivor and family experiences. *J Cancer Surviv* [internet]. 2017 [consultado 28 julio 2020];11(6):658-669. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5671555/pdf/11764_2017_Article_616.pdf
- ³¹ Scarton L, Del Fiol G, Oakley I. et al. Understanding cancer survivors' information needs and information-seeking behaviors for complementary and alternative medicine from short to long-term survival: a mixed-methods study. *J Med Libr Assoc* [internet]. 2018 [consultado 17 junio 2020]; 106 (1): 87-97. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5764598/pdf/jmla-106-87.pdf>
- ³² National Center for Complementary and Alternative Medicine. The Use of Complementary and Alternative Medicine in the United States. [internet]. United States: NCCAM; December 2008 [Consultado 11 marzo de 2020]. Disponible en: <http://nccam.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/camuse.pdf> .
- ³³ Aliyu U. Awosan K. Ochet al. Prevalence and Correlates of Complementary and Alternative Medicine Use among Cancer Patients in Usmanu Danfodiyo University Teaching Hospital, Sokoto, Nigeria. *Nigerian Journal of clinical*

-
- Practice [internet]. 2017 [marzo de 2020]; 20: 1576-83. Disponible en: http://www.njcponline.com/temp/NigerJClinPract20121576-8399962_231959.pdf
- ³⁴ Keene M, Heslop I, Sabesan S. et al. Complementary and Alternative Medicine Use in Cancer: A Systematic Review. *Complementary Therapies in Clinical Practice* [internet]. 2019 [consultado 9 Febrero 2019]; 35: 33-47. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.01.004>
- ³⁵ Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. [internet]. Ginebra: OMS; 2013 [consultado 6 abril 2019]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf?sequence=1
- ³⁶ Maddalena V, Bernard W, Davis S, et al. Cancer Care Experiences and the Use of Complementary and Alternative Medicine at End of Life in Nova Scotia's Black Communities. *Journal of Transcultural Nursing* [internet]. 2010 [consultado 9 marzo 2019]; 21 (2): 114–122. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4892897/pdf/nihms3300.pdf>
- ³⁷ Pirincci E, kaya F, Cengizhan S. Nursing department students' knowledge and use of complementary and alternative medicine methods. *J Turgut Ozal Med Cent* [internet]. 2018 [consultado 2 febrero 2019]; 25 (1): 22-9. Disponible en: <https://www.bibliomed.org/mnsfulltext/134/134-1498403739.pdf?1610691866>
- ³⁸ Vohra S, Feldman K, Johnston B, et al. Integrating Complementary and Alternative Medicine Into Academic Medical Centers: Experience and Perceptions of Nine Leading Centers in North America. *BMC Health Serv Res* [internet]. 2005 [consultado 12 abril 2018]; 5:78. Disponible en: <file:///C:/Users/AnniLu/Downloads/1472-6963-5-78.pdf>
- ³⁹ Verhoef M, Trojan L, Armitage G, et al. Complementary therapies for cancer patients: assessing information use and needs. *Chronic Diseases in Canada* [internet]. 2009 [consultado 6 marzo 2020; 29(2): 80-88. Disponible en: <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/hpcdp-pspmc/29-2/pdf/cdic29-2-6-eng.pdf>
- ⁴⁰ Hök J, Tishelman C, Ploner A, et al. Mapping patterns of complementary and alternative medicine use in cancer: An explorative cross-sectional study of individuals with reported positive "exceptional" experiences. *BMC Complementary and Alternative Medicine* [internet]. 2008 [consultado 6 marzo 2020]; 8(1): 1-10 disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2538498/pdf/1472-6882-8-48.pdf>
- ⁴¹ Ernst E, Cassileth B. The prevalence of complementary and alternative medicine in cancer. *Cancer* [internet]. 1998 [consultado 3 febrero 2020]; 83(4): 777-782. Disponible en: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/%28SICI%291097-0142%2819980815%2983%3A4%3C777%3A%3AAID-CNCR22%3E3.0.CO%3B2-O>
- ⁴² Kucukoner M, Bilge Z, Isikdogan A, et al. Complementary And Alternative Medicine Usage In Cancer Patients In Southeast Of Turkey. *Afr J Tradit Complemento Altern Med* [internet]. 2012 [consultado 12 febrero 2020]; 10 (1): 21-25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3746353/pdf/AJT1001-0021.pdf>

-
- 43 Barnes P, Bloom B, Nahin R. Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007. *Natl Health Stat Report* [internet]. 2008 [consultado 15 agosto 2019]; (12):1-23. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr012.pdf>
- 44 Posadzki P, Watson L, Alotaibi A, et al. Prevalence of use of complementary and alternative medicine (CAM) by patients/consumers in the UK: systematic review of surveys. *Clin Med (Lond)* [internet]. 2013 [consultado 20 agosto 2020];13(2):126-31. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4952625/pdf/126.pdf>
- 45 Bonacchi A, Fazzi L, Toccafondi A. et al. Use and Perceived Benefits of Complementary Therapies by Cancer Patients Receiving Conventional Treatment in Italy. *Journal of Pain and Symptom Management* [internet]. 2014 [consultado 18 Mayo 2019]; 47 (1): 26 – 34. Disponible en: <https://www.jpmsjournal.com/action/showPdf?pii=S0885-3924%2813%2900271-6>
- 46 Xue C, Zhang A, Lin V, et al. Complementary and alternative medicine use in Australia: a national population-based survey. *J Altern Complement Med* [internet]. 2007 [consultado 9 octubre 2019];13(6):643-50. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/acm.2006.6355>
- 47 Bahall M. Prevalence, patterns, and perceived value of complementary and alternative medicine among cancer patients: a cross-sectional, descriptive study. *BMC Complement Altern Med* [internet]. 2017 [consultado 14 julio 2019];17(1):345. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5493839/pdf/12906_2017_Article_1853.pdf
- 48 Harris P, Cooper K, Relton C, et al. Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population: a systematic review and update. *Int J Clin Pract* [internet]. 2012 [consultado 2 agosto 2019]; 66(10):924-39.
- 49 McEachrane-Gross FP, Liebschutz JM, Berlowitz D. Use of selected complementary and alternative medicine (CAM) treatments in veterans with cancer or chronic pain: a cross-sectional survey. *BMC Complement Altern Med* [internet]. 2006 [consultado 24 septiembre 2019]; 6:34. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1617117/pdf/1472-6882-6-34.pdf>
- 50 Montazeri A, Sajadian A, Ebrahimi M, et al. Factors predicting the use of complementary and alternative therapies among cancer patients in Iran. *European Journal of Cancer Care* [internet]. 2007[consultado 12 marzo 2020]; 16 (2), 144–149. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.pbidi.unam.mx:2443/doi/epdf/10.1111/j.1365-2354.2006.00722.x>
- 51 Ezeome E, Anarado A. Use of complementary and alternative medicine by cancer patients at the University of Nigeria Teaching Hospital, Enugu, Nigeria. *BMC Complementary and Alternative Medicine* [internet]. 2007 [consultado 15 marzo 2020]; 7(28): 1-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2034592/pdf/1472-6882-7-28.pdf>

-
- 52 Horneber M, Bueschel G, Dennert G, et al. How Many Cancer Patients Use Complementary and Alternative Medicine: A Systematic Review and Metaanalysis. *Integrative Cancer Therapies* [internet]. 2011 [consultado 8 abril 2020]; 11 (3): 187-203. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1534735411423920>
- 53 Nejatian M, Alami A, Tehrani H. et al. Perceptions and personal use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) by Iranian health care providers. *Complementary Therapies in Clinical Practice* [internet]. 2018 [consultado 12 abril 2018]; 32: 145–150. Disponible en: doi: 10.1016/j.ctcp.2018.06.002
- 54 Marie S, Almutairi S, Alsabty N. Primary and Specialized Physicians' Knowledge of and Attitudes Towards the Use of Complementary and Alternative Medicine in Medical Practice. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine* [internet]. 2018 [consultado 9 febrero 2019]; 72 (3): 4048-4053. Disponible en: https://ejhm.journals.ekb.eg/article/9114_5e8871251dcbd7130869d68dc2403de2.pdf
- 55 Kramlich D. Strategies for Acute and Critical Care Nurses Implementing Complementary Therapies Requested by Patients and Their Families. *Crit Care Nurs* [internet]. 2016 [consultado 9 febrero 2019]; 36 (6): 52-58. Disponible en: <https://doi.org/10.4037/ccn2016974>
- 56 World Health Organization. Cancer. [internet]. Consultado 5 enero 2021. Online document at: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/. Revisado el 10 de Febrero, 2019.
- 57 World Health Organization. Cancer. Key Facts. [internet]. Ginebra: WHO; septiembre 2018 [consultado 5 enero 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330745>.
- 58 Organización Panamericana de la Salud. Programa de cáncer. [internet]. Washington, DC: OPS; [Consultado 5 enero 2021]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=292:cancer-program&Itemid=3904&lang=es
- 59 Organización Panamericana de la Salud. Perfiles de países sobre cáncer. [internet]. México: OPS; 2020. [Consultado 5 enero 2021]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=4-cancer-country-profiles-2020&alias=51536-mexico-cancer-profile-2020&Itemid=270&lang=es
- 60 Instituto de Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día mundial con el cáncer. [internet]. México: INEGI; 2018 [Consultado 5 enero 2021]. Disponible en: <https://www.infocancer.org.mx/?c=cancer-cifras&a=estadisticas-2018>
- 61 Organización Mundial de la Salud. Diabetes. [internet]. Ginebra: OMS; junio 2020. [consultado 6 enero 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>. Revisado 6 enero 2021.
- 62 Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes.[internet] Ginebra: OMS; 2016. [Consultado 6 enero 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254649>

-
- ⁶³ Atlas de la diabetes de la FID. 9ª edición. [internet]. Consultado 6 enero 2021. Disponible en: https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf
- ⁶⁴ Cho N, Shaw J, Karuranga S. et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. Diabetes Research and clinical practice [internet]. 2018 [consultado 11 Mayo 2019]; 138 (sin dato): 271 – 281. Disponible en: [https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227\(18\)30203-1/fulltext](https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227(18)30203-1/fulltext)
- ⁶⁵ Jaacks L, Siegel K, Gujral U. et al V. Type 2 diabetes: A 21st century epidemic. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism [internet]. 2016 [consultado 5 Junio 2019]; 30(3), 331–343.
- ⁶⁶ INEGI (2020). Prevalencia de Obesidad, Hipertensión y Diabetes para los Municipios de México 2018. [internet]. Consultado 7 enero 2021. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/investigacion/pohd/2018/doc/a_peq_2018_nota_met.pdf
- ⁶⁷ Organización Mundial de la Salud. Diabetes: Perfiles de los países 2016. [internet]. México: OPS; 2016. [Consultado 7 enero 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/diabetes/country-profiles/es/>
- ⁶⁸ Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. ENSANUT. [internet]. Consultado 7 enero 2021. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- ⁶⁹ Soto G, Moreno L, García J. et al. Trends in frequency of type 2 diabetes in Mexico and its relationship to dietary patterns and contextual factors. Gac Sanit [internet]. 2018 [consultado 6 Junio 2019]; 32 (3): 283–290. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/en-pdf-S0213911117301966>
- ⁷⁰ Rojas R, Basto A, Aguilar C. et al. Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México salud pública de México [internet]. 2018 [consultado 6 Junio 2019]; 60 (3): 224-232. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2018/sal183c.pdf>
- ⁷¹ Siegel K, Patel S, Ali M. Non-communicable diseases in South Asia: contemporary perspectives. British Medical Bulletin [internet]. 2014 [Consultado 9 Marzo 2019]; 111(1): 31-44. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4416117/pdf/ldu018.pdf>
- ⁷² Organización Mundial de la Salud. Hipertensión.[internet]. Ginebra: OMS; 13 de septiembre 2020. [Consultado 7 enero 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- ⁷³ Chow C, Teo K, Rangarajan S. et al. Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in Rural and Urban Communities in High-, Middle-, and Low-Income Countries. Jama [internet]. 2013 [consultado 9 Marzo 2019]; 310 (9): 959-968. Disponible en: https://core.ac.uk/reader/16437736?utm_source=linkout
- ⁷⁴ Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. Ginebra: OMS [Consultado 7 enero 2021]. Disponible en: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/

-
- ⁷⁵ Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial. Ginebra: OMS; 2013: pp 7-13. Consultado 7 enero 2021. Disponible en:
https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/es/
- ⁷⁶ Organización Panamericana de la Salud. Hipertensión. [internet]. Washington, DC: OPS; [Consultado 7 enero 2021]. Disponible en:
<https://www.paho.org/es/temas/hipertension#:~:text=La%20OPS%20impulsa%20pol%C3%ADticas%20y,f%C3%ADsica%20y%20prevenir%20la%20obesidad.>
- ⁷⁷ Evia V. Los procesos de salud-enfermedad-atención desde la perspectiva de los usuarios de una policlínica del primer nivel de atención en Montevideo, Uruguay: Análisis de trayectos terapéuticos. Salud colectiva [internet], 2015 [consultado 12 abril 2018]; 11 (4): 537-552. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/731/73143274007.pdf>
- ⁷⁸ Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. 1ra edición. Buenos aires: lugar editorial, 2009.
- ⁷⁹ Al-Eidi S, Tayel S, Al-Slail F. et al. Knowledge, attitude and practice of patients with type 2 diabetes mellitus towards complementary and alternative medicine. Journal of Integrative Medicine [internet]. 2016 [consultado 1 junio 2019]; 14(3): 187–196. Disponible: doi: 10.1016/S2095-4964(16)60244-3.
- ⁸⁰ Dogu G, Kargi A, Tanriverdi O. et al. Complementary/Alternative Medicine Experience in Cancer Patients: A Questionnaire Based Survey. International Journal of Hematology and Oncology [internet]. 2014 [consultado 23 Febrero 2019]; 1 (24): 45-53. Disponible en: http://www.uhod.org/pdf/PDF_594.pdf
- ⁸¹ Canaway R, Mnderson L. Quality of Life, Perceptions of Health and illness, and Complementary Therapy Use Among People with Type 2 Diabetes and Cardiovascular Disease. The journal of alternative and complementary medicine [internet]. 2013 [consultado 23 Marzo 2019]; 19 (11): 882–890. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3842878/pdf/acm.2012.0617.pdf>
- ⁸² Falci L, Shi Z, Greenlee H. Multiple chronic conditions and use of complementary and alternative medicine among US adults. Results from the 2012 National Health Interview Survey. Prev Chronic Dic [internet]. 2016 [consultado 27 abril 2019]; 13 (61): 1-16. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4858448/>
- ⁸³ Kessel K, Lettner S, Kessel C, et al. Use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) as Part of the Oncological Treatment: Survey about Patients' Attitude towards CAM in a University-Based Oncology Center in Germany. PloS one [internet]. 2016 [consultado 9 Marzo 2019]; 11 (11): 1-13.
- ⁸⁴ Buckner C, Lafrenie J, Dénommeé J. et al. Complementary and alternative medicine use in patients before and after a cancer diagnosis. Curr Oncol [internet]. 2018 [consultado 23 Febrero 2019]; 25 (4): 275-281. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6092049/pdf/conc-25-e275.pdf>

-
- ⁸⁵ Bar G, Danos S, Visel B. et al. Understanding the Attitudes of Patients with Cancer Toward Complementary and Alternative Therapies. *Journal of palliative medicine* [internet]. 2016 [consultado 23 Febrero 2019]; 19(5): 496-502. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0328>
- ⁸⁶ Buksh A. Gan S. Hing G. et al. Complementary and alternative medicine practices among Type 2 diabetes patients in Pakistan: A Qualitative insight. *European Journal of Integrative Medicine* [internet]. 2018 [consultado 9 marzo 2019]; Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2018.09.003>
- ⁸⁷ Cevik AB, Akinci AC, Baglama SS. The use of complementary and alternative medicine among lymphoma and cancer patients with a solid tumor: Oncology clinics at Northern and Southern Turkey. *Complement Ther Med*. 2019; 47:102173. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0965229919304169?via%3Dihub>
- ⁸⁸ Osamor P, Owumi E. Complementary and alternative medicine in the management of hypertension in an urban Nigerian community. *BMC Complementary and Alternative Medicine* [internet]. 2010 [consultado 1 Junio 2019]; 10(36): 1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1472-6882-10-36>
- ⁸⁹ Erku D. Complementary and Alternative Medicine Use and Its Association with Quality of Life among Cancer Patients Receiving Chemotherapy in Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* [internet]. 2016 [consultado 18 Mayo 2019]; 1-8. Disponible en: <https://downloads.hindawi.com/journals/ecam/2016/2809875.pdf>
- ⁹⁰ Liwa A, Roediger R, Jaka H. et al. Herbal and Alternative Medicine Use in Tanzanian Adults Admitted with Hypertension-Related Diseases: A Mixed-Methods Study. *Hindawi International Journal of Hypertension* [internet]. 2017 [consultado 1 Junio 2019]; (sin dato) disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/ijhy/2017/5692572/>
- ⁹¹ Brahmi S, M´rabet F, Benbrahim Z. et al. Complementary medicine use among Moroccan patients with cancer: A descriptive study. *Pan African Medical Journal* [internet]. 2011 [consultado 18 Mayo 2019]; 10-36. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3240925/pdf/PAMJ-10-36.pdf>
- ⁹² Matheka DM, Demaiio AR. Complementary and alternative medicine use among diabetic patients in Africa: a Kenyan perspective. *Pan Afr Med J* [internet]. 2013 [consultado 18 mayo 2019]; 15:110. Disponible en: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/15/110/pdf/110.pdf>
- ⁹³ Abuelgasim K, Alsharhan Y, Alenzi T. et al. The use of complementary and alternative medicine by patients with cancer: a cross-sectional survey in Saudi Arabia. *BMC Complementary and Alternative Medicine* [internet]. 2018 [consultado 18 Mayo 2019]; 18 (88): 1-8. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5848536/pdf/12906_2018_Article_2150.pdf
- ⁹⁴ Aydin I, Koç Z, Sağlam Z. Use of complementary and alternative medicine by patients with cancer in northern Turkey: analysis of cost and satisfaction. *Journal of Clinical Nursing* [internet]. 2011 [consultado 18 Mayo 2019]; 21(5-6): 677–688. Disponible en: doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03732.x

-
- ⁹⁵ Kumar D, Krishan N, Kumar A. et al. Complementary and alternative medicine use among the cancer patients in Northern India. *South Asian Journal of Cancer* [internet]. 2016 [consultado 18 Mayo 2019]; 5(1): 8-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4845611/?report=reader>
- ⁹⁶ Alqahtani M, Holmes T, AL-Rammah T. et al. Are we meeting cancer patient needs? Complementary and alternative medicine use among Saudi cancer patients: A qualitative study of patients and healthcare professionals' views. *European Journal of Integrative Medicine* [internet]. 2018 [consultado 9 marzo 2019]; 24: 54–60. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2018.11.002>
- ⁹⁷ Yıldırım D, Marakoğlu K, Complementary and alternative medicine use amongst Turkish type 2 diabetic patients: A cross-sectional study. *Complementary Therapies in Medicine* [internet]. 2018 [consultado 9 Marzo 2019]; 41 (sin dato): 41–46. Disponible en: doi: 10.1016/j.ctim.2018.08.008.
- ⁹⁸ Shih V, Chiang J, Chan A. Complementary and alternative medicine (CAM) usage in Singaporean adult cancer patients. *Annals of Oncology* [internet]. 2009 [consultado 11 mayo 2019]; 20 (4): 752-757. Disponible en: <https://www.annalsofoncology.org/action/showPdf?pii=S0923-7534%2819%2940691-1>
- ⁹⁹ Lisong T, Ketao J, Kuifeng H. et al. Use of Complementary and Alternative Medicine by Cancer Patients at Zhejiang University Teaching Hospital Zhuji Hospital, China. *Afr J Tradit Complement Altern Med* [internet]. 2010 [consultado 11 Mayo 2019]; 7(4): 322–330. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3005395/pdf/AJTcam0704-0322.pdf>
- ¹⁰⁰ Deng G. Integrative Medicine Therapies for Pain Management in Cancer Patients. *Cancer J* [internet]. 2019 [consultado 14 mayo 2019]; 25(5):343-348. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6777858/pdf/nihms-1536165.pdf>
- ¹⁰¹ Zulkipli A, Islam T, Mohd N. et al. Use of Complementary and Alternative Medicine Among Newly Diagnosed Breast Cancer Patients in Malaysia: An Early Report From the MyBCC Study. *Integr Cancer Ther* [internet]. 2018 [consultado 1 Junio 2019]; 17(2): 312-321. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6041923/pdf/10.1177_1534735417745248.pdf
- ¹⁰² Liwa A, Luke S, Frumkin A. et al. Traditional Herbal Medicine Use Among Hypertensive Patients in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. *Curr Hypertens* [internet]. 2014 [consultado 9 Marzo 2019]; 16 (6): 437. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4076776/pdf/nihms589372.pdf>
- ¹⁰³ Cengiz Z, Budak F. Use of complementary medicine among people with diabetes in eastern Turkey: A descriptive study. *Complement Ther Clin Pract* [internet]. 2019 [consultado 4 agosto 2019]; 36:120-124. Disponible en: doi: 10.1016/j.ctcp.2019.06.007.
- ¹⁰⁴ Naing A, Stephen S, Frenkel M. et al. Prevalence of complementary medicine use in a phase 1 clinical trials program: the MD Anderson Cancer Center Experience. *Cancer* [internet]. 2011 [consultado 1 Junio 2019]; 117 (22): 5142-5150.

-
- Disponibile en:
<https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/cncr.26164>
- ¹⁰⁵ Rhee T, Westberg S, Harris I. Complementary and alternative medicine in US adults with diabetes: Reasons for use and perceived benefits. *Journal of Diabetes* [internet]. 2017 [consultado 1 junio 2019]; 10(4): 310–319. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1753-0407.12607>
- ¹⁰⁶ Akansel N, Özdemir A, Yildiz H. et al. The use of complementary and alternative medicine among hypertensive Patients. *To Vima tou Asklipiou Journal* [internet]. 2017 [consultado 9 Marzo 2019]; 6 (3): 192–203. Disponible en: DOI: 10.5281/zenodo.821626
- ¹⁰⁷ Ali-Shtayeh M, Jamous R, Salameh N. Complementary and Alternative Medicine (CAM) use among Hypertensive Patients in Palestine. *Complementary Therapies in Clinical Practice* [internet]. 2013 [consultado 16 Marzo 2019]; 19 (4): 256–263. Disponible en: doi: 10.1016/j.ctcp.2013.09.001.
- ¹⁰⁸ Singh H, Maskarinec G, Shumay D. Understanding the Motivation for Conventional and Complementary/Alternative Medicine Use Among Men With Prostate Cancer. *Integrative Cancer Therapies* [internet]. 2005 [consultado 18 Mayo 2019]; 4 (2): 187–194. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1534735405276358>
- ¹⁰⁹ Fitzsimmons A, Dahlke D, Bergeron C. et al. Impact of complementary and alternative medicine offerings on cancer patients' emotional health and ability to self-manage health conditions. *Complementary Therapies in Medicine* [internet]. 2019 [consultado 30 Marzo 2019]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.01.011>
- ¹¹⁰ Lopez G, Mao JJ, Cohen L. Integrative Oncology. *Med Clin North Am.* [internet]. 2017; 101(5): 977–985. doi: 10.1016/j.mcna.2017.04.011. Epub 2017 Jun 23. PMID: 28802474. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.04.011>
- ¹¹¹ Savas P, Robertson A, Beatty L. et al. Patient preferences on the integration of complementary therapy with conventional cancer care. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology* [internet]. 2016 [consultado 23 Febrero 2019]; 12: 311–318. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ajco.12226>
- ¹¹² Evans M, Shaw A, Thompson E. et al. Decisions to use complementary and alternative medicine (CAM) by male cancer patients: information-seeking roles and types of evidence used. *BMC Complementary and Alternative Medicine* [internet]. 2007 [consultado 18 Mayo 2019]; 7(25): 1–13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2000907/pdf/1472-6882-7-25.pdf>
- ¹¹³ Lee K, Mokhtar H, Krauss S. et al. Hypertensive patients' preferences for complementary And alternative medicine and the influence of these preferences on the adherence to prescribed medication. *Complementary Therapies in Clinical Practice* [internet]. 2014 [consultado 17 Marzo 2019]; 20 (2): 99–105. Disponible en: doi: 10.1016/j.ctcp.2014.03.001.
- ¹¹⁴ Lettner S, Kessel K, Comb S. Complementary and alternative medicine in radiation oncology. *Strahlentherapie Und Onkologie* [internet]. 2017 [consultado 18 Mayo 2019]; 193(5): 419–425. Disponible en: doi: 10.1007/s00066-017-1101-5.

-
- ¹¹⁵ Naja F, Anouti B, Shatila H. et al. Prevalence and Correlates of Complementary and Alternative Medicine Use among Patients with Lung Cancer: A Cross-Sectional Study in Beirut, Lebanon. *Hindawi Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* [internet]. 2017 [consultado 30 Marzo 2019]; 11 pages. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5587961/pdf/ECAM2017-8434697.pdf>
- ¹¹⁶ Sárváry A, Sárváry, A. Use of complementary and alternative medicine among breast cancer patients in Hungary: A descriptive study. *Complementary Therapies in Clinical Practice* [internet]. 2019 [consultado 8 Junio 2019]; 35(sin dato): 195–200. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.02.013>
- ¹¹⁷ Loquai C., Dechent D, Garzarolli M. et al. Use of complementary and alternative medicine: A multicenter cross-sectional study in 1089 melanoma patients. *European Journal of Cancer* [internet]. 2017 [consultado 18 Mayo 2019]; 71, 70–79. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2016.10.029>
- ¹¹⁸ Berretta M, Della C, Tralongo P. et al. Use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in cancer patients: An Italian multicenter survey. *Oncotarget* [internet]. 2017 [consultado 18 Mayo 2019]; 8 (15): 24401-24414. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5421857/pdf/oncotarget-08-24401.pdf>
- ¹¹⁹ Holroyd E, Zhang A, Suen L. et al. Beliefs and attitudes towards complementary medicine among registered nurses in Hong Kong. *International Journal of Nursing Studies* [internet]. 2008 [consultado 18 Marzo 2019]; 45(11), 1660–1666. Disponible en: doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.04.003.
- ¹²⁰ Balouchi A, Mahmoudirad G, Hastings-Tolsma M, et al. Knowledge, Attitude and Use of Complementary and Alternative Medicine among Nurses: A Systematic Review. *Complementary Therapies in Clinical Practice* [internet]. 2018 [consultado 17 Marzo 2019]; 31, 146-157. Disponible en: doi: 10.1016/j.ctcp.2018.02.008.
- ¹²¹ Chang HY, Chang HL. A review of nurses' knowledge, attitudes, and ability to communicate the risks and benefits of complementary and alternative medicine. *J Clin Nurs* [internet]. 2015 [consultado 19 julio 2020]; 24(11-12):1466-1478. Disponible en: doi: 10.1111/jocn.12790.
- ¹²² Cirik V, Efe E, Öncel S. et al. Experiences and Attitudes of Nurses Regarding Complementary Health Approaches Used by Themselves and Their Patients. *Journal of Transcultural Nursing* [internet]. 2017 [consultado 18 Marzo 2019]; 28(4): 381–390. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1043659616651672>
- ¹²³ Shorofi S, Arbon P. Complementary and alternative medicine (CAM) among Australian hospital-based nurses: knowledge, attitude, personal and professional use, reasons for use, CAM referrals, and socio-demographic predictors of CAM users. *Complement Ther Clin Pract* [internet]. 2017 [consultado 3 Julio 2019]; 27: 37-45. Disponible en: doi: 10.1016/j.ctcp.2017.03.001.
- ¹²⁴ Jong M, Lundqvist V, Jong MC. A cross-sectional study on Swedish licensed nurses' use, practice, perception and knowledge about complementary and alternative medicine. *Scand J Caring Sci* [internet]; 2015 [consultado 19 julio 2020]; 29(4): 642-650. Disponible en: doi: 10.1111/scs.12192.

-
- ¹²⁵ Tomic S, Malenković G, Lalic I. et al. Attitudes and Beliefs of nurses and Technicians Towards Complementary-Alternative Medicine. *Med Pregl* [internet]. 2018 [consultado 18 Marzo 2019]; (1): 53-58. Disponible en: <http://www.doiserbia.nb.rs/img/doi/0025-8105/2018/0025-810518053T.pdf>
- ¹²⁶ Ben-Arye E, Shulman B, Eilon Y, et al. Attitudes Among Nurses Toward the Integration of Complementary Medicine Into Supportive Cancer Care. *Oncology Nursing Forum* [internet]. 2017 [consultado 18 julio 2020]; 44 (4): 228-234. Disponible en: DOI: 10.1188 / 17.ONF.428-434
- ¹²⁷ Admi H, Eilon-Moshe Y, Ben-Arye E. Complementary Medicine and the Role of Oncology Nurses in an Acute Care Hospital: The Gap Between Attitudes and Practice. *Oncology Nursing Forum* [internet]. 2017 [consultado 18 julio 2020]; 44(5): 553–561. Disponible en: doi: 10.1188/17.ONF.553-561.
- ¹²⁸ Cooke M, Mitchell M, Tiralongo E, et al. Complementary and alternative medicine and critical care nurses: A survey of knowledge and practices in Australia. *Aust Crit Care* [internet]. 2012 [consultado 20 julio 2020]; 25(4):213-223. Disponible en: doi: 10.1016/j.aucc.2011.12.055.
- ¹²⁹ Hall H, Leach M, Brosnan C. et al. Nurses' attitudes towards complementary therapies: A systematic review and meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies* [internet]. 2017 [consultado 17 Marzo 2019]; 69: 47–56. Disponible: doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.01.008.
- ¹³⁰ Orkaby B, Greenberger C. Israeli Nurses' Attitudes to the Holistic Approach to Health and Their Use of Complementary and Alternative Therapies. *Journal of Holistic Nursing* [internet]. 2014 [consultado 18 julio 2020]; 33 (1): 19-26. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0898010114542876>
- ¹³¹ Kim S, Lee MN, Lee S. Nurses' Knowledge, Perceived Barriers, and Practices Regarding Complementary and Alternative Medicine in South Korea. *Holist Nurs Pract* [internet]. 2016 [consultado 19 julio 2020]; 30(6):338-344. Disponible en: doi: 10.1097/HNP.000000000000176.
- ¹³² Christina J, Abigail W, Cuthbertson LA, et al. Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Complementary and Alternative Medicine for Adult Patients With Cancer in Bandung, West Java, Indonesia. *Journal of Holistic Nursing* [internet]. 2018 [consultado 18 julio 2020]; 37 (2): 130-139. Disponible en: Doi: 10.1177/0898010118811047
- ¹³³ Liu MA, Huynh NT, Broukhim M, et al. Determining the Attitudes and Use of Complementary, Alternative, and Integrative Medicine Among Undergraduates. *The Journal Of Alternative And Complementary Medicine* [internet]. 2014 [consultado 19 julio 2020]; 20 (9): 718–726. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4155413/pdf/acm.2014.0041.pdf>
- ¹³⁴ Onal O, Sahin DS, Inanc BB. Should CAM and CAM Training Programs Be Included in the Curriculum of Schools That Provide Health Education?. *Journal of Pharmacopuncture* [internet]. 2016 [consultdo 18 julio 2020]; 19(4):344-349. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5234354/pdf/2093-6966-v19-n04-344.pdf>

-
- ¹³⁵ Xie H, Sang T, Li W, et al. A Survey on Perceptions of Complementary and Alternative Medicine among Undergraduates in China. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine [internet]. 2020 [consultado 18 julio 2020]; 2020: 9091051; 1-8. Disponible en: <http://downloads.hindawi.com/journals/ecam/2020/9091051.pdf>
- ¹³⁶ Avino K. Knowledge, attitudes, and practices of nursing faculty and students related to complementary and alternative medicine: a statewide look. *Holist Nurs Prac* [internet]. 2011 [consultado 20 julio 2020]; 25(6):280-288. Disponible en: doi: 10.1097/HNP.0b013e318232c5aa.
- ¹³⁷ Truant TL, Balneaves LG, Fitch MI. Integrating complementary and alternative medicine into cancer care: Canadian oncology nurses' perspectives. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing* [internet]. 2015 [consultado 19 julio 2020]; 2(4): 205-214. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5123512/pdf/APJON-2-205.pdf>
- ¹³⁸ Rojas M, Grant M. Complementary and alternative medicine: oncology nurses' experiences, educational interests, and resources. *Oncol Nurs Forum* [internet]. 2006 [consultado 19 julio 2020]; 33(3):581-588. Disponible en: doi: 10.1188/06.ONF.581-588.
- ¹³⁹ Taylor S, Bodgan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: España; Paidós; 1987. Consultado 20 julio 2020. Disponible en: <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2011/12/Introduccion-a-metodos-cualitativos-de-investigaci%C3%B3n-Taylor-y-Bogdan.-344-pags-pdf.pdf>
- ¹⁴⁰ Bedregal P, Besoain C, Reinoso A, et al. La investigación cualitativa: un aporte para mejorar los servicios de salud. *Rev Med Chile* [internet]. 2017 [consultado 20 julio 2020]; 145: 373-379. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000300012
- ¹⁴¹ Charles T, Fen Y. Mixed Methods Sampling, a Typology With Examples. *Journal of Mixed Methods Research* [internet]. 2002 [consultado 8 Junio 2019]; 1(1): 77-100. Disponible en: https://pdfs.semanticscholar.org/4df8/d281d028a98cec68cfa004c917a9d53a891d.pdf?_ga=2.253704719.727211640.1610687122-1956565071.1610687122
- ¹⁴² Saunders B, Sim J, Kingstone T, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant* [internet]. 2017 [consultado 88 junio 2020]; 52 (4): 1893-1907. Disponible en: <file:///C:/Users/AnniLu/Downloads/Saunders2018 Article SaturationInQualitativeResearc.pdf>
- ¹⁴³ Noble H, Smith J. Issues of validity and reliability in qualitative research. *Evid Based Nurs* [internet]. 2015 [consultado 8 Junio 2019]; 18 (2): 34-35. Disponible en: <https://ebn.bmj.com/content/ebnurs/18/2/34.full.pdf>
- ¹⁴⁴ Ryan K, Constance W. Rigor in qualitative research: mechanisms for control. *Nurse researcher* [internet]. 2009 [consultado 8 Junio 2019]; 16(3): 70-85. Disponible en: doi: 10.7748/nr2009.04.16.3.70.c6947.
- ¹⁴⁵ Graneheim U, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* [internet]. 2004 [consultado 8 Junio 2019]; 24(2): 105–112. Disponible en: doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.

-
- ¹⁴⁶ Bermúdez A, Cárdenas M, Fernández V. et al. Principios éticos para la investigación en la ENEO. [internet]. 2013 [consultado 17 junio 2019]. Disponible en <http://bit.ly/2ay4D0E>.
- ¹⁴⁷ Strauss A. Corbin J. Bases para realizar la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. [internet] 1ra Ed. Antioquia: Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería; 2002. [citado 28 mayo 2019] Disponible en: <https://diversidadlocal.files.wordpress.com/2012/09/bases-investigacion-cualitativa.pdf>
- ¹⁴⁸ Panrod J, Kitkol. Fang Lch. Carolyn L. Wiener. Dodd Merylin. Teoría de la trayectoria de la enfermedad: En Raile AM. Mairiiner TA. Modelos y Teoría de Enfermería. 7° Ed. Elsevier, España. 2022; p.641.
- ¹⁴⁹ Mendoza BZ. La carrera del enfermo de tres sujetos triquis con enfermedades graves. Estudios de Antropología Biológica [internet]. 2013 [consultado 18 septiembre 2020]; 15: 7773-793. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/eab/article/view/56755/50341>
- ¹⁵⁰ Peláez I, Romero M, Ramos L, et al. Illness trajectories in Mexican children with juvenile idiopathic arthritis and their parents. Rheumatology [internet]. 2006 [consultado 18 septiembre 2020]; 45 (11): 1399–1403. Disponible en: <http://repositorio.inprf.gob.mx/handle/123456789/5191>
- ¹⁵¹ Benkel I, Ljungqvist E, Arnby M, Molander U. “Not Thinking that This Means the End When You Are Seriously Ill but Doing Something Positive about It”—A Qualitative Study of Living with A Life-Changing Disease. Diseases [internet]. 2019 [consultado 22 septiembre 2020]; 7 (3): 53. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6787749/pdf/diseases-07-00053.pdf>
- ¹⁵² Pozzar RA, Berry DL. Preserving Oneself in the Face of Uncertainty: A Grounded Theory Study of Women With Ovarian Cancer. Oncol Nurs Forum [internet]. 2019 [consultado 23 septiembre 2020]; 46(5):595-603. Disponible en: doi: 10.1188/19.ONF.595-603.
- ¹⁵³ Pisu M, Azuero A, McNeese P, Burkhardt J, Benz R, Meneses K. The out of pocket cost of breast cancer survivors: a review. J Cancer Surviv [internet]. 2010 [consultado 2 octubre 2020]; 4(3):202-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2922410/pdf/nihms198600.pdf>
- ¹⁵⁴ Ell K, Xie B, Wells A, Nedjat-Haiem F, Lee PJ, Vourlekis B. Economic stress among low-income women with cancer: effects on quality of life. Cancer [internet]. 2008 [consultado 2 octubre 2020];112(3):616-25. Disponible en: doi: 10.1002/cncr.23203.
- ¹⁵⁵ Whitehead L, Jacob E, Towell A, et al. The role of the family in supporting the self-management of chronic conditions: A qualitative systematic review. J Clin Nurs [internet]. 2018 [consultado 2 octubre 2020];27(1-2):22-30. Disponible en: Doi: 10.1111/jocn.13775.
- ¹⁵⁶ Lee AA, Piette JD, Heisler M, et al. Family members' experiences supporting adults with chronic illness: A national survey. Fam Syst Health [internet].

-
- 2017[consultado 3 octubre 2020]; 35(4):463-473. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5751928/pdf/nihms895677.pdf>
- ¹⁵⁷ Kneck Å, Fagerberg I, Eriksson LE, Lundman B. Living with diabetes - development of learning patterns over a 3-year period. *Int J Qual Stud Health Well-being* [internet]. 2014 [consultado 7 octubre 2020]; 9:24375. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4101455/pdf/QHW-9-24375.pdf>
- ¹⁵⁸ Rendle KA, May SG, Uy V, Tietbohl CK, Mangione CM, Frosch DL. Persistent barriers and strategic practices: why (asking about) the everyday matters in diabetes care. *Diabetes Educ* [internet]. 2013 [consultado 7 octubre 2020];39(4):560-7. Disponible en: <file:///C:/Users/AnniLu/Downloads/eScholarship%20UC%20item%203n40n5f4.pdf>
- ¹⁵⁹ Ledón L. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. *Revista Cubana de Endocrinología* [internet]. 2012 [consultado 3 octubre 2020]; 23(1): 76-97. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000100007
- ¹⁶⁰ Pimentel JA, Alonso MM, Bautista TM, et al. El significado de vivir con diabetes tipo 2 en la mujer adulta: dos contextos diferentes. XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Cuba. 2018. Disponible en: <http://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/view/304/351>
- ¹⁶¹ Stanze H, Schneider N, Nauck F, Marx G. "I can't get it into my head that I have cancer..."-A qualitative interview study on needs of patients with lung cancer. *PLoS One* [internet]. 2019 [consultado 9 octubre 2020];14(5):e0216778. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216778>
- ¹⁶² Lindh IB, Blomqvist K. Challenges faced in daily life by persons with type 2 diabetes: A meta-synthesis. *Chronic Illn*. 2019 [consultado 22 octubre 2020];15(3):167-186. Disponible en: doi: 10.1177/1742395318757852.
- ¹⁶³ Palmer-Wackerly AL, Dailey PM, Krok-Schoen JL, Rhodes ND, Krieger JL. Patient Perceptions of Illness Identity in Cancer Clinical Trial Decision-Making. *Health Commun* [internet]. 2018 [consultadp22 abril 2020];33(8):1045-1054. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6145173/pdf/nihms-1500407.pdf>
- ¹⁶⁴ Öhlén J, Balneaves L, Bottorffc J, et al. The influence of significant others in complementary and alternative medicine decisions by cancer patients. *Social Science & Medicine* [internet]. 2006 [consultado 15 marzo 2020]; 63: 1625–1636. Disponible en: doi: 10.1016/j.socscimed.2006.03.050.
- ¹⁶⁵ Balneaves L, Truant T, Kelly M. et al. Bridging the gap: decision-making processes of women with breast cancer using complementary and alternative medicine (CAM). *Support Care Cancer* [internet]. 2007 [consultado 16 marzo 2020]; 15:973–983. Disponible en: doi: 10.1007/s00520-007-0282-3.
- ¹⁶⁶ Weeks L, Balneaves LG, Paterson C, Verhoef M. Decision-making about complementary and alternative medicine by cancer patients: integrative literature review. *Open Med* [internet]. 2014 [consultado 22 abril 2020]; 8(2): e54-66. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4085086/pdf/OpenMed-08-54.pdf>

- ¹⁶⁷ Mwaka AD, Abbo C, Kinengyere AA. Traditional and Complementary Medicine Use Among Adult Cancer Patients Undergoing Conventional Treatment in Sub-Saharan Africa: A Scoping Review on the Use, Safety and Risks Cancer Manag Res [internet]. 2020 [consultado 14 abril 2020]; 12: 3699-3712. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7246319/pdf/cmar-12-3699.pdf>
- ¹⁶⁸ Jones E, Nissen L, McCrthy A. et al. Exploring the Use of Complementary and Alternative Medicine in Cancer Patients. Integrative Cancer Ther [internet]. 2019 [consultado 28 Junio 2019]; 18: 1-9. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1534735419854134>
- ¹⁶⁹ Wode K, Henriksson R, Sharp L, et al. Cancer patients' use of complementary and alternative medicine in Sweden: a crosssectional study. BMC Complementary and Alternative Medicine. 2019. 19 (62): 1-11. Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12906-019-2452-5.pdf>