

Factores socioculturales que intervienen en el rechazo al uso de insulina

Sociocultural Factors Involved in the Rejection of the Use of Insulin

Horacio Ávalos Ayala,* Claudia Janeth Morfin Macías,** Eduardo Alberto Ung Medina***

Resumen

Objetivo: determinar los factores socioculturales que intervienen en el rechazo al uso de insulina en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). **Métodos:** se realizó un estudio de corte transversal de marzo de 2015 a febrero de 2018, se estudiaron 314 pacientes, con diagnóstico de DM2 en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) no. 58 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Tepalcatepec Michoacán, México. Previa firma de consentimiento informado, se aplicó una encuesta de datos sociodemográficos y la Escala de Graffar-Méndez Castellanos. Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de las variables de estudio. **Resultados:** de la población estudiada, 179 fueron mujeres (57%) y 135, hombres (43%); la escolaridad se encontró como nula o básica en 211 participantes (67.2%); 141 tenían por ocupación el hogar (44.9%) y 233 eran obreros (74.2%). De estos participantes, 211 mencionaron que se les propuso que usaran insulina (67.19%), sin embargo, refirieron no recibir la información pertinente por parte del personal de salud sobre este tratamiento; el motivo del rechazo al uso de insulina fue temor a la ceguera en 127 pacientes (40.4%), la mayoría solo contaba con educación básica y tenía un nivel socioeconómico bajo. **Conclusiones:** existe una falsa creencia respecto al uso de insulina en los pacientes que temen quedarse ciegos, lo cual se relacionó con la escolaridad y el estrato socioeconómico bajos, así como con la falta de información adecuada por parte del personal de salud, factores que contribuyen al retraso en la insulinización con todas las consecuencias para la salud que esto conlleva.

Recibido: 24/05/2018
Aceptado: 11/02/2019

*Residente de Medicina Familiar,
UMF no. 76, IMSS.

**Médico familiar, UMF no. 75, IMSS.

***Médico familiar, UMF no. 81, IMSS.

Correspondencia:

Eduardo A. Ung Medina
eduardo.ung@imss.gob.mx

Palabras clave: diabetes mellitus, tipo 2, insulina, rechazo

Sugerencia de citación: Ávalos Ayala H, Morfin Macías CJ, Ung Medina EA. Factores socioculturales que intervienen en el rechazo al uso de insulina. Aten Fam. 2019;26(2): 58-62. <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2019.2.68829>

Summary

Objective: To determine the sociocultural factors involved in the rejection of the use of insulin in patients with diabetes mellitus type 2 (DM2). **Methods:** A cross-sectional study conducted from March 2015 to February 2018. 314 patients were studied, diagnosed with DM2 in the Family Medicine Unit (FMU) No. 58 of the Mexican Social Security Institute (IMSS) in Tepalcatepec Michoacán, México. Prior signed consent, a demographic data survey and the Graffar-Méndez Castellanos scale were applied. Descriptive statistics for the analysis of the studied variables was used. **Results:** the studied population included 179 women (57%) and 135 men (43%); schooling was null or basic in 211 participants (67.2%); 141 were dedicated to housework (44.9%), and 233 were workers (74.2%). 211 participants mentioned that they were proposed to use insulin (67.19%), however, they referred not receiving relevant information from health personnel about this treatment; the reason for the rejection of insulin use was fear of blindness in 127 patients (40.4%), most of them only had basic education and a low socio-economic level. **Conclusions:** There is a false belief in the use of insulin in patients who are afraid of becoming blind, which was related to low socio-economic education, as well as the lack of appropriate information by health personnel, factors that contribute to the delay in insulinisation with all the health consequences that this entails.

Keywords: diabetes mellitus, type 2, insulin, rejection

Introducción

En México, la DM2 representa un problema de salud pública importante y un

gran reto en el campo médico. La aceptación terapias como el uso de insulinas es fundamental para el control glucémico, sin embargo siguen existiendo tabúes y rechazo a usarla por parte de algunos pacientes.¹⁻³

La DM2 es una de las primeras causas de morbilidad en México; alrededor de 9.4% de la población de veinte a 69 años de edad la padece, y cerca de 30% de estos individuos desconoce que tiene esta enfermedad. Esto significa que una parte importante de la población que ya tiene DM2 no ha sido diagnosticada, y que probablemente lo sea en etapas ya avanzadas de la enfermedad, situación que, como parte de la atención primaria a la salud, debe ser evitada.⁴ Los costos asociados al tratamiento y sus complicaciones son elevados para los servicios de salud y los pacientes, por lo que el tratamiento adecuado contribuirá a reducir la incidencia, evitar o retrasar complicaciones y disminuir la mortalidad.⁵ Una de las terapias fundamentales en el control glucémico es el uso de insulina, la cual se indica en pacientes que no logran metas de control glucémico adecuadas a pesar del tratamiento con hipoglucemiantes orales, en combinación o dosis máximas, o en pacientes que presentan episodios de descontrol agudo de glucemia que impidan el uso de antidiabéticos orales, que están contraindicados con el uso de hipoglucemiantes orales y en embarazadas que padecen diabetes.^{6,7} Los adelantos tecnológicos han mejorado la insulinoterapia y han hecho versátil su utilización en combinación con hipoglucemiantes orales como sulfonilureas, biguanidas, glitazonas, incretinas, entre otros, por lo que el médico debe considerar estos antecedentes y conocer las propiedades de las diferentes insulinas

para elegir la adecuada para cada paciente y conseguir el control de la hiperglucemia.⁸ Es necesario identificar mitos, actitudes y el significado subjetivo que los pacientes asocian con el tratamiento, para entender y determinar las causas de la conducta social que llevan al paciente con descontrol metabólico a rechazar la insulinización, lo cual suele ser frecuente en ciertos estratos económicos y educativos.⁹

El uso de insulinas ha demostrado ser una herramienta eficaz para mejorar el control glucémico a largo plazo y en la calidad de vida de pacientes con DM2, sin embargo, tanto pacientes como médicos pueden hallar obstáculos o tener reservas al momento de elegir esta alternativa terapéutica.^{10,11}

Para lograr que los pacientes con DM2 acepten utilizar insulinas, es necesario establecer una relación médico-paciente que sea efectiva.¹² El paciente debe aceptar y entender su enfermedad, para poseer los conocimientos necesarios sobre su padecimiento y tener un papel activo en su control.¹³ Dado lo anterior, el objetivo de este estudio fue determinar los factores socioculturales que intervienen en el rechazo al uso de insulina.

Métodos

Estudio de corte transversal realizado del 1 de marzo de 2015 al 28 de febrero de 2018, en la UMF no. 58, del IMSS Tepalcatepec, Michoacán, tiene un registro de 360 pacientes adultos con diagnóstico de DM2. Se estudió a 314 pacientes que reunieron los criterios de inclusión: pacientes de ambos sexos con diagnóstico de DM2 no insulinodependientes. Se tomaron como criterios de exclusión: pacientes que no aceptaran participar en el estudio, pacientes con irregularidades en sus citas médicas mensuales y

pacientes que estuvieran en tratamiento con insulina. Los criterios de eliminación fueron: pacientes que optaron por no continuar con el estudio, pacientes sin un registro adecuado de glicemia, pacientes que no contestaron adecuadamente las encuestas. El estudio fue aprobado por el CLIES (Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud) 1603 del Hospital General de Zona (HGZ) no. 8 de Uruapan, Michoacán, México; todos los pacientes en este estudio dieron su autorización por escrito para participar en la presente investigación. La técnica para recabar información fue mediante observación y entrevista con el paciente. Se utilizó el Instrumento Graffar-Méndez Castellanos, que clasifica el estrato socioeconómico familiar, mismo que evalúa la profesión del jefe de familia, nivel educativo de la madre, principal fuente de ingreso de la familia y condiciones de alojamiento; dicho instrumento otorga el siguiente puntaje: 4 a 6 estrato alto; 7 a 9 estrato medio alto; 10 a 12 estrato medio bajo; 13 a 16 estrato obrero; 17 a 20 estrato marginal. Para solicitar información referente a datos generales, aspectos sociodemográficos e información relacionada con mitos y creencias, se elaboró un cuestionario que consta de una serie de ítems con ese propósito. El análisis estadístico utilizó estadística descriptiva de frecuencias y porcentajes. Todos los cálculos se procesaron con el programa SPSS v. 18 para Windows.

Resultados

Del total de pacientes con DM2 adscritos a la UMF referida, se estudiaron 314, quienes cumplían con los requisitos de inclusión, el resto quedó excluido por encuestas incompletas y porque no aceptaron participar en el estudio.

Respecto al género de los pacientes, 179 fueron mujeres (57%) y 135, hombres (43%). En relación con la ocupación, 141 realizaban labores en el hogar (44.9%), seguido de 82 que eran empleados (26.1%). Respecto al grado de escolaridad se encontró que 211 tenían solamente estudios de primaria (67.2%), tabla 1.

El tiempo de evolución de la enfermedad en los pacientes fue de 3 a 35 años (figura 1).

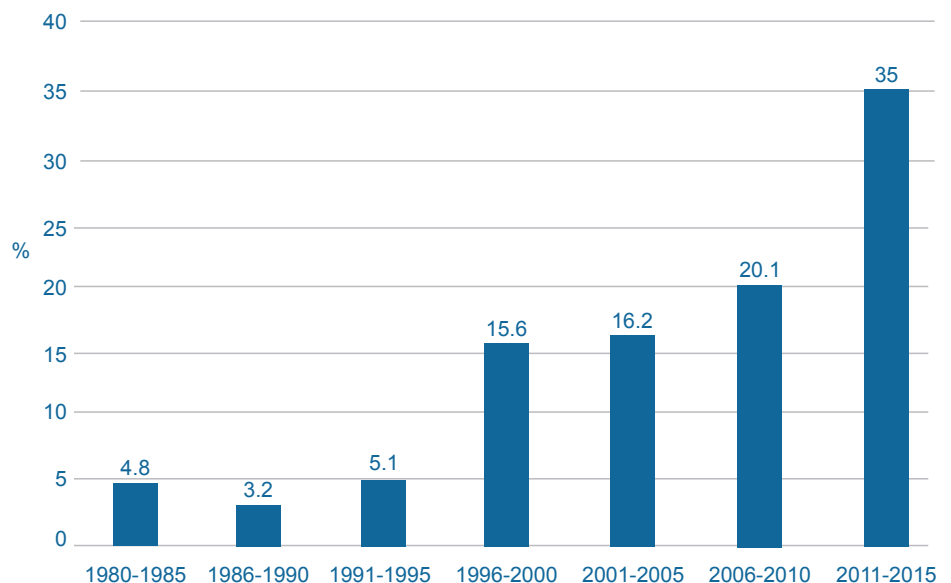
Al aplicar el Instrumento de Graffar-Méndez Castellanos para evaluar el estrato socioeconómico, los resultados fueron: pacientes con estrato obrero 233 (74.2%); estrato medio bajo 55 (17.5%); en menor proporción, estrato marginal 20 (6.4%) y estrato medio alto 6 (1.9%).

La tabla 2 muestra los resultados en relación con la información sobre el uso de insulinas en los pacientes; 204 contestaron que nunca les han propuesto

Tabla 1.
Variables sociodemográficas

Variable	n (%)
Ocupación	
Hogar	141 (44.9%)
Empleado	82 (26.1%)
Comerciante	29 (9.2 %)
Pensionado	28 (8.9%)
Campesino	26 (8.3%)
Profesionista	8 (2.5%)
Escolaridad	
Analfabeta	43 (13.7%)
Sabe leer y escribir	42 (13.4%)
Primaria	126 (40.1%)
Secundaria	55 (17.5%)
Bachillerato	30 (9.6%)
Licenciatura	18 (5.7%)

Figura 1. Tiempo de evolución de la DM2



el uso de insulina (64.96%), 195 no aceptarían el uso de insulina dentro de su tratamiento habitual (62.1%) y 278 refirieron que nunca les habían informado sobre su uso y efectos o que la información brindada al respecto había sido insuficiente (88.5%).

Respecto a las creencias y percepción que los pacientes tienen del tratamiento con insulina, 127 refirieron temor a usarla (40.4%), 30 lo asociaron con dolor (9.6%), de 76 no se obtuvo información (24.2%), en 98 había temor de quedar ciegos por su uso continuo

(31.21%) y 63 refirieron que podría dañar el riñón (20.1%). Las diferentes causas y creencias para este rechazo se señalan en la tabla 3.

Discusión

Existen diferentes factores que influyen en el desarrollo etiológico de la DM2, se requiere analizar aquellos aspectos clínico epidemiológicos para lograr un mejor control de esta enfermedad.¹⁴ La insulina es el hipoglucemiante mejor conocido y el más efectivo, su uso en el tratamiento de la 2 es fundamental

para tener un mejor control metabólico y es relativamente accesible en términos económicos.^{15,16}

Se ha determinado que uno de los aspectos clave en el manejo y control de la DM2 es la relación médico paciente, en este sentido se ha señalado que la falta de comunicación efectiva con el paciente y darle información inadecuada constituyen el principal factor para el rechazo al uso de insulinas e insulinización temprana.¹⁷ Ante este panorama, los médicos de primer contacto tienen que establecer una adecuada comunicación que permita terminar con malas creencias respecto al tratamiento.

Algunos pacientes pueden considerar que el médico de primer contacto los obliga a usar insulina por no tener un control metabólico adecuado, lo que provoca resistencia a las recomendaciones médicas y rechazo al uso del medicamento, a pesar de las graves consecuencias que implica para su salud. Por tal motivo, los médicos familiares deben hacer esfuerzos encaminados a modificar la percepción del paciente respecto al uso de insulina.

En la actualidad, persisten mitos y creencias acerca del uso de insulinas, sobre todo en la población de estrato socioeconómico bajo y obrero, ejemplo de ello es que creen que el uso de insulina provoca ceguera, insuficiencia renal o aumento de peso. Es importante señalar que muchos pacientes con DM2 relacionaron el uso de insulinas con la etapa terminal de la enfermedad; situación que se reporta en otros estudios.^{18,19}

Se señala como limitante en este estudio que debido a la población rural estudiada y a las condiciones socioeconómicas que presenta, los resultados de este trabajo no pueden ser extrapolables a la población en general; no obstante, el

Tabla 2. Información y conocimiento acerca del uso de insulinas

Pregunta	N (%)				
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿Le han propuesto el uso de insulina?	204 (65%)	20 (6.4%)	50 (15.9%)	40 (12.7%)	
¿Aceptaría el uso de insulina?	111 (35.4%)	52 (16.6%)	32 (10.2%)	107 (34.1%)	12 (3.8%)
¿Le han informado sobre el uso y efectos de la insulina?	193 (61.5%)	68 (21.7%)	17 (5.4%)	36 (11.5%)	

Tabla 3. Causas de rechazo a la insulina

	Factor	N (%)
Causas de rechazo a la insulina, expresadas por el paciente	Temor	127 (40.4%)
	Dolor	30 (9.6%)
	Aumento de peso	8 (2.5%)
	Falta de información	76 (24.2%)
	Tratamiento de por vida	47 (15%)
	No rechazaría	26 (8.3%)
Efectos que el paciente considera que causa la insulina	Ceguera	98 (31.2%)
	Muerte	44 (14.4%)
	Daño al riñón	63 (20.1%)
	Enfermedad vascular cerebral	6 (1.9%)
	Amputación de miembros	2 (0.6%)
	Nada	44 (14%)
	Ignoran si causa efecto	57 (18.2%)

principal aporte de esta investigación fue contextualizar en una población de bajos recursos, con usos y costumbres muy arraigadas, la problemática en cuanto al uso y aceptación del tratamiento con insulina en pacientes con DM2.

Conclusión

Los factores que intervienen en el rechazo del uso de insulina en la población que se estudió fueron: escolaridad, falta de información otorgada por el personal de salud, poca comprensión del uso de insulinas y los efectos que causa, así como pertenecer a un estrato económico bajo. Existen barreras ante el uso de insulinas por parte de los pacientes con DM2 por el temor a perder la vista, lesión renal y dolor, creencias muy arraigadas, pero que pueden eliminarse mejorando la comunicación entre el paciente y el personal de salud. Ante esto, el reto para el personal de salud y el paciente consiste en tener una comunicación adecuada, con el propósito de evitar complicaciones futuras y reducir costos en la atención médica.

Referencias

1. Rivera J, Gutiérrez J, Rodríguez M. Ensanut. Resultados Nacionales 2012. Instituto Nacional de Salud Pública. 2012;23-174.
2. Ananya M. Historia de la Diabetes. N Med. 2015;1:15-8.
3. Roldán B, Ayuso C, González C, Matos S, Escobar F. Is monitoring type II diabetes mellitus different in urban and rural environments? Rev. Clin. Med. Fam. 2012;5(2):104-10.
4. DOF. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. [Internet] [citado en 2018 Ene 20]. Disponible en <http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4215/salud/salud.htm>
5. Dickerson L, Ye X, Sack J, Hueston W. Glycemic control in medical in patients with type 2 Diabetes mellitus receiving sliding scale insulin regimens versus routine diabetes medications: a multicenter randomized controlled trial. Ann Fam Med. 2003;1(1):29-35.
6. Shubrook J. Insulin for type 2 diabetes: how and when to get started: with guidelines now calling for initiation of basal insulin for patients who are not at goal a year after diagnosis, familiarity with optimal timing, dosing, and titration is critical for family physicians. J Fam Pract. 2014;63(2):76-81.
7. Hayes R, Fitzgerald J, Jacober S. Primary care Physician beliefs about insulin initiation in patients with type 2 diabetes. Int J Clin Pract. 2008;62(6):860-68.
8. Zarate A, Hernández V, Saucedo R. Manejo de la Diabetes Mellitus tipo 2. Rev. Acta med Ángeles. 2008;2:91-92.
9. Hayat A, Shaikh N. Barriers and myths to initiate insulin therapy for type 2 diabetes mellitus at primary health care centers of Hyderabad District. World Applied Sciences Journal. 2010;8(1):66-72.
10. Lagunes R, Galindo I, Castillo A, Romero C, Rosas F. ¿Por qué los médicos no utilizan en forma temprana la insulinización en pacientes con diabetes mellitus tipo 2? Un estudio cualitativo en una ciudad mexicana. Salud Colec. 2017;13(4):693-712.
11. Abdulaziz B, Chenoweth I. Barriers that practitioners face when initiating insulin therapy in general practice settings and how they can be overcome. World J Diabetes. 2017;8(1):28-39.
12. American Diabetes Association. The Journal of clinical and applied research and education: Diabetes care. 2018
13. Balcázar P, Bonilla M, Gurrola G, Virseda J, Ortiz P. La experiencia de vivir con diabetes: un abordaje cualitativo. Diabet Hoy Med Sal. 2007;8(2):1799.
14. Rosas J, Ruy L. Documento de posición de ALAD con aval de Sociedades de Diabetes y Endocrinología Latinoamericanas para el tratamiento de la Diabetes Tipo 2. Rev. Endoc Nutr. 2010;18(2):108-19.
15. Conget I, Giménez M. Insulinización temprana: ¿a favor o en contra? Avances en Diabetología. Av. Diabetol. 2008;24(6):507-508.
16. Narihito Y. Psychological reluctance to Insulin therapy: as an illness side of diabetes mellitus. Diabetology International. 2018;9(2):82-3
17. Ponte K. Barreras para la insulinización precoz en pacientes diabéticos tipo 2 atendidos en el módulo de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue y Centros de salud de Tacna. Universidad Privada de Tacna. 2017.
18. Moreno J, Velasco A, Matallana M. Síndrome metabólico en niños y adolescentes. Rev Gastro. 2014;16(2):121-31.
19. Acosta R, García B, Saldaña V. Concepciones culturales sobre insulinoterapia de pacientes diabéticos tipo 2. Rev Salud Pública Nutr. 2012;13(1):1.