PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

"REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE DIABETES MELLITUS Y SUS COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS Y SUS FAMILIAS QUIENES ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL CENTRO DE SALUD TIPO C CONOCOTO EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2019".

Disertación previa a la obtención del título de Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria

Autoras: Ligia Avelina Amagua Loachamín

Ingrid Vanessa Pazmiño Realpe

Director: Dr. José Sola Villena

Quito, 2019

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Amagua Loachamín Ligia Avelina** C.C. No. **1719241513** y **Pazmiño Realpe Ingrid Vanessa** C.C. No. **1205268103** autores del trabajo de graduación intitulado: **"REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE DIABETES MELLITUS Y SUS COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS Y SUS FAMILIAS QUIENES ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL CENTRO DE SALUD TIPO C CONOCOTO EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2019"**, previa a la obtención del título profesional de **Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria** de la Facultad de **Medicina**:

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la **SENESCYT** en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 17 septiembre de 2019

Amagua Loachamín Ligia Avelina
C.C. No. **1719241513**

Pazmiño Realpe Ingrid Vanessa
C.C. No. **1205268103**

Av. 12 de Octubre 1076 y Ramón Roca
Apartado postal 17-01-1475
Telf.: (593) 2 299 17 00 ext. 1475

Quito – Ecuador www.puce.edu.ec

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios, por darnos la fortaleza necesaria durante el posgrado en pos de nuestro crecimiento personal y profesional.

A nuestras familias, que nos han apoyado incondicionalmente durante todo este proceso.

A nuestros tutores de comunidad y docentes, quienes contribuyeron en nuestra formación como Médicas Familiares.

Al Dr. José Sola, por su guía y acompañamiento durante el desarrollo de nuestra investigación.

A la Administración Técnica del Centro de Salud Tipo C Conocoto, por su valioso aporte en estos tres años durante nuestra formación como especialistas.

A nuestros pacientes, por su confianza y su colaboración para la realización de este proyecto.

DEDICATORIA

A mi madre, quien con su amor incondicional e infinito constituye mi principal ejemplo y motivación demostrándome que todo esfuerzo tiene su recompensa.

A mi hermana Liliana, quien sigue siendo mi compañera de vida y me enseñó que cada día merece la pena vivirse.

A mi pequeña Miley, quien desde su nacimiento contribuye diariamente a mi evolución personal.

A Pablo amigo entrañable, que fue mi guía para incursionar en la Medicina Familiar.

Ligia

A mi amado hijo Thomas, quien con su nacimiento durante mi posgrado cambió mi vida, cumpliendo mi sueño de ser madre, te convertiste en mi motivo de lucha e hiciste que todo esfuerzo y sacrificio valga la pena, a pesar de los días y noches en los que tuve que ausentarme por las largas jornadas en el posgrado.

A mi incondicional esposo por su amor y apoyo desde el inicio, a mi madre y hermano Fabricio quienes a la distancia siempre me alentaron a alcanzar mis metas y por último y no menos importante a Fernando, Viviana y Martin, porque me dieron mucha fortaleza y un hogar lleno de amor donde llegar en estos 3 años de estudio.

Ingrid

LISTA DE ABREVIATURAS

APA: American Psychological Association

CNBS: Comisión Nacional de Bioética en Salud

DM 2: Diabetes mellitus tipo 2

DPP-4: Dipeptidil peptidasa

ECNT: Enfermedades crónicas no transmisibles

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

FID: Federación Internacional de Diabetes

GLP-1: Péptido similar al glucagón tipo 1

HbA1C: Hemoglobina glicosilada

IEES: Instituto ecuatoriano de seguridad social

INEC: Instituto nacional de estadísticas y censos

ISSFA: Instituto de seguridad social de las fuerzas armadas del Ecuador

ISSPOL: Instituto de seguridad social de la policía

MAIS: Modelo de atención integral de salud

MSP: Ministerio de salud pública

NPH: Protamina neutra de Hagedorn

OMS: Organización mundial de la salud

ÍNDICE

Resumen……..……13

CAPITULO I…….17

1.1 Introducción……..17

1.2 Justificación……..18

CAPITULO II……...20

Marco teórico

2.1 Antecedente del tema……20

2.2 Definición de diabetes mellitus 2……..21

2.3 Clasificación de la diabetes mellitus2……...21

2.4 Día mundial de la diabetes mellitus 2……...22

2.5 Epidemiología en el Ecuador de la DM2. ……23

2.6 Representaciones sociales ……24

2.6.1 Mecanismos de formación de las representaciones sociales……..25

2.6.2 El pensamiento de sentido común……..25

2.6.3 Estudio de las representaciones sociales……26

2.6.4 Características de las representaciones sociales……27

2.6.5 Definición de las representaciones sociales……...28

2.6.6 Clasificación de las representaciones sociales……..……29

2.6.7 Representaciones sociales y enfermedades crónicas no transmisibles…….30

CAPITULO III……..33

Objetivo……...33

3.1 Objetivo general……33

3.2 Objetivos específicos……33

3.3 Hipótesis de trabajo……..33

CAPITULO IV……..……34

Metodología……34

4.1 Título de la investigación……..34

4.2 Lugar de la investigación……..34

4.3 Línea de investigación en la que se circunscribe el proyecto……...34

4.4 Problema de investigación……34

4.5 Metodología……..34

4.6 Unidad de análisis ……...…….35

4.7 Universo de estudio……...……36

4.8 Datos estadísticos de diabetes mellitus 2 en la unidad de salud……...……36

4.9 Muestra de estudio …….……..36

4.10 Criterios de inclusión y exclusión ……..37

4.11 Tabla de exposición de las categorías cualitativas de estudio……38

4.12 Procedimiento de la recolección de información……40

4.13 Plan de análisis de la información……..40

4.14 Aspectos bioéticos……..42

CAPITULO V…….…..44

Resultados……..44

5.1 Descripción etnográfica de la parroquia de Conocoto…….44

5.2 Niveles de atención…….……...…48

5.3 Descripción del Centro de salud tipo C Conocoto……51

5.4 Fundamentos del procedimiento……..52

5.5 Análisis del discurso…….54

5.6 Análisis ideológico……56

5.7 Exposición de los resultados…….……57

5.7.1 Modelo analítico……...…….57

5.7.2 Narrativa de los pacientes…….58

5.7.3 Narrativa de los médicos…….……..…..109

CAPITULO VI...…….121

Discusión……...……121

CAPITULO VII..……134

Conclusiones y recomendaciones……...……134

7.1 Conclusiones……...……134

7.2 Limitaciones del estudio…….137

7.3 Recomendaciones……...137

BIBLIOGRAFIA……140

ANEXOS……..150

ANEXOS

Anexo 1: Guía semiestructurada de entrevista 01 y 02…..……..……150

Anexo 2: Información y formulario del consentimiento informado…….156

Anexo 3: Entrevistas citadas según normas APA 6ta edición……..……162

Anexo 4: Niveles de atención, niveles de complejidad y nombres de los Establecimientos de Salud……165

Anexo5: Fotografías de las matrices de análisis……166

LISTA DE IMÁGENES

Imagen 1: Día Mundial de la Diabetes……...22

Imagen 2: Parroquia de Conocoto……...45

Imagen 3: Mapa Parroquia Conocoto……..……47

Imagen 4: Niveles de atención en salud……..……49

Imagen 5: Centro de Salud tipo C Conocoto……..51

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Estimación de mortalidad en el país según datos de la OMS 2014……..20

Tabla 2: Tabla de exposición de las categorías cualitativas de estudio……..39

Tabla 3: Niveles de atención, niveles de complejidad y nombres de los establecimientos de salud en primer, segundo, tercer, cuarto niveles de atención y atención prehospitalaria…….165

Tabla 4: Características de los participantes……53

Tabla 5: Elementos del discurso……..……55

Tabla 6: Estructuras básicas del análisis ideológico……56

Tabla 7: Tiempo de diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2……58

Tabla 8: Medicina alternativa citada por los entrevistados…….82

Tabla 9 : Tabla de resumen entrevistas de los pacientes……..……108

Tabla 10: Tabla de resumen entrevistas de los médicos……...118

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Lugar de diagnóstico de DM 2……..……59

Figura 2: Informante del diagnóstico de DM2……61

Figura 3: Tipo de tratamiento indicado para DM2……..……63

Figura 4: Cumplimiento del tratamiento recomendado para DM2……..65

Figura 5: Conocimiento sobre la DM2…….68

Figura 6: Relación de la DM2 con otras enfermedades……72

Figura 7: Causas de la DM2……75

Figura 8: Sintomatología de la DM2……79

Figura 9: Tratamientos conocidos para la DM2……..,……82

Figura 10: Que entiende por estar o sentirse enfermo….……...89

Figura 11: Enfermedades que limitan o limitarían las actividades cotidianas……..92

Figura 12: Asociación de DM2 con enfermedad……..95

Figura 13: Cree que el tratamiento que lleva para la DM2 le está funcionando……..……..97

Figura 14: Cree que la diabetes tiene cura……105

Figura 15: DM2 como enfermedad llevadera……107

Figura 16: Resumen comparativo de las entrevistas de los pacientes y los médicos..120

RESUMEN

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica, progresiva, provocada por defectos en la secreción de insulina (ausencia o deficiencia), de su acción o ambas, dentro de su etiopatogenia se encuentran implicadas complejas interacciones entre genes y factores ambientales. En el Ecuador es la segunda causa de muerte después de las enfermedades isquémicas del corazón, el número de fallecidos por diabetes mellitus 2 creció en un 51% en 10 años, para el 2007 la cifra de fallecidos era de 3292, en el 2016 ésta cifra asciende a 4906.

La representación social es una forma de conocimiento específico que produce los significados necesarios para comprender, actuar y orientarse en un medio social. Son referencias del sentido común que permiten a la gente describir, explicar y actuar en la vida cotidiana.

OBJETIVO: Determinar las representaciones sociales que sobre la diabetes mellitus y sus complicaciones tienen los pacientes diabéticos y sus familias, que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar del Centro de Salud tipo C Conocoto en el primer semestre del 2019.

METODOLOGÍA: Es un estudio de enfoque cualitativo, tiene como propósito recolectar, interpretar y analizar los aspectos relevantes de las conductas de un grupo. Para la investigación, se tomó como fuente de información a 50 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus 2, de los cuales 30 mujeres y 20 hombres. A todos ellos, se les aplicó una entrevista semiestructurada con el propósito de analizar el discurso y conocer la opinión de los participantes sobre este problema de salud. De

acuerdo con el análisis del mensaje planteado por Prieto, se deben tomar en cuenta las siguientes herramientas: Idea núcleo, modo de prédica y grado de referencialidad

RESULTADOS: Los pacientes que formaron parte de este estudio en su mayoría fueron diagnosticados en el primer nivel de atención y la información acerca de su diagnóstico, fue emitida por el médico, quien inició tratamiento farmacológico y no farmacológico para esta patología. Los entrevistados reconocen a la diabetes mellitus 2, como una enfermedad crónica, peligrosa y silenciosa cuya causa principal es la "mala" alimentación y hereditaria. El principal síntoma mencionado en su mayoría es polidipsia, seguido de polifagia y poliuria. Están muy bien informados acerca de las complicaciones crónicas de esta enfermedad entre las cuales nos mencionan: Retinopatía diabética, Enfermedad Renal Crónica, Pie diabético, Disfunción eréctil, entre otras.

CONCLUSIONES: Las representaciones sociales descritas en los pacientes con diabetes mellitus es que ellos reconocen a la diabetes como una enfermedad, los entrevistados están familiarizados con las complicaciones crónicas de la misma, por lo cual se pudo evidenciar un alto porcentaje de cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Palabras clave: Diabetes mellitus tipo 2, Representaciones sociales.

ABSTRACT

Type 2 diabetes mellitus is a chronic, progressive disease, caused by defects in insulin secretion (absence or deficiency), its action or both; complex interactions between genetic and environmental factors are involved in its etiopathogenesis. In Ecuador it is the second cause of death after ischemic heart disease, the number of deaths from diabetes mellitus 2 has risen to 51% in 10 years, by 2007 the death toll was 3292, in 2016 this amount increased to 4906.

Social representation is a specific form of knowledge that provides the necessary information to understand, act and orient in a social environment. It is a common sense framework that allows people to describe, explain and act in everyday life.

OBJECTIVE: To determine the social representations that diabetes mellitus and its complications have over diabetic patients and their families, who attended the Type C Conocoto Family Medicine outpatient at the Health Center in the first half of 2019.

METHODOLOGY: It is a qualitative approach study, whose purpose it is to collect, interpret and analyze important aspects from the behaviors of a group. For the investigation, a total of 50 patients who were diagnosed with Type 2 Diabetes Mellitus participated in the investigation, with 30 women and 20 men. A semi-structured interview was applied to all of them, for the purpose of analyzing the discourse and to get to know the opinion of the participants about this health problem. According to the analysis of the message proposed by Prieto, the following tools must be taken into consideration: Core idea, Preaching mode and Referentiality degree.

RESULTS: The patients who were part of this study were mostly diagnosed at the first level of care and the information about their diagnosis was issued by the doctor, who initiated pharmacological and non-pharmacological treatment for this pathology. The interviewees recognize diabetes mellitus 2 as a chronic, dangerous and silent disease whose main causes are “bad” eating habits and hereditary. The mainly mentioned symptom is polydipsia, followed by polyphagia and polyuria. They are very well informed about the chronic complications of this disease, among which they are mentioned: Diabetic retinopathy, Chronic Renal Disease, Diabetic foot, Erectile dysfunction, among others.

CONCLUSIONS: The social representations described in patients with diabetes mellitus is that they recognize diabetes as a disease, the interviewees are familiar with the chronic complications of the disease, a high percentage of adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment was evidenced.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, Social representations.

CAPITULO I

Introducción

1.1 Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente las enfermedades cardiovasculares y la diabetes mellitus tipo 2 son la mayor causa de enfermedad, muerte prematura y de discapacidad en la mayoría de los países de las Américas. Los factores de riesgo comunes que comparten estas enfermedades, incluyen la dieta no saludable, el tabaquismo, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol. (OMS/OPS,2014)

En el Ecuador, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-ECU 2012-2014), el sobrepeso y la obesidad afectan a todos los grupos de edad, alcanzando niveles de una verdadera epidemia, con consecuencias en el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles. (OMS/OPS,2014)

En el Ecuador las enfermedades crónicas no transmisibles representan la causa principal de enfermedad y muerte prematura y evitable. Su carga social y económica incide en el bienestar individual y familiar, y en el desarrollo social y económico. (OMS/OPS,2014)

La diabetes es una importante causa de ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores. Aproximadamente la mitad de las muertes atribuibles a la hiperglucemia tienen lugar antes de los 70 años. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030.

La dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y la evitación del consumo de tabaco previenen la diabetes de tipo 2 o retrasan su aparición. (OMS, 2018)

1.2 Justificación

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) al ser entidades patológicas de larga duración, someten al individuo a una cronicidad generalmente lenta ocasionando ahogo, desconsuelo, sufrimiento, dolor, tristeza y abandono. (Patiño, 2016)

En el año 2016 en el Ecuador la diabetes mellitus fue la tercera causa de mortalidad masculina y la segunda causa de mortalidad femenina. (INEC, 2016)

La prevalencia de la diabetes mellitus ha aumentado con rapidez en los últimos años a consecuencia del sobrepeso, obesidad, sedentarismo actualmente evidenciado desde edades muy tempranas.

Al ser la diabetes mellitus una enfermedad potencialmente prevenible, en la formación de los profesionales de la salud, es adecuada la generación y el refuerzo de conocimientos sobre este tema teniendo en cuenta las características geográficas, y culturales propias de nuestra población de estudio.

Los estudios sobre representaciones sociales y enfermedades crónicas no transmisibles tienen como objetivo evidenciar el sentido común de pacientes portadores con respecto a la enfermedad.

Es importante señalar que en la actualidad el considerar la dimensión sociocultural de las enfermedades es un factor clave a estudiar, no únicamente para la generación de

nuevo conocimiento per se, sino sobre todo para contribuir de forma efectiva en la prevención y control de los daños a la salud.

Con los estudiantes de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria se trabajaron 5 temas en territorios distintos: Santo Domingo de los Tsáchilas, Portoviejo y Conocoto, y cada uno de ellos constituyó una unidad propia de investigación que se expresa como él requiso de titulación de la especialidad. Sin embargo, estos estudios servirán para comparar la situación en el Ecuador.

Estudios de similares características al planteado, se están realizando en Cuba, México y Colombia como parte del plan de la Red Latinoamericana de Estudios en Enfermedades Crónicas no transmisibles, los productos del trabajo realizado permitirá conocer las similitudes y diferencias socioculturales de los cuatro países mencionados en relación a cómo las personas con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial comprenden y actúan en consecuencia de ciertos sistemas de significación cultural.

El no comprender o tomar en consideración el entorno cultural del paciente diabético repercute negativamente en la relación médico-paciente y esto conlleva a la no adherencia al tratamiento secundario a desconocimiento de la evolución de la enfermedad, del régimen terapéutico y de las consecuencias del incumplimiento. (Dilla, 2009)

El proyecto de investigación resultó factible por los bajos costos que se generaron, la recolección de información a través de entrevistas reforzó la relación con nuestros pacientes, la muestra fue manejable, sin embargo, el proceso para llevar a cabo las entrevistas requirió llamadas telefónicas, movilización a los domicilios de algunos pacientes y turnos extras.

CAPITULO II

Marco Teórico

2.1 Antecedentes del tema

Las Enfermedades Crónico No Transmisibles (ECNT) son definidas como aquellas entidades patológicas de larga duración y prolongación continua, lo que somete al individuo a una cronicidad generalmente lenta ocasionando ahogo, desconsuelo, sufrimiento, dolor, tristeza y abandono. Las ECNT tienen implicaciones sociales, económicas y para la salud.

En este grupo se engloban cuatro entidades patológicas

a) Enfermedades cardiovasculares

b) Diabetes mellitus

c) Enfermedades respiratorias crónicas

d) Cáncer

(Torres, 2009)

Tabla 1: Estimación de mortalidad en el país según datos de la OMS 2014:

ECUADOR	**% Probabilidad de morir por ECNT**	**Población en millones**	**Mortalidad total miles**	**% ECNT**
	12	15	81000	67

(Torres, 2009)

2.2 Definición de diabetes mellitus

La diabetes mellitus engloba un grupo heterogéneo de enfermedades metabólicas cuyo denominador común es la hiperglucemia crónica, provocada por defectos en la secreción de insulina (ausencia o deficiencia), de su acción o ambas, y se acompaña en mayor o menor grado, de alteraciones en el metabolismo de las grasas y de las proteínas. (Casado, 2012)

En la etiopatogenia están implicadas complejas interacciones entre genes y factores ambientales. La diabetes mellitus es una patología crónica que, independientemente de su etiología y del tratamiento empleado, evoluciona de forma progresiva a lo largo de su historia natural. (Casado, 2012)

A largo plazo se pueden producir alteraciones en varios órganos y sistemas, conocidas como "complicaciones macrovasculares y microvasculares", las cuales afectan el corazón, vasos sanguíneos, sistemas nerviosos central y periférico, los riñones y los ojos, condiciona una mortalidad prematura, principalmente de causa cardiovascular. (Casado, 2012)

Muchos pacientes pueden controlar su enfermedad mediante la reducción del peso corporal, el ejercicio o la utilización de agentes hipoglucemiantes orales, algunos pacientes no lo logran y requieren aporte exógeno de insulina. (Rubinstein, 2016)

2.3 Clasificación de la diabetes mellitus

La diabetes se pude clasificar en las siguientes categorías generales:

1. **Diabetes tipo 1:** Debido a la destrucción autoinmune de las células beta, que generalmente conduce a una deficiencia absoluta de insulina.

2. **Diabetes tipo 2:** Debido a una pérdida progresiva de la secreción de insulina de las células beta con frecuencia en el fondo de la resistencia a la insulina.
3. **Diabetes mellitus gestacional:** Diabetes diagnosticada en el segundo o tercer trimestre del embarazo que no fue claramente evidente antes de la gestación.
4. Tipos específicos de diabetes debido a otras causas, por ejemplo, síndromes de diabetes monogénica (como diabetes neonatal y diabetes de inicio en la madurez MODY), enfermedades del páncreas exocrino (como fibrosis quística y pancreatitis) y Diabetes inducida por sustancias químicas (como el uso de glucocorticoides, en el tratamiento del VIH/ SIDA o después de un trasplante de órganos. (Asociación Americana de Diabetes, 2018)

2.4 Día Mundial de la Diabetes



Imagen 1: Obtenido de https://www.fundaciondiabetes.org/diamundial/328/que-es-el-dia-mundial-de-la-diabetes

El Día Mundial de la Diabetes se celebra anualmente el 14 de noviembre. Dirigido por la Federación Internacional de Diabetes (FID), fue creado en 1991 por FID y la Organización Mundial de la Salud como medio para aumentar la concienciación global sobre la diabetes.

En el 2007, las Naciones Unidas celebraron por primera vez este día tras la aprobación de la Resolución en diciembre de 2006 del Día Mundial de la Diabetes, lo que convirtió al ya existente Día Mundial de la Diabetes en un día oficial.

Se escogió esta fecha por ser el natalicio de Frederick Banting quien, junto con Charles Best, concibió la idea que les conduciría al descubrimiento de la insulina, en octubre de 1921.

2.5 Epidemiología en el Ecuador

La diabetes mellitus tipo 2 es la segunda causa de muerte después de las enfermedades isquémicas del corazón, el número de fallecidos por diabetes mellitus 2 creció en un 51% en 10 años, para el 2007 la cifra de fallecidos era de 3292, en el 2016 ésta cifra asciende a 4906. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2016)

La prevalencia de fallecimientos por diabetes mellitus fue mayor en mujeres que en hombres (2628 mujeres fallecidas, 2278 hombres fallecidos).

Dentro de los factores que incrementan el riesgo de padecer diabetes mellitus tenemos los siguientes:

- Sedentarismo, no realizan ningún tipo de actividad física en la última semana 6 de cada 10 ecuatorianos.
- Malos hábitos alimenticios, existen 3 alimentos en los que más gastamos los hogares ecuatorianos los cuales son: arroz blanco, pan corriente y gaseosas.
- 6 de cada 10 ecuatorianos padecen de sobrepeso u obesidad.

(Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2016)

El papel del cuidado en las personas que la padecen es destacado por los profesionales de la salud, para prevenir daños y complicaciones, se consideran complementarias dos formas de cuidados: los provenientes del sistema de salud y los que las personas que la padecen realizan en su cotidianidad. (Giraudo, 2018)

Desde una perspectiva biomédica, el autocuidado desempeña un papel central en el control de la enfermedad, considerándose apropiado que las personas con diabetes mellitus tipo 2 bien informadas, optan por adherirse adecuadamente a los tratamientos. (Giraudo, 2018)

2.6 Representaciones sociales

Cuando Moscovici publicó, en 1961, un trabajo que presentaba la Teoría de las representaciones sociales, sus preocupaciones se centraron en el estudio de un conocimiento que comúnmente se pasa por alto en el ámbito de las ciencias clásicas: El conocimiento del sentido común. Por lo tanto, su enfoque estaba dirigido a ese conocimiento producido en la vida cotidiana, en las relaciones entre los sujetos en grupo y, en esta dirección, buscaba reafirmar el pensamiento social, es decir, ratificar que hay una sociedad que piensa y que tal pensamiento no puede ser considerado inferior al científico. (Nóbrega, 2016)

Con la noción de representaciones sociales, Moscovici proporcionó una revisión radical de la comprensión del sentido común. Superando las concepciones que dominaron la ciencia en este período, se negó a concebirla como conocimiento irracional e ilógico. De hecho, el sentido común tiene su propia racionalidad y

desempeña un papel importante en la vida cotidiana, ya que impregna y contribuye a la constitución de las realidades sociales. (Nóbrega, 2016)

Las representaciones sociales involucran no sólo el pensamiento verbal, racional, consciente, sino también elementos irracionales e inconscientes. Las representaciones sociales producen los significados necesarios para comprender, actuar y orientarse en un medio social. Son referencias del sentido común que permiten a la gente describir, explicar y actuar en la vida cotidiana. Los elementos que entran en juego en una representación social son numerosos y variados: en ella confluyen actitudes, opiniones, creencias, valores, metáforas, informaciones e imágenes que le dan cuerpo y estructura. (Rodríguez, 2001)

2.6.1 Mecanismos de formación de las representaciones sociales

Los mecanismos de formación de las representaciones sociales suelen admitir que los mecanismos que intervienen en la creación y el mantenimiento de una representación social son la objetivación y el anclaje. Estos mecanismos explican cómo lo social transforma un conocimiento en representación y cómo esta representación transforma lo social. (Rodríguez, 2001)

La objetivación es el proceso de recuperación de saberes sociales en una representación social y el anclaje es la incorporación de los eventos, acontecimientos, significados extraños a categorías y nociones familiares. (Rodríguez, 2001)

2.6.2 El pensamiento de sentido común

La existencia de representaciones sociales es explicada mediante una teoría de la transformación moderna del sentido común y de la ciencia. El sentido común

recupera los conceptos, analogías y formas lógicas de la ciencia. Se trata de un conocimiento sometido a la autoridad de la ciencia. (Rodríguez, 2001)

Diversos autores señalan una serie mayor de características del sentido común:

a) El conocimiento de sentido común es natural y familiar.

b) El pensamiento de sentido común es práctico porque sirve para establecer el sentido de las acciones.

c) El sentido común con que las personas entienden y actúan en su mundo no es estático, se transforma conforme a las épocas.

d) El sentido común se expresa de manera metafórica y proverbial.

(Rodríguez, 2001)

2.6.3 Estudio de las representaciones sociales

Los estudios en representaciones sociales deben partir de un análisis psicosocial, en el cual es necesario considerar que la representación social tiene necesariamente una génesis social y un carácter compartido, constituyéndose y constituyendo comunicaciones. Es decir, es un conocimiento producido en un contexto grupal que permite la creación de una realidad socialmente compartida. (Nóbrega, 2016)

Las representaciones sociales son conocimiento sobre fenómenos sociales, eventos u objetos construidos en la vida cotidiana por un grupo social, estando atravesados por las condiciones sociales, históricas y culturales relacionadas con este grupo. (Nóbrega, 2016)

Funcionalmente, las representaciones sociales describen y explican la realidad, dirigen formas de decir y hacer de los miembros de un grupo, son un recurso de razonamiento y acción social y cohesionan un grupo. (Pardo, 2007)

La teoría de las representaciones sociales se ha ganado un lugar importante en las ciencias sociales en la medida en que permite introducir el lenguaje y la cognición como dimensiones básicas de la cultura y la vida cotidiana. Esta teoría constituye un espacio de investigación, donde el campo de la comunicación y el de la vida cotidiana se unen. Permite analizar cómo determinado grupo social "ve", "interpreta", "da sentido", a una zona de sus vivencias individuales y colectivas. Las representaciones sociales son entendidas como modalidades del pensamiento de sentido común que se generan, permanecen y transforman mediante procesos comunicativos cotidianos y mediáticos. La teoría se orienta a comprender y explicar el pensamiento de sentido común. Al destacar su carácter social está vinculada con una sociología de la vida cotidiana o una teoría de la cultura. (Rodríguez, 2007)

2.6.4 Características de las representaciones sociales

Las representaciones sociales expresan esta doble característica de los saberes cotidianos: pueden ser asumidas práctica o reflexivamente. Las representaciones prácticas, puede decirse, expresan "modelos culturales" que, permaneciendo fuera de la conciencia cotidiana de los actores, constituyen el fondo que posibilita el entendimiento entre los mismos. Refieren aquello que pasa por presupuesto en el marco de la vida cotidiana, que se asume como evidente sin argumentación alguna y que genera sus prácticas correspondientes. Las representaciones que se asumen reflexivamente, por su parte, estarían configuradas por los significados que los actores

ponen en juego en sus relaciones comunicativas cotidianas y de los cuales son capaces de expresar un discurso explícito, tomar posiciones y ofrecer razones de sus posturas y elecciones prácticas. (Rodríguez, 2002)

2.6.5 Definición de las representaciones sociales

Tomando en cuenta el modelo de Serge Moscovici la representación social se define como una modalidad de conocimiento que tiene como finalidad la elaboración de comportamientos y la comunicación entre individuos.

La representación social es una de las actividades psíquicas mediante la cual la realidad física y social puede ser entendida y comprendida.

Robert Farr, sostiene que las representaciones sociales tienen una doble función: hacer que lo extraño resulte familiar y lo invisible perceptible.

Las representaciones sociales están determinadas por las condiciones en que son pensadas y construidas ya que por lo general surgen en momentos de crisis y conflictos.

Tajfel (2004) propone que las representaciones sociales requieren responder a tres necesidades:

a) Causalidad

b) Justificación

c) Diferenciación social

Mora (2002), menciona la definición propuesta por Abric, como un conjunto organizado y jerarquizado de juicios, actitudes e informaciones que un grupo social ha

elaborado a propósito de un objeto social. Este objeto es reconstruido en un sistema simbólico que es interiorizado por parte de los miembros de un grupo, que lo reproducen y lo comparten. Así, las representaciones sociales funcionan como un sistema de interpretación de la realidad, que rige las relaciones de los individuos con su entorno físico y social. Además de que determina sus comportamientos o sus prácticas.

Según otros autores las representaciones sociales son definidas como:

Comprende un proceso sociocognitivo específico, no solo una amplia clase de ideas o una categoría demasiado general destinada a abarcar todas las formas de pensamiento social. Al reconocer que las representaciones se generan y se adquieren, se vuelven más dinámicas y pierden su carácter estático, fijo y preestablecido que tenía el concepto original. (Nóbrega, 2016)

Las representaciones sociales son sistemas de interpretación del mundo que se ponen en evidencia a través de las opiniones, los juicios y las creencias de cierta comunidad, y cumplen, entre otros, un papel decisivo para la cohesión social.

Una representación social es un sistema de valores, ideas y prácticas con una doble función, la de orientar la actuación de las personas y la de hacer posible la comunicación en una comunidad. (Pardo, 2007)

2.6.6 Clasificación de las representaciones sociales

Según Moscovici, existen tres tipos de representaciones sociales en lo fundamental: emancipadas, polémicas y hegemónicas.

- **Las representaciones emancipadas**: Son propias de grupos que surgen con nuevas visiones y criterios del mundo, trayendo consigo la semilla de un posible cambio.
- **Las representaciones polémicas:** Son el resultado del antagonismo manifiesto entre grupos específicos.
- **Las representaciones hegemónicas:** Se distinguen por su elevado nivel de consenso, gracias a lo cual juegan un papel muy destacado en las prácticas sociales de los sujetos. (Rubira, 2018)

2.6.7 Representaciones sociales y enfermedades crónicas no transmisibles

A continuación, se menciona un ejemplo de representación social relacionado a enfermedades crónicas no transmisibles.

Dieta como herramienta de combate a las ECNT

Una táctica importante para reducir las ECNT consiste en reducir los factores de riesgo asociados a estas enfermedades, principalmente las dietas malsanas, la inactividad física y el consumo de tabaco y alcohol.

En un estudio sobre Representaciones Sociales de Dieta en Pacientes con Enfermedad Crónica no Transmisible realizado en una unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en Chalco, Estado de México, los términos o frases con que los pacientes con ECNT asocian a dieta fueron los siguientes:

“Lo que puede comer uno”

“El dinero no alcanza”

“Lo que me llena”

“Es muy difícil seguir la dieta por el tiempo”

“La dieta no es tan importante como el medicamento”

“Lo que uno debería comer”

“Come uno lo que no está permitido”

“Alimento”

“Nutritivo”

“Lo que ayuda a sentirte mejor”

“Es lo que el doctor/a me dice que puedo comer”

“Son los alimentos que me recomienda el nutriólogo”

“Con los alimentos uno puede controlar la enfermedad”

“Dedico mucho tiempo en mi dieta”

El término “dieta” asociado a “*lo que uno puede comer”*, está directamente relacionado a situaciones del tipo económico social es decir *“la forma de comer de nuestros pueblos está caracterizada por la disponibilidad y la accesibilidad, es decir, las familias comen lo que hay y para lo que alcanza”*.

Como consecuencia del factor económico ha habido una transición en la alimentación hacia lo más económico o barato y rápido. Es por esta razón que la identidad de *dieta en pacientes con ECNT está reconfigurada en tres momentos lo económico, lo social y lo cultural*.

Factores que influyen negativamente en la transición dietológica son:

- ✓ Traslados al trabajo muy prolongados
- ✓ Jornadas laborales extendidas

Promueven dietas rápidas de consumo breve

- ✓ Estrés laboral

En cuanto a la expresión de que “uno come lo que no está permitido”, existe un estado de insignificancia hacia los hábitos alimentarios incluso en las personas que padecen una ECNT. Se cree que el estado psicológico propio de estos pacientes condiciona esta conducta de mala nutrición. (Patiño, 2016)

CAPITULO III

Objetivo

3.1 Objetivo General

Determinar las representaciones sociales que sobre la diabetes mellitus y sus complicaciones tienen los pacientes diabéticos y sus familias, quienes acuden a la consulta externa de Medicina Familiar del Centro de Salud tipo C Conocoto en el primer semestre del 2019.

3.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar las representaciones sociales que tienen las personas con Diabetes Mellitus tipo 2, con respecto a la enfermedad.
2. Caracterizar las representaciones sociales que tiene el personal de salud que atiende a las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 y sus complicaciones.
3. Establecer las representaciones sociales presentes en la comunidad de residencia del enfermo con Diabetes Mellitus tipo 2 y sus complicaciones.

3.3 Hipótesis de trabajo

Las representaciones sociales que los pacientes y sus familias tienen acerca de la Diabetes Mellitus tipo 2 y sus complicaciones son expresiones de las condiciones sociales y culturales en la vida de sus comunidades en lo concerniente a la construcción ideológica de los procesos de salud-enfermedad y muerte.

CAPITULO IV

Metodología

4.1 Título de la investigación

Representaciones sociales sobre diabetes mellitus y sus complicaciones en los pacientes diabéticos y sus familias quienes acuden a la consulta externa de Medicina Familiar del Centro de Salud tipo C Conocoto en el primer semestre del 2019.

4.2 Lugar: Pichincha – Quito – Conocoto – Centro de salud tipo C Conocoto.

4.3 Línea de investigación en la que se circunscribe el proyecto: Salud integral, determinación social de la salud y desarrollo humano.

4.4 Problema de investigación:

¿Cuáles son las representaciones sociales sobre diabetes mellitus y sus complicaciones en los pacientes diabéticos y sus familias quienes acuden a la consulta externa de Medicina Familiar del Centro de Salud tipo C Conocoto en el primer semestre del 2019?

4.5 Metodología

Este estudio es de enfoque cualitativo, tiene como propósito describir e interpretar las representaciones sociales que las personas tienen sobre la diabetes mellitus.

La técnica e instrumentos cualitativos tienen como finalidad el identificar y describir las representaciones socioculturales que sobre la diabetes mellitus tienen las personas que la padecen.

Se expondrán y diferenciarán las categorías que intervienen en la construcción de las representaciones sociales sobre los problemas de salud anotados.

Este estudio se estructura a partir de la técnica de entrevistas, usando para ello como instrumentos guías semiestructuradas estandarizadas.

4.6 Unidad de análisis:

Las unidades de análisis de investigación son dos:

Unidad 1: personas atendidas en la unidad de salud y que padecen diabetes mellitus. En este caso se utilizó la **guía de entrevista 01**.

Unidad 2: profesionales que atienden en la unidad de salud. Para ellos se utilizó la **guía de entrevista 02**.

El formato de **entrevista** destinada a las personas con diabetes mellitus, contiene los siguientes elementos temáticos:

- Un primer bloque de identificación de la ubicación de la persona entrevistada y sus datos de identificación demográfica.
- Segundo bloque: una aproximación narrativa a la historia clínica de la diabetes mellitus.
- Tercer bloque: Caracterización "*emic*[1]" de la diabetes mellitus 2.
- Cuarto bloque: Narrativa de la caracterización cultural, atención / seguimiento y control de la diabetes mellitus 2.

Por su parte la guía de entrevista al personal de salud contiene los siguientes elementos:

[1] Emic: Es el punto de vista de los actores nativos, por ejemplo, una descripción emic de cierta costumbre de los habitantes de un lugar estaría basada en como explican los miembros de esa sociedad el significado y los motivos de esa costumbre.

Primer bloque: datos de ubicación y de identificación demográfica de la persona entrevistada.

- Segundo bloque: Narrativas de atención a las personas con diabetes mellitus.
- Tercer bloque. Caracterización "*emic*" de los pacientes diabéticos atendidos en la unidad de salud.
- Cuarto bloque: Narrativas de asociación cultural a la atención, seguimiento y control que brindan.

4.7 Universo de estudio:

Para la unidad 1 de investigación:

Corresponde a todas las personas con diabetes mellitus 2 que se atienden y están registradas en la unidad de salud.

Para la unidad 2 de investigación:

Se consideran a todos los profesionales directamente involucrados en la atención a las personas con diabetes mellitus 2.

4.8 Datos estadísticos de diabetes mellitus tipo 2 en la unidad de salud:

En el año 2017 se registran 327 consultas por primera vez y subsecuentes 1633, con una proyección de población de 196.802 habitantes.

En el año 2018 se registran 351 consultas por primera vez y 2294 subsecuentes, con una proyección poblacional de 200599 habitantes.

4.9 Muestra de estudio:

En el caso de las personas con diabetes mellitus 2 se construyó una muestra de conveniencia, considerando técnicamente a cada participante como informante clave.

Los participantes se escogieron a conveniencia, siendo la muestra de **50 personas**,[2] contando, desde luego, con el consentimiento explícito de su participación.

En el caso de las entrevistas al personal de salud, participaron todos aquellos profesionales que atienden directamente a las personas con diabetes mellitus 2, contando con su consentimiento y previo conocimiento de las condiciones de la presente investigación.

4.10 Criterios de inclusión y exclusión

Para las personas con diabetes mellitus 2 se establecieron los siguientes criterios de inclusión y de exclusión:

Criterios de inclusión:

- Grupo etario de entre 35 a 70 años.
- Haber sido diagnosticado de diabetes mellitus al menos tres meses antes del inicio operativo de este estudio y llevar o haber llevado algún tipo de cuidado o tratamiento para su problema de salud.
- Que no tenga alguna limitación cognitiva o discapacidad para responder a las preguntas de los instrumentos de investigación con que opera este estudio.

[2] Este es el número básico en las investigaciones en los otros países que participan en el proyecto de Red y según el artículo: Perfil ambiental de la salud de una comunidad (EPOCH): una evaluación ecométrica de las medidas del entorno comunitario basadas en la percepción individual publicado en el 2012, afirma que se pueden obtener medidas confiables que representan los aspectos de las comunidades, recalcando que el numero optimo de entrevistados debe ser mínimo de 30 por comunidad, lo cual respalda nuestro estudio, que con esta cantidad de pacientes logramos saturar la información

- Que haya aceptado participar en este estudio, previa explicación detallada de su alcance y haya firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- No estar en el rango del grupo etario señalado en el estudio y en el tiempo mínimo señalado con el problema de salud.
- No estar en condiciones cognitivas para satisfacer las preguntas de los instrumentos de la investigación.
- No aceptar participar en el estudio.

Para el personal de salud se establecieron los siguientes criterios de inclusión y de exclusión:

Criterios de inclusión:

- Llevar más de un año trabajando en la unidad de salud atendiendo a personas con diabetes mellitus 2.
- Aceptar participar en el estudio y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Quienes señalen su deseo de no participar en el estudio.

4.11 Tabla de exposición de las categorías cualitativas de estudio

Tabla 2: Tabla de exposición de las categorías cualitativas de estudio

Personas con diabetes mellitus 2		
Bloque	**Tema**	**Referencias para categorías**
01	Ficha de identificación	Variables demográficas
02	Narrativas de historial clínico	Tiempo desde el diagnóstico
		(Lugar) Institución donde se dio el diagnóstico
		(Persona) Persona que informó el diagnóstico
		Tipo de tratamiento
		Cumplimiento del tratamiento
03	Caracterización *emic* de la enfermedad *Narrativa de la enfermedad*	Caracterización de la enfermedad
		Causa de la enfermedad
		Manera de presentarse y llevarse personalmente
		Tratamientos conocidos y escuchados
04	Asociación cultural al seguimiento / control de la enfermedad	Entendimiento de sentirse o estar enfermo
		Funcionamiento del tratamiento: Seguimiento farmacológico Regularidad de la consulta Factores familiares y grupales
		Curación y/o acostumbramiento

Personal de salud		
Bloque	**Tema**	**Referencias para categorías**
01	Ficha de identificación	Variables demográficas
02	Narrativa de atención a personas con diabetes mellitus 2	Tiempo de trabajo
		Cantidad de pacientes que atiende
		Tipo de tratamientos que se indican
		Experiencia de trabajo
03	Caracterización *emic* de la responsabilidad de la atención. *Narración*	Casos significativos
		Saber de los pacientes sobre la enfermedad
		Pacientes relaciona la enfermedad con otras enfermedades
		Pacientes conocen las causas
		Pacientes conocen la gravedad y desenlace
04	Asociación cultural a seguimiento / control de la enfermedad	Pacientes qué entienden por "*sentirse enfermo*"
		Pacientes con discapacidades
		Cumplimiento del tratamiento por los pacientes Seguimiento farmacológico Regularidad de la consulta Aspectos familiares y grupales
		Uso en pacientes de prácticas alternativas
		Cumplimiento de recomendaciones
		Problemas de salud propios

4.12 Procedimiento de la recolección de información

El instrumento de recolección de información (entrevista 01), se aplicó a los informantes clave **(50)** previa explicación y consentimiento informado, las entrevistas se llevaron a cabo en el consultorio médico, el auditorio del centro de salud, sala situacional y algunos de los domicilios de los pacientes, se guardó en todo momento las garantías de comodidad y confidencialidad.

El instrumento de recolección de información (entrevista 02), se aplicó a los profesionales de salud **(6)** previa explicación del objetivo de la investigación y consentimiento informado, las entrevistas se llevaron a cabo en el consultorio médico, guardando en todo momento las garantías de comodidad y confidencialidad.

En los dos casos se identificaron a los entrevistados con un código, para guardar el principio de confidencialidad, en el caso de los pacientes con DM2 como (Informante N^0) y en el caso del personal de salud como (Médico N^0).

Todas las entrevistas se grabaron en formatos audio-digitales, contamos con un archivo físico de la totalidad de guías semiestructuradas de entrevistas.

4.13 Plan de análisis de la información

Una vez codificada la información se procedió a:

Agrupación por categorías

Se realizó el análisis por categorías y subcategorías detalladas a continuación: características de los participantes, narrativas de historial clínico DM2, caracterización EMIC de la DM2, asociación cultural a seguimiento/control-DM2, para lo cual se elaboró y llenó una tabla de contenidos para hombres y para mujeres

en la cual se procedió a subrayar las ideas núcleo[3] para el posterior análisis del discurso.

El procesamiento de la información se realizó aplicando los siguientes modelos teórico metodológico:

- Análisis semiológico de mensajes: Ideas núcleo, modo de prédica [4]y grado de referencialidad[5], más análisis ideológico[6]. Modelo de Daniel Prieto Castillo
- Interpretación cultural etnográfica describiendo y caracterizando las categorías.
- Interpretación social de las representaciones sociales de Serge Moscovici.
- Discusión y conclusiones
- Elaboración de informe

El mismo plan de análisis de información se realizó para las entrevistas aplicadas al personal de salud.

[3] **Idea Núcleo:** Corresponden a él o los temas de un discurso y lo que de él o de ellos se dice fundamentalmente. (Prieto, 1986)

[4] **Modo de Prédica:** Una predicación que constituye al sujeto en cuestión y lo hace a menudo mucho más allá de lo que ese sujeto es o fue fuera del discurso. (Prieto, 1986)

[5] **Grado de Referencialidad:** Puede ser alta, baja o distorsionante. Alta cuando el discurso nos acerca lo más posible a las características que el sujeto tiene fuera del discurso, baja cuando nos ofrece apenas algunas de esas características, distorsionante cuando nos dice o nos muestra notas que corresponden al sujeto. (Prieto, 1986)

[6] **Análisis Ideológico:** Consiste en lo que fundamentalmente se está predicando de un sujeto. (Prieto, 1986)

4.14 Aspectos bioéticos:

Antes de otorgar el consentimiento, el sujeto sometido a ensayo tiene que haber sido informado de forma exhaustiva por el profesional sanitario que lleva a cabo la investigación sobre la naturaleza, la importancia, el alcance y los riesgos del ensayo.

El profesional que da la información tiene que asegurarse de que esta información es entendida por el sujeto. La persona que participa en el ensayo puede, en cualquier momento, revocar su consentimiento sin tener que explicar la causa.

Como requisitos del consentimiento informado, se deben cumplir por lo menos los siguientes:

Voluntariedad: Los sujetos deben decidir libremente someterse a un tratamiento o participar en un estudio sin que haya persuasión, manipulación ni coerción.

Es importante recalcar que el consentimiento informado debe ser solicitado al paciente, y ser otorgado por el paciente o su representante legal, para cada acto individual médico o de investigación, que no se puede otorgar para siempre, pues las circunstancias existenciales cambian durante el curso de una misma intervención médica o de una investigación científica, con mayor razón en las diferentes etapas de la vida, y que solamente en casos muy especiales y en situaciones de emergencia, puede actuarse sin la expresa manifestación de dicho consentimiento.

Garantía de confidencialidad

La confidencialidad es la garantía de que la información personal será protegida para que no sea divulgada sin consentimiento de la persona.

Para asegurar la confidencialidad de cada individuo se utilizaron códigos especiales para su identificación.

Por otro lado, el número de personas con acceso a dicha información fue limitado.

Con este antecedente, los pacientes y el personal de salud fueron informados sobre la finalidad del estudio y se obtuvo el consentimiento informado. Se garantizó en todo momento que toda la información obtenida en el estudio fue manejada de forma confidencial y protegida para los fines de la presente investigación.

CAPITULO V

Resultados

5.1 Descripción etnográfica de la parroquia de Conocoto

Etimología

El nombre de Conocoto deriva de la palabra Quichua Cunugcutu, formado por los vocablos Cunug y Cutu que traducidos al español significan abrigada y loma respectivamente. Por lo que, al territorio de lo que ahora es nuestra parroquia, se le conocía como Loma Abrigada.

La apreciación de que Conocoto es una loma es correcta, ya que se halla en una pequeña meseta ubicada a 150 metros sobre la planicie del valle, y lo de abrigada por el Pasochoa y la Loma de Puengasí, le protegen de los vientos fríos que soplan desde el Cotopaxi y desde la meseta de Quito respectivamente.

Ubicación:

Conocoto es una de las 33 parroquias rurales del Distrito Metropolitano de Quito. Se ubica a 11 km del centro de la capital, a 25 km al sur de la línea equinoccial, en el costado occidental del Valle de los Chillos, sobre la ladera oriental de la Loma de Puengasí.

Limita al norte con la cuidad de Quito y la parroquia de Cumbayá, al sur con la parroquia de Amaguaña y el cantón Rumiñahui, al este con las parroquias de Guangopolo, Alangasí y el cantón Rumiñahui y al occidente con la ciudad de Quito.

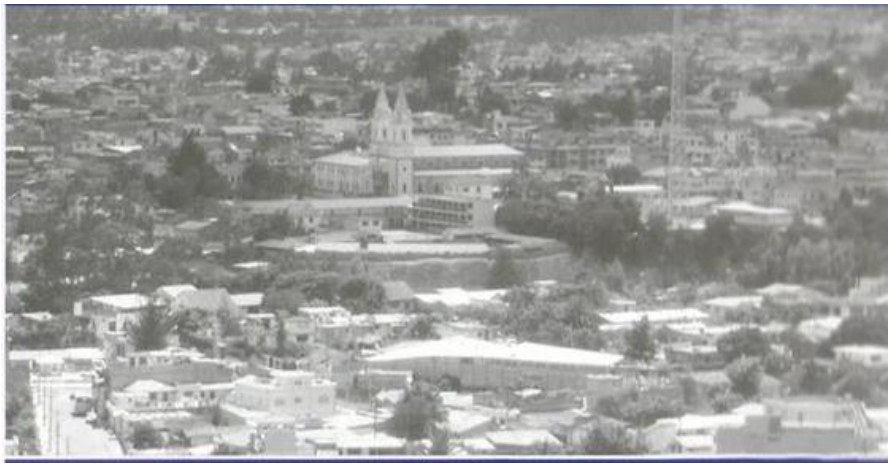


Imagen 2: Obtenida de http://conocoto.gob.ec/pichincha/?page_id=15

Orografía

El relieve de los 56 km2 que conforma el territorio de Conocoto es irregular, típico de la topografía de los valles interandinos. Desde la línea de cumbre de la Loma de Puengasí, ladera abajo, el terreno se presenta con una pendiente muy pronunciada, luego se atenúa hasta alcanzar la planicie que bordea la ribera occidental del Río San Pedro. En el mismo sentido se distinguen dos sectores, el del norte, presenta una ladera muy abrupta, en cambio el llano es más amplio. En el del sur la pendiente de la ladera va atenuándose poco a poco hasta terminar en la planicie. Esta configuración es alterada por la presencia de dos vallecitos, el de Rumiucu (Barrios Altos) y el del centro de la población, y la pequeña colina ubicada al NE del centro llamada La Loma.

19 quebradillas cruzan el territorio de la parroquia. 17 lo hacen de occidente a oriente. Cuatro desembocan en la quebrada de San José y las restantes en la quebrada de Punguaicu. Estas dos últimas cañadas corren de sur a norte y descargan en el Río San Pedro: principal cuenca hidrográfica del valle.

Límites

Limita al norte con la Ciudad de Quito y la Parroquia de Cumbayá, al sur con la Parroquia de Amaguaña y el Cantón Rumiñahui, al este con las Parroquias de Guangopolo y Alangasí y el Cantón Rumiñahui y al occidente con la Ciudad de Quito. El Río San Pedro y la Loma de Puengasí son los límites naturales con Guangopolo, Alangasí y Rumiñahui y la Ciudad de Quito respectivamente.

Altitud

El punto más elevado del relieve de Conocoto está en la cumbre de la Loma de Puengasí a 3.175 msnm y el más bajo está a 2.390 msnm en la ribera del Río San Pedro, en el límite con la Parroquia de Cumbayá. El centro de la planicie de Conocoto se encuentra se encuentra a 2.600 msnm.

Clima

La temperatura oscila entre 8˚C y 27˚C siendo 15,7˚C la temperatura media anual. Estos valores hacen del clima de Conocoto uno de los mejores del mundo, según apreciación de un científico alemán que pasó por esta parroquia en la década de los años treinta del siglo anterior, no en vano alguien le bautizó a nuestra población como la tierra de la eterna primavera.

Hasta hace algunos años se distinguían dos estaciones perfectamente marcadas, el invierno y verano, la primera de octubre hasta junio y la segunda desde julio a septiembre. Mayo y junio tenían el clima característico de la primavera y septiembre el de otoño. La precipitación anual asciende a los 2.000 mm.

Hoy el clima es impredecible, no se sabe cuándo es invierno ni cuando verano. Es el calentamiento global que está haciendo estragos en el clima del mundo.

Superficie

No se encuentran datos coincidentes en cuanto a la superficie de la parroquia. Asumimos que el área de la Parroquia es de 56 Km2.

MAPA N°1 PARROQUIA CONOCOTO

(Mapa base consta: calles, vías, equipamiento urbano, límites)

Valle de los Chillos: Parroquia Conocoto Vías de acceso y salida

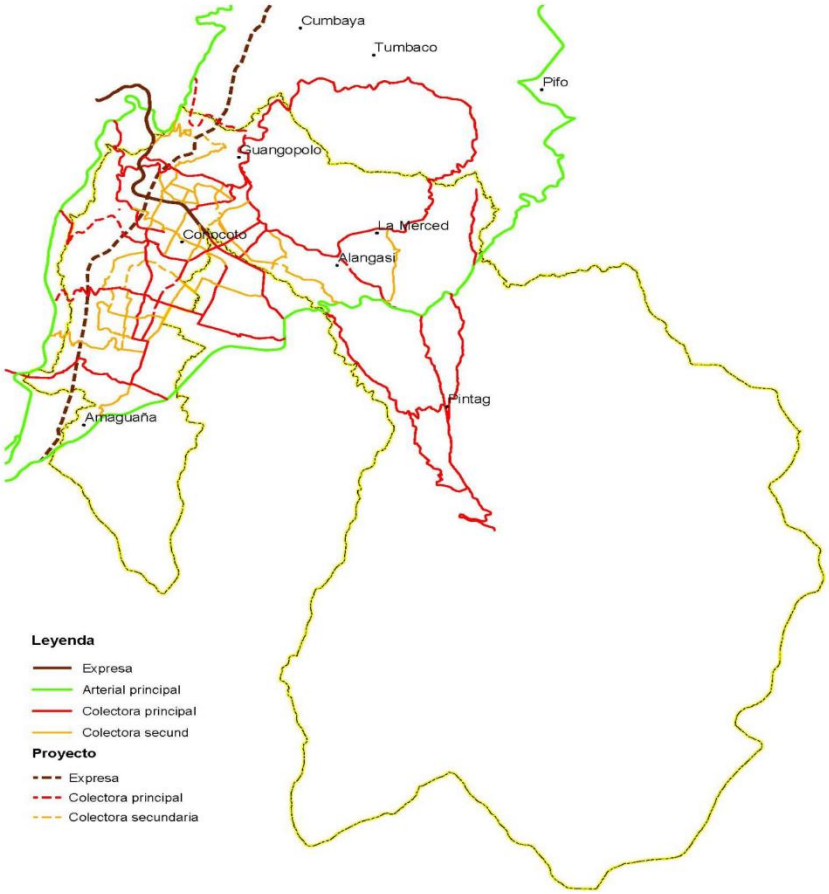


Imagen 3: Obtenida de http://conocoto.gob.ec/pichincha/?page_id=15

5.2 Niveles de atención

El MSP como autoridad Sanitaria Nacional y con el objetivo de articular la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria, homologa la tipología de los establecimientos de salud por niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, que rige para todo el sector salud del país.

La organización de los servicios de salud en niveles de atención, permite organizar la oferta de servicios para garantizar la capacidad resolutiva y continuidad requerida para dar respuesta a las necesidades y problemas de salud de la población.

El nivel de atención es un conjunto de establecimientos de salud que bajo un marco normativo, legal y jurídico, establece niveles de complejidad necesarios para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad, se organizan de acuerdo al tipo de servicios que deben prestar, estándares de calidad en infraestructura, equipamiento, talento humano, nivel tecnológico y articulación para garantizar continuidad y el acceso escalonado de acuerdo a los requerimientos de las personas hasta la resolución de los problemas o necesidades de salud.

El primer nivel de atención se constituye en la puerta de entrada y debe resolver el 80% de las necesidades de salud de la población y a través del sistema de referencia-contrarreferencia se garantiza el acceso a unidades y servicios de mayor complejidad hasta la resolución de la necesidad o problema.

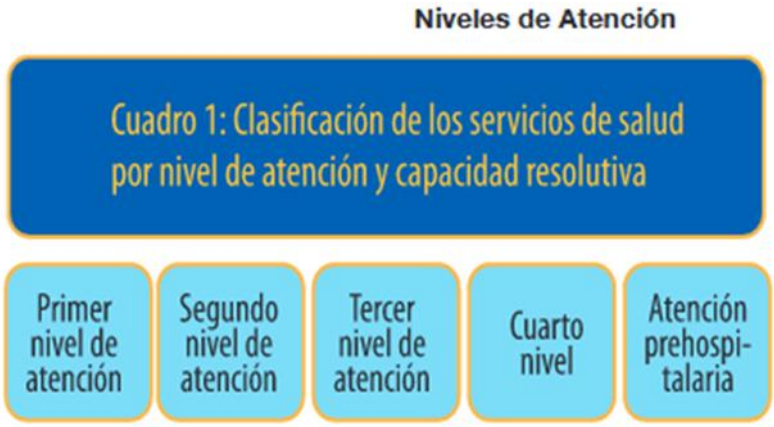


Imagen 4: Obtenida del Manual MAIS, 2012.

El primer nivel de atención es el más cercano a la población, facilita y coordina el flujo de pacientes dentro del Sistema, garantiza una referencia y contrarreferencias adecuada, asegura la continuidad y longitudinalidad de la atención. Promueve acciones de Salud Pública de acuerdo con las normas emitidas por la autoridad sanitaria nacional. Es ambulatorio y resuelve problemas de salud de corta estancia. Es la puerta de entrada obligatoria al Sistema Nacional de Salud.

El **I Nivel de atención**, por su contacto directo con la comunidad debe cubrir a toda la población, este nivel debe resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes de la comunidad. Los servicios darán atención integral dirigida a la familia, individuo y comunidad, enfatizando en la promoción y prevención. Estas actividades serán intra y extramurales.

El II Nivel de Atención comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización. Constituye el escalón de referencia inmediata del I Nivel de Atención. Da continuidad a la atención iniciada en el primer nivel, de los casos no resueltos y que requieren atención

especializada a través de tecnología sanitaria de complejidad mayor. El ingreso al II nivel se lo realizara a través del primer nivel de atención exceptuándose los casos de urgencias médicas que una vez resueltas serán canalizadas a nivel uno. Se desarrollan actividades de prevención, curación y rehabilitación en ambos niveles.

El III nivel de Atención corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, los centros hospitalarios son de referencia nacional; resuelve los problemas de salud de alta complejidad, tiene recursos de tecnología de punta, intervención quirúrgica de alta severidad, realiza trasplantes, cuidados intensivos, cuenta con subespecialidades reconocidas por la ley.

El IV nivel de Atención es el que concentra la experimentación clínica. Estos establecimientos solo serán autorizados en los subsistemas públicos de la Red Pública Interinstitucional de Salud (RPIS).

Atención Prehospitalaria: Es el nivel de atención autónomo e independiente de los servicios de salud, que oferta atención desde que se comunica un evento que amenaza la salud, en cualquier lugar donde éste ocurra, hasta que él o los pacientes sean admitidos en la unidad de emergencia, u otro establecimiento de salud, cuya capacidad resolutiva sea la adecuada.

En la tabla 3, del capítulo de Anexos se exponen los niveles de atención, niveles de complejidad y nombres de los establecimientos de salud.

5.3 Descripción del Centro de Salud tipo C Conocoto



Imagen 5: Obtenida de: https://www.google.com/search?q=centro+de+salud+tipo+c+conocoto&rlz=1C1CHBD_esEC858EC858&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjH0dW2jPzjAhWCzVkKHSXgDFQQ_AUIESgB&biw=1366&bih=608#imgrc=o9igtW-vY_8OPM

Más de 180 mil personas de Conocoto y sus alrededores se benefician del centro de salud tipo C que se inauguró el 21 de enero de 2014, está ubicado en la avenida Eloy Alfaro y Matilde Albán. El nuevo complejo sanitario ocupa un área de construcción de 3.293,12 m2 distribuidos en 3 pisos, que están conectados por graderíos y un ascensor.

En promedio se encuentra atendiendo a 1.200 personas al día, principalmente de las poblaciones de Conocoto, Amaguaña, Cuendina, Pintag, Tolontag, La Merced, El Tingo, Guangopolo y Alangasí. Ofrece una cartera de servicios en medicina familiar, medicina general, pediatría, ginecología, obstetricia, odontología, psicología, laboratorio, trabajo social, calificación de discapacidades, rayos x, ecografía,

laboratorio clínico, tamizaje neonatal, entre otros servicios. Además, atiende en el área de emergencia y maternidad de corta estancia las 24 horas, los 365 días del año.

5.4 Fundamentos del procedimiento

Posterior a brindar la información pertinente a los pacientes y al personal de salud, explicar los objetivos de nuestro estudio y obtener el consentimiento informado, se realizaron entrevistas semiestructuradas, en las cuales se refleja el contexto de las representaciones sociales con respecto a la Diabetes Mellitus 2. Este universo que consta de 50 pacientes, de los cuales son: 20 hombres y 30 mujeres, fue obtenido de la consulta externa de Medicina Familiar del centro de salud de Conocoto en el primer semestre del 2019.

Para nuestro estudio también se entrevistaron a 6 profesionales, 1 hombre y 5 mujeres.

La entrevista aplicada a los pacientes incluía las siguientes variables: género, edad, estado civil, tipología familiar, tipo de aseguramiento en salud, religión, nivel de instrucción y ocupación. Constaba de 14 preguntas para la descripción de narrativas de historial clínico, caracterización emic, asociación cultural a seguimiento/control de la diabetes mellitus 2.

La entrevista aplicada al personal de salud incluía las siguientes variables: género, edad, estado civil, religión, nivel de instrucción. Constaba de 16 preguntas para la descripción de narrativas de atención a personas diabéticas, caracterización emic, asociación cultural a seguimiento/control de la diabetes mellitus 2.

Las respuestas a las preguntas fueron utilizadas para realizar un análisis de carácter cualitativo sobre las representaciones sociales que tienen los entrevistados sobre la DM2, tomando como guía el Análisis de Mensajes de Daniel Prieto Castillo.

A continuación, se describen las características de los participantes.

Tabla 4: Características de los pacientes

Características		**N^0**	**%**
Género	Hombre	20	40
	Mujer	30	60
Edad Cronológica	Adulto medio (35 a 49 años)	2	4
	Adulto maduro (50 a 64 años)	37	74
	Anciano Joven (65 a 75 años)	11	22
Estado civil	Soltero	1	2
	Casado	44	88
	Unión libre	2	4
	Divorciado	2	4
	Viudo	1	2
Tipología Familiar	Familia nuclear	26	52
	Familia extensa	24	48
Tipo de Aseguramiento	MSP	44	88
	IESS	4	8
	ISSPOL/ISSFA	1	2
	Privado	1	2
Religión	Católico	36	72
	Cristiano evangélico	8	16
	Agnóstico	6	12
Nivel de Instrucción	Ninguna	6	12
	Primaria incompleta	11	22
	Primaria completa	14	28
	Secundaria incompleta	5	10
	Bachiller	9	18
	Tercer nivel	5	10
Ocupación	Ninguna	5	10
	Ama de casa	20	40
	Comerciante	5	10
	Albañil	6	12

	Agricultor	2	4
	Chofer profesional	3	6
	Misionero	2	4
	Cuidadora de paciente con discapacidad	3	6
	Ayudante de peluquería canina	1	2
	Panadería	1	2
	Recicladores	1	2
	Corredor de bienes y raíces	1	2

Fuente: Entrevistas semiestructuradas, primer semestre del 2019.

Elaborado por: Ligia Amagua e Ingrid Pazmiño.

5.5 Análisis del discurso

El discurso es una práctica social: Esta noción se corresponde con lo que van (Dijk,2000) ha planteado sobre la comunicación como evento que no puede reducirse a un mero proceso mecánico de transmisión de información, debe ser entendido como un serio proceso de interpretación de intenciones realizadas por los sujetos hablantes acerca del mundo en el cual comparten sus experiencias. Aquí entran en juego la visión de mundo y las intencionalidades derivadas de la situación comunicativa.

El discurso es interacción: Esto alude al hecho que los significados se originan, se transforman y se resignifican en el contexto de lo social y no en lo contextual. [7]

El discurso es cognición social: Relación entre el conocimiento y las representaciones del mundo, por parte de los hablantes, en atención a los contextos sociales en los que se comparte la cotidianidad.

[7] **Contextual:** Perteneciente o relativo al contexto, el cual es el entorno lingüístico del cual depende el sentido y el valor de una palabra, frase o fragmento considerados. (Real Academia Española, 2018)

El discurso es historia: Esta premisa define los significados y sentidos del presente como procesos evolutivos en los que los marcos socioculturales de cada época condicionan la discursividad y la ajustan y acoplan de acuerdo con el contexto donde se enmarque.

El discurso como hecho social se construye en actos de comunicación y estos son puestos en práctica por los hablantes no sólo para textualizar sus intencionalidades sino también para generar acciones. (Díaz,2016)

Estructuras básicas

Los elementos fundamentales del discurso ayudan a la comprensión de la intencionalidad de este. Dentro de estas estructuras reconocemos:

Tabla 5: Elementos del discurso

ELEMENTO	DEFINICIÓN
Ideas núcleo	Corresponden a él o los temas de un discurso y lo que de él o de ellos se dice fundamentalmente.
Sintagma	Coordinación de las partes del discurso, tanto de los enunciados entre sí como de las diferentes secuencias de determinado mensaje.
Modos de predicación	Un tema (un ser, un objeto, una idea, una situación, un espacio) es instituido como tal, en el orden del discurso, depende de lo que de él se predica. Una predicación que constituye al sujeto en cuestión y lo hace a menudo mucho más allá de lo que ese sujeto es o fue fuera del discurso. Hay predicaciones de estado y de acción. Si el informante lo realiza en primera persona, es de acción y, si lo realiza en tercera persona, es de estado.
Grados de referencialidad	Puede ser alta, baja o distorsionante. **Alta** cuando el discurso nos acerca lo más posible a las características que el sujeto tiene fuera del discurso. **Baja** cuando nos ofrece apenas algunas de esas características. **Distorsionante** cuando nos dice o nos muestra notas que corresponden al sujeto.

Lo dicho y lo no dicho	Representa una limitación de todo discurso. En todo discurso hay necesariamente una selección temática.
Relación de complementariedad	Un discurso complementario es aquel que asume la predicación como si el o los sujetos en cuestión vivieran al margen de toda contradicción posible.
Relación de oposición	Un discurso de oposición es aquel que asume la predicación como si el o los sujetos en cuestión estuvieran enfrentados entre sí o tuvieran que enfrentar algo.

(Prieto,1986)

5.6 Análisis ideológico

Algunas aproximaciones:

Lo ideológico consiste en lo que fundamentalmente se está predicando de un sujeto;

Lo ideológico consiste en el modo de vida propuesto como válido;

Lo ideológico consiste en los modelos de las relaciones y soluciones sociales que el o los sujetos del mensaje adoptan, etc.

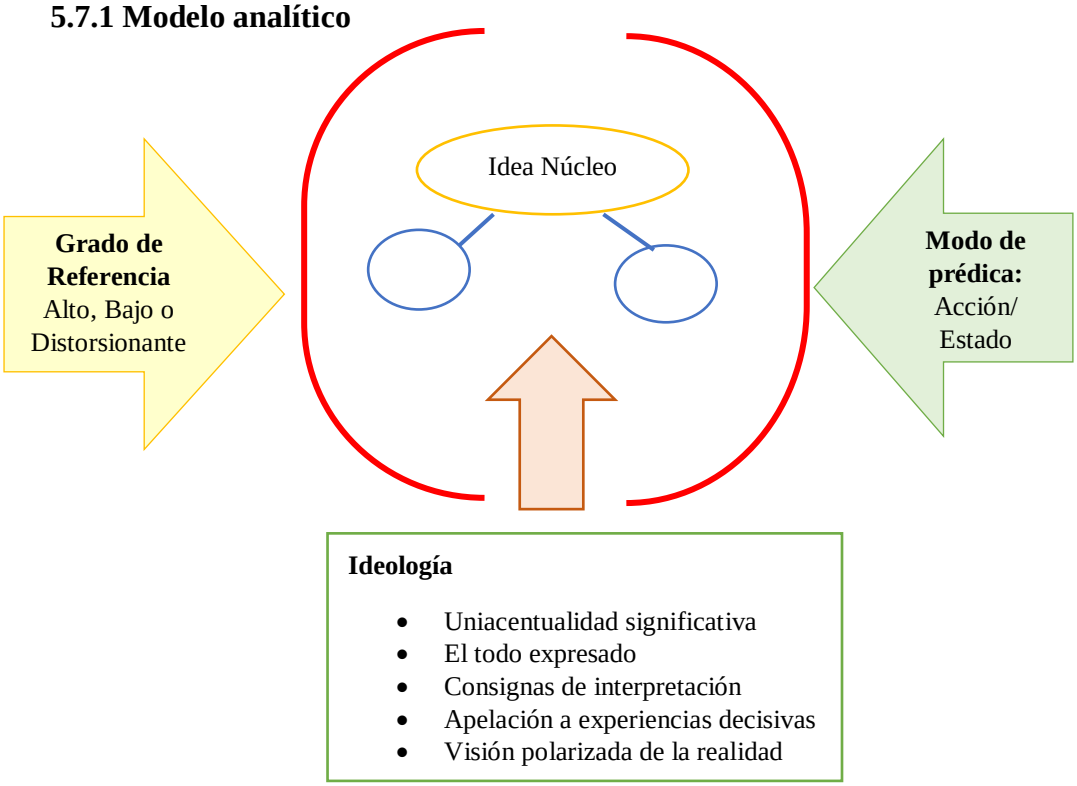
Tabla 6: Estructuras básicas del análisis ideológico.

ESTRUCTURA	DEFINICIÓN
Uniacentualidad significativa	Se busca dejar en el perceptor una y solo una interpretación de determinado tema por medio de redundancias, enfatización y formas de predicación.
El "todo expresado"	El mensaje se cierra sobre sí mismo.
Consignas de interpretación	Un narrador indica qué leer, qué interpretar, qué hacer, incluso con lo que vamos percibiendo.
Apelación a experiencias decisivas	Las experiencias decisivas se convierten en núcleos significativos fácilmente movilizables para convencer a alguien o para provocarle un rechazo.
Visión polarizada de la realidad	Los temas tratados en un mensaje aparecen sin matices, sin gradaciones de claro-oscuro.

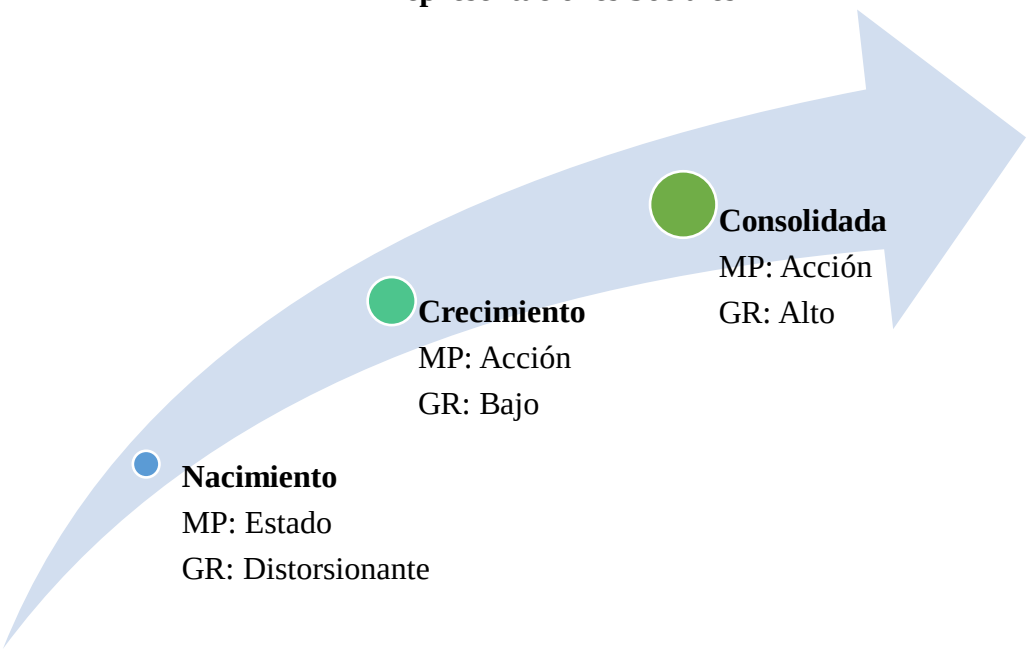
(Prieto,1986)

5.7 Exposición de los resultados

5.7.1 Modelo analítico



Representaciones Sociales



MP: Modo de prédica. **GR:** Grado de referencialidad

Elaborado por: Ligia Amagua e Ingrid Pazmiño.

5.7.2 Narrativas de los pacientes

Narrativas del historial clínico DM2

Temporalidad del diagnóstico

Tabla 7: Tiempo de diagnóstico de la DM 2

Tiempo de diagnóstico	N^0	%
Menor a 1 año	6	12
1 a 5 años	13	26
6 a 10 años	18	36
Más de 10 años	13	26
Total	50	100

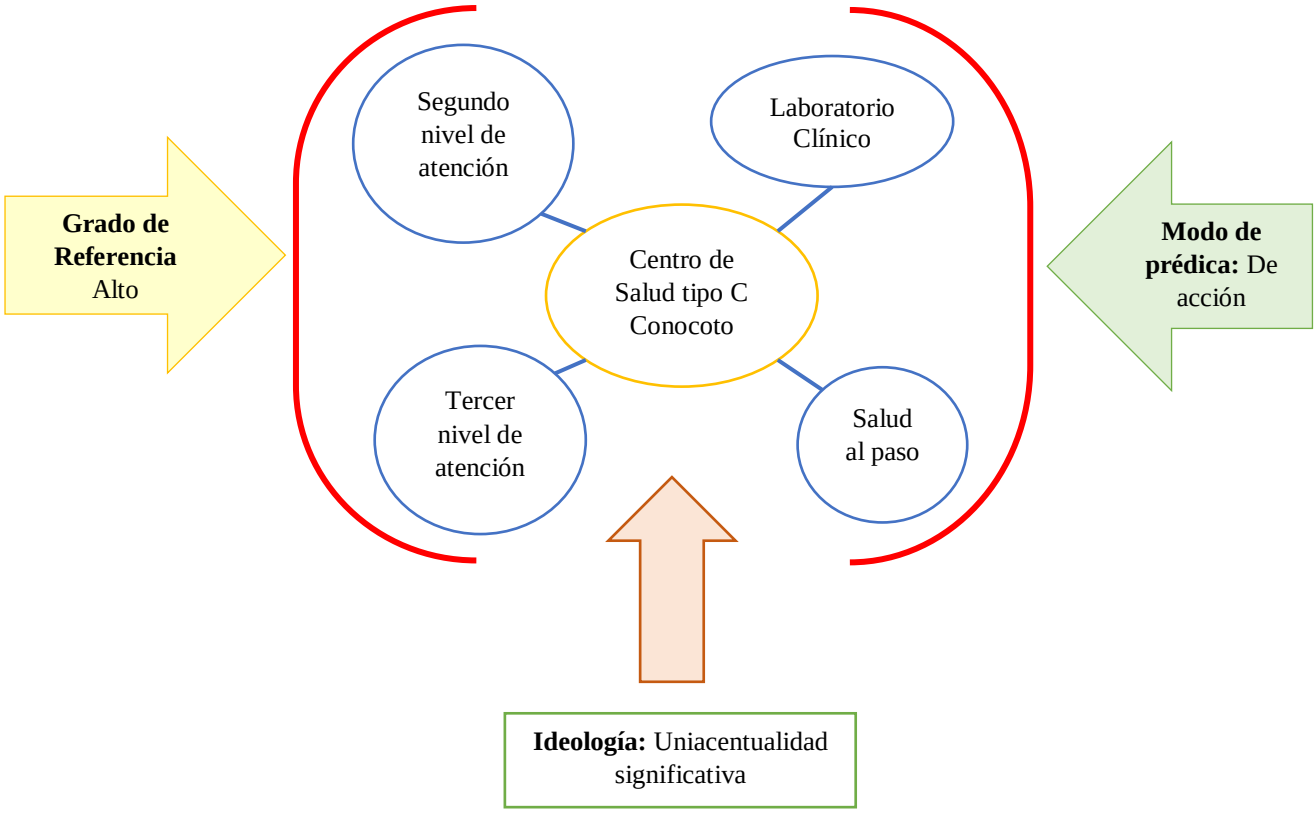
Fuente: Entrevistas semiestructuradas, primer semestre del 2019.

Elaborado por: Ligia Amagua e Ingrid Pazmiño.

En cuanto a la temporalidad del diagnóstico este varía entre 6 a 10 años en el 36% de los entrevistados y en la totalidad de la población de estudio entre 3 meses y aproximadamente 32 años.

Es importante mencionar que en nuestro estudio se incluyeron dos mujeres a quienes se les diagnosticó diabetes mellitus durante el embarazo y la enfermedad permaneció luego del parto.

Figura 1: **Lugar de diagnóstico de DM2**



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, primer semestre del 2019.

Elaborado por: Ligia Amagua e Ingrid Pazmiño.

El primer nivel de atención se constituye en la puerta de entrada y debe resolver el 80% de las necesidades de salud de la población y a través del sistema de referencia-contrarreferencia se garantiza el acceso a unidades y servicios de mayor complejidad hasta la resolución de la necesidad o problema. (MAIS, 2012)

La idea núcleo de esta categoría está relacionada con el hecho de que la mayoría de entrevistados fueron diagnosticados de diabetes mellitus en establecimientos de primer nivel de atención, se identifica un modo de predica de acción, con un alto grado de referencialidad, lo que nos lleva a una representación social consolidada.

La mayoría de los entrevistados fueron diagnosticados de DM2 en el Centro de Salud de Conocoto específicamente en el servicio de emergencia al haber acudido con sintomatología asociada a hiperglucemia.

Quienes fueron diagnosticados en el segundo nivel de atención, fue previo a cirugías programadas.

En el tercer nivel de atención, estuvo asociado a sintomatología presuntiva de cetoacidosis diabética.

Dos de los entrevistados, les informaron que padecía de DM2 en otros lugares (Laboratorio Clínico y Salud al Paso):

El informante 9, de 57 años, diabético desde hace 17 años, manifestó: *"En un laboratorio particular, la persona que me indicó fue la persona que me entregó el examen, es que era justo porque aplique para un trabajo y ahí me pidieron, en el laboratorio fue que me indicaron que era diabético. Como ahí estaba afiliado, me fui al seguro y me confirmaron el diagnóstico".*

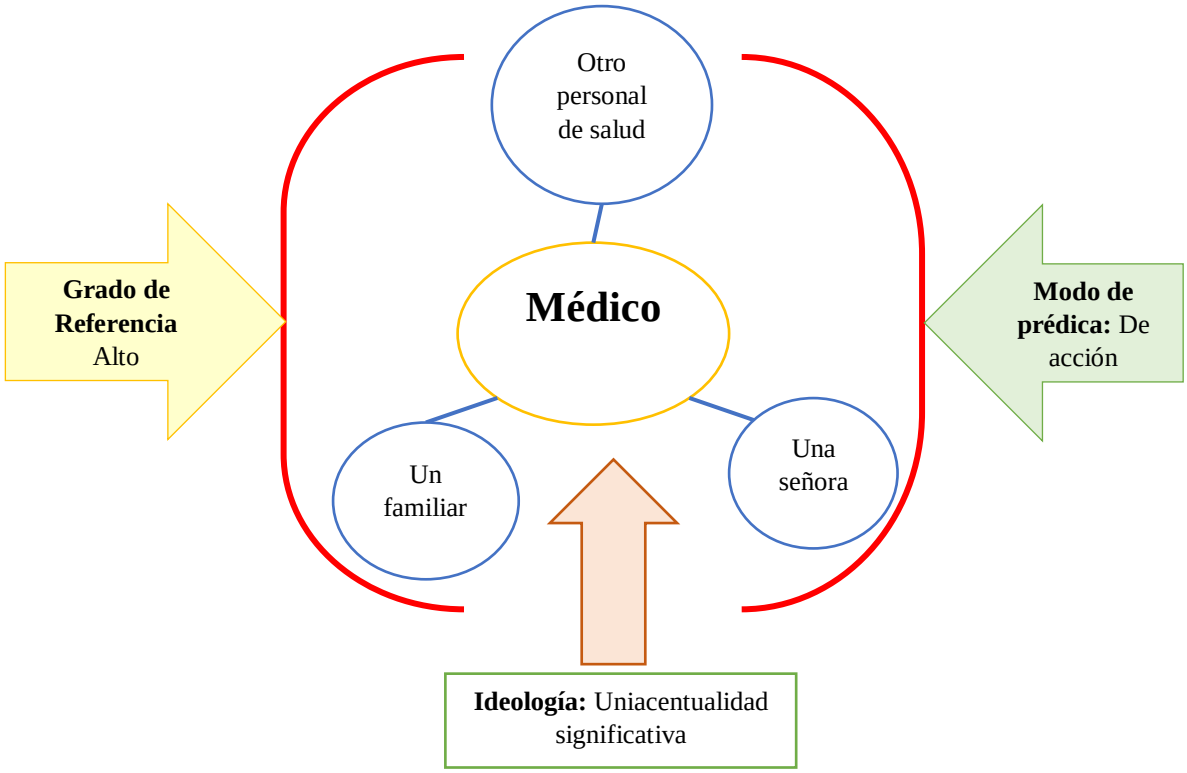
El informante 39, de 57 años, con DM2 desde hace 8 años, mencionó: *"En medicina al paso en el parque de La Armenia. Más o menos yo escuchaba que un diabético tiene que cuidarse y me sentía mal, entonces yo me fui a medicina al paso en pos de caminar, entonces ahí me dicen sabe que usted tiene 350, creo que estaba de glucosa, entonces me dice usted está propensa a ser diabética y me mandaron a Quito y ahí me dijeron que era diabética en segundo grado".*

En cuanto a Salud al paso se debe mencionar que está fue una estrategia de prevención oportuna de enfermedades crónicas no transmisibles que lo instauró el anterior alcalde de Quito y que a partir del 01 de julio de este año fue suspendido.

Es así como según el exsecretario de Salud del Municipio en la administración de Mauricio Rodas, refiere que en el 70% de los ciudadanos atendidos en Salud al Paso se identificó algún nivel de riesgo en su salud por enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes u obesidad y estos pacientes fueron derivados a atención especializada, por un riesgo que no conocían. (El Comercio,2019)

Informante del diagnóstico de DM2

Figura 2: **Informante del diagnóstico de DM2**



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, primer semestre del 2019.

Elaborado por: Ligia Amagua e Ingrid Pazmiño.

La idea núcleo de esta categoría está relacionada con que el diagnóstico de diabetes fue informado por un médico/a, con un modo de predica de acción, un alto grado de referencialidad y una ideología de uniacentualidad significativa, por lo tanto, se trata de una representación social consolidada.

La mayoría de los entrevistados indicaron haber sido informados del diagnóstico de diabetes mellitus por parte de un médico, otros entrevistados dijeron haber sido informados por otro personal de salud como enfermera, laboratorista, TAPS (Técnica de Atención Primaria de Salud).

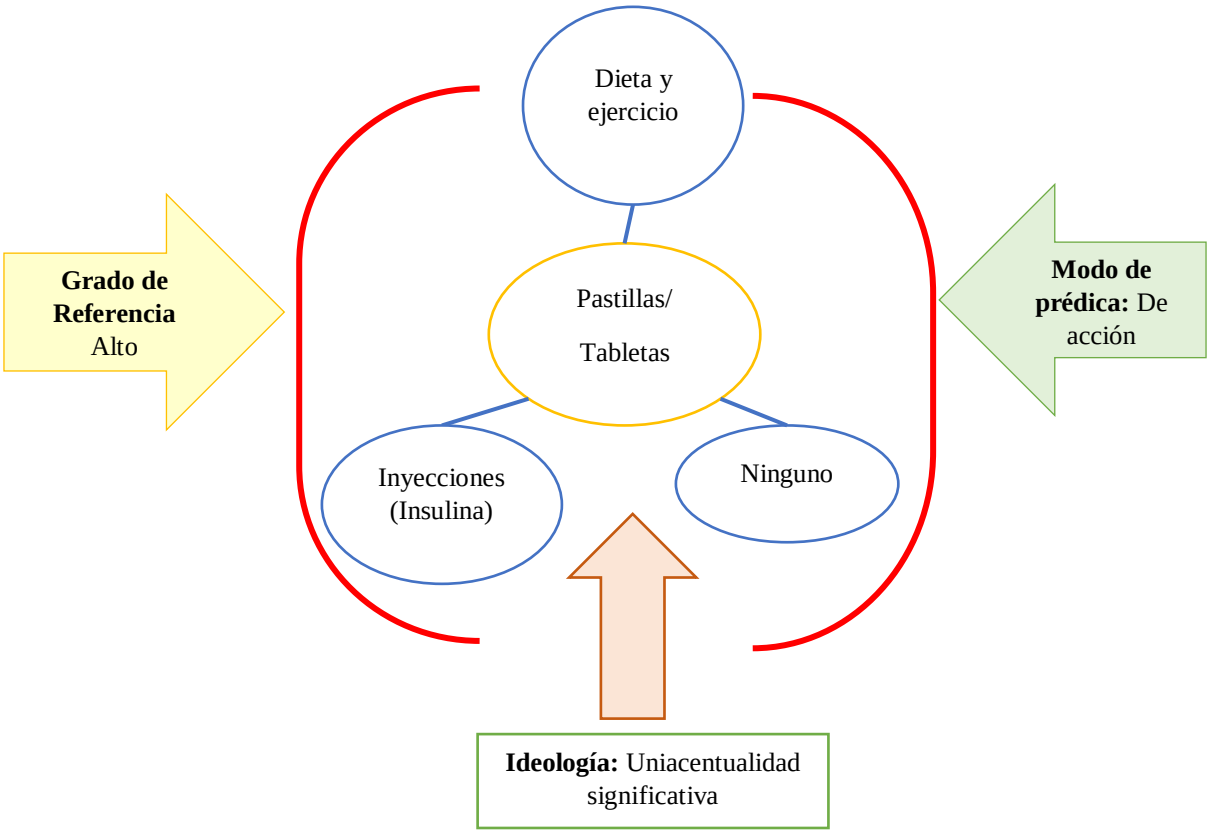
Dos de los participantes indicaron haber sido diagnosticados por un familiar y una señora respectivamente.

El informante 43, de 60 años, con diagnóstico de DM2 hace 3 meses, mencionó: *"¿Ósea le digo la verdad? Es que mi sobrina me dio haciendo unos exámenes entonces ella me dijo: tía esta con diabetes y yo le dije: yo no tengo, le dije así, no…dice tía tiene 355 de glucosa usted es diabética por eso es que está perdiendo la vista, ya no veía nada".*

El informante 50, de 60 años, diabética desde hace aproximadamente 22 años, con complicaciones oftalmológicas y renales, dijo al respecto: *"Una señora que ya se murió ella veía todo, ella tenía unas tiritas que tenían rojo azul así, me hizo orinar en esa tira, ella me dijo que estaba con azúcar en la sangre".*

Tipo de tratamiento indicado para la DM2

Figura 3: **Tipo de tratamiento indicado para la DM2**



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, primer semestre del 2019.

Elaborado por: Ligia Amagua e Ingrid Pazmiño.

La idea núcleo de esta categoría está relacionada con que el tratamiento indicado para la diabetes mellitus fueron pastillas, tabletas (Antidiabéticos orales), con un modo de predica de acción, alto grado de referencialidad y una ideología de uniacentualidad significativa, por lo tanto, se trata de una representación social consolidada.

La mayor parte de entrevistados informó que se le indicaron tabletas, pastillas mencionadas también como metformina, glucocid (metformina), glucofage (metformina), glibenclamida, bi-glicem (metformina + glibenclamida), januvia (sitagliptina), janumet (sitagliptina + metformina), amaryl (glimepirida).

Otro grupo de entrevistados mencionó que también se les dieron indicaciones de modificación del estilo de vida en cuanto a la reducción de carbohidratos, incrementar el consumo de legumbres, frutas, ensaladas, no consumir sal ni azúcar y hacer ejercicio.

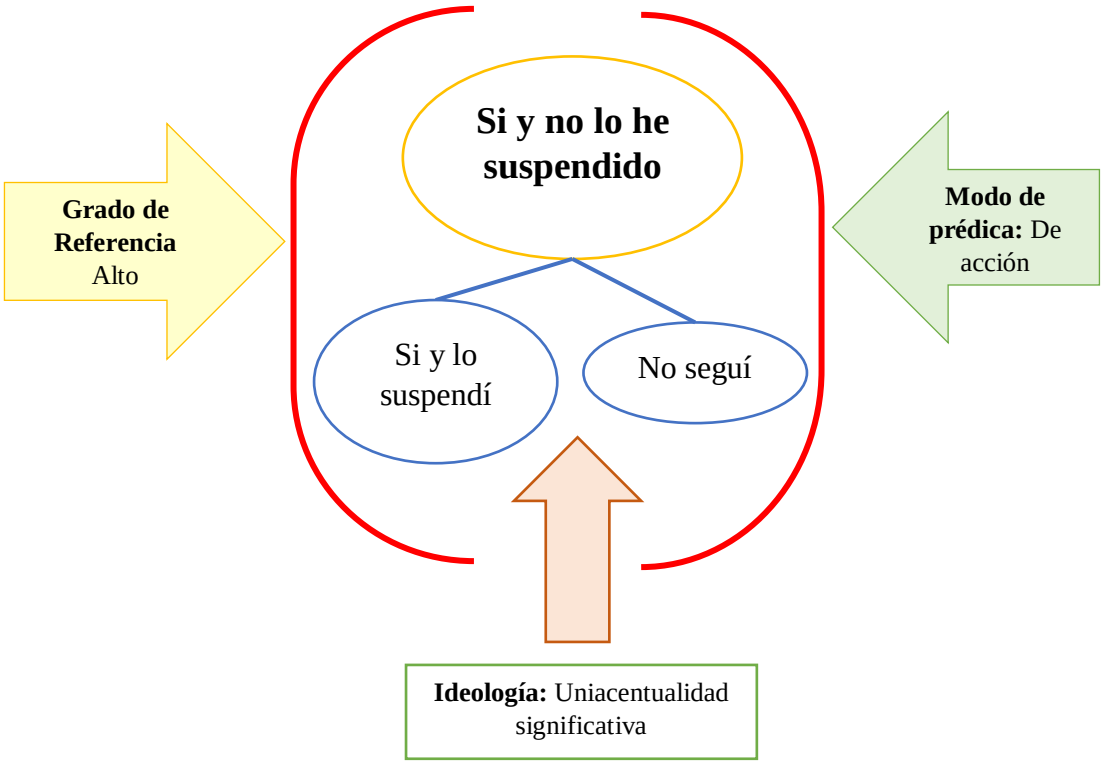
Por otro lado, un grupo de entrevistados indicaron también haber recibido insulina (inyecciones).

Una de las entrevistadas fue manejada en una Clínica y mencionó lo siguiente con respecto a que tratamiento le indicaron para su diabetes: *"Nada, solo me dijeron usted tiene diabetes y nada más, solo me pusieron sueros y nada más y ahí ya acudí al centro de salud".* Informante 24, de 61 años, con DM2 desde hace 7 años.

Las entrevistadas con diagnóstico inicial de diabetes gestacional indicaron no haber recibido ningún tratamiento farmacológico e informaron que la terminación de sus embarazos fue por muerte fetal.

Cumplimiento del tratamiento recomendado para la DM2.

Figura 4: **Cumplimiento del tratamiento recomendado para la DM2.**



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, primer semestre del 2019.

Elaborado por: Ligia Amagua e Ingrid Pazmiño.

En el año 2003 la OMS definió el término adherencia como «el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario». La adherencia requiere el consentimiento del paciente con las recomendaciones recibidas, y expresa una colaboración activa entre el profesional sanitario y el paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud. (Dilla, 2009)

La idea núcleo de esta categoría está relacionada con el hecho de que más de la mitad de los entrevistados indicaron haber seguido el tratamiento indicado hasta el día de la entrevista, se identifica un modo de predica de acción, con un alto grado de referencialidad y una ideología de uniacentualidad significativa, por lo tanto, se trata de una representación social consolidada.

Un grupo de entrevistados indicaron haber seguido el tratamiento y admitieron haberlo abandonado en algún momento (semanas, meses, años):

El informante 4, de 69 años, diabético desde hace 12 años, mencionó: *"Sí, me sané ahí, no tenía nada, como dos años estuve y no tenía nada, tomaba la medicación, como me sané por unos dos años no tomé la medicación y estaba bien, después me fui donde el médico y ya vuelta me había subido y ahí si ya me viene para acá, hace como unos 8 años ya".*

El informante 6, de 59 años, con DM2 desde hace 19 años, admitió: *"No la verdad, a veces me acuerdo a veces no me acuerdo y actualmente sigo así".*

El informante 36, de 60 años, con DM2 hace 10 años, informó: ***"****La insulina me puse unos cuatro meses luego leí que la insulina atacaba al riñón y al hígado, la verdad yo me quité la medicación viví dos años y medio sin medicación nada de medicación lo que hice es cambiar el modo del alimento y luego fui a un Cardiólogo y le conté de mi enfermedad me dijo que tengo que tomar medicina o quieres llegar a la diálisis entonces desde ahí acudí de nuevo al centro de salud y de ahí ya no he abandonado el tratamiento".*

El informante 49, de 57 años, con DM2 desde hace 7 años, manifestó: *"Sí, seguí como tres, cuatro años y de ahí ya no tomaba porque no me sentía tan mal y después de dos años ahí ya me puse mal y me llevaron al Eugenio Espejo he estado con un coma diabético, desde el 2014 ocupo la insulina me pincho en la barriga".*

Otro grupo de entrevistados indicaron no haber seguido el tratamiento indicado:

El informante 11, de 60 años, con DM2 desde hace aproximadamente 8 años, nos comentó lo siguiente: *"Bueno, yo me traumé, le hablo sinceramente, me traumé porque cuando fui al seguro, llegué donde una doctora, y la doctora me habló muy crudamente, me dijo aquí señor su enfermedad no tiene ninguna cura y como ésta enfermedad no tiene cura, simplemente vamos a tratarle, y vamos a tratarle para que tenga una muerte más tranquila, no sea una muerte fea, sino una muerte aceptable, por lo tanto vamos a darle estos tratamientos y me dio dos fundas de basura llenitas de medicamentos, llenitas, entonces, yo me quede totalmente impactando, creyendo que estoy a punto de morirme y como justo dice que me voy a morir, entonces comencé a buscar medicina alternativa yo, medicina casera, medicina naturista, etc., entonces comencé eso".*

El informante 19, de 58 años, albañil, con DM2 desde hace 3 meses, informó al respecto: *"Como yo trabajo yo no tengo tiempo porque tenía que ponerme (insulina) de mañana y a la hora de almuerzo y la tarde".*

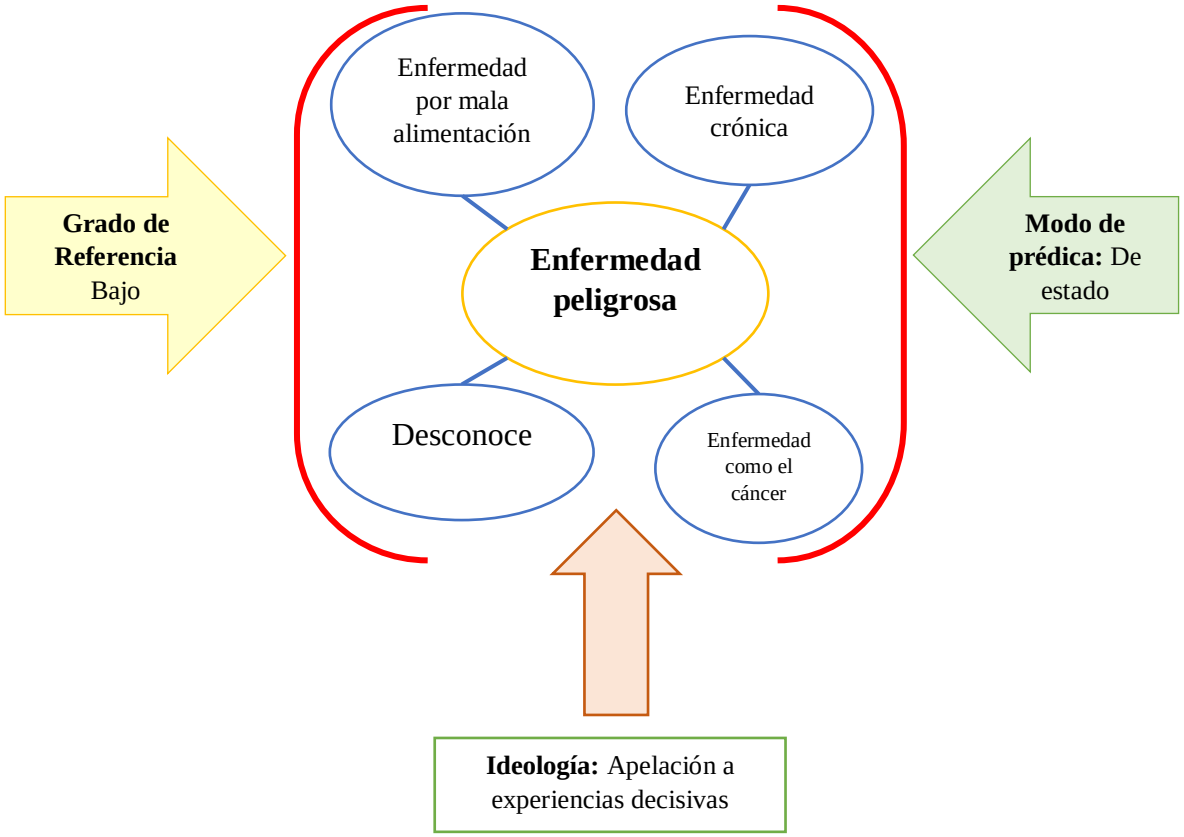
El informante 29, de 59 años, diabética desde hace 1 año 6 meses, nos dijo los siguiente: *"No lo tomé en serio, me descuide, la primera idea que se me vino a la cabeza, ¿porque a mí?, yo no tengo tiempo de estarme cuidando ni curándome,*

entonces me eché a llorar, me puse mal, me descompensé en el aspecto emocional, me decía, otra enfermedad más en casa ya no soporta".

Caracterización EMIC de la diabetes mellitus 2

Conocimiento sobre la DM2

Figura 5: **Conocimiento sobre la DM2**



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, primer semestre del 2019.

Elaborado por: Ligia Amagua e Ingrid Pazmiño.

La idea núcleo de esta categoría está relacionada con que la diabetes es considerada una enfermedad peligrosa, grave, silenciosa ya que la asocian con el cuidado que deben tener al cortarse las uñas o si tienen una herida porque pueden perder una extremidad, además reconocen el riesgo de quedarse ciegos, presentar daño

en varios órganos del cuerpo específicamente los riñones, se identifica un modo de predica de estado, con un bajo grado de referencialidad y una ideología de apelación a experiencias decisivas, por lo tanto, se trata de una representación social en nacimiento.

Así la definen algunos de nuestros entrevistados:

El informante 15, de 61 años, diabético desde hace 7 años, con discapacidad visual, definió a la diabetes de la siguiente manera: *"Que eso le acaba el cuerpo internamente, eso he escuchado que la diabetes o sea prácticamente es una enfermedad que puede morirse con la diabetes en cualquier momento".*

El informante 34, 59 de años, con DM2 desde hace aproximadamente 15 años, mencionó: *"Que es lenta, es una enfermedad que no quisiera que nadie más tenga, es una enfermedad oculta que parece que estuviéramos bien pero no estamos".*

El informante 35, de 67 años, diabética desde hace 15 años, informó que: *"La diabetes es una enfermedad silenciosa, que uno no es consiente como va afectando a los órganos sino se toman las medidas necesarias puede ser fatal y que incapacita a la gente".*

El informante 38, de 68 años de edad, con DM2 desde hace 6 años, mencionó al respecto: *"Así he oído que dicen que es mal diabetes, que esa enfermedad es grave, que a lo menos que si esta con la insulina le hace peor si será cierto no sé".*

Un grupo de entrevistados reconoce a la DM2 como una enfermedad por mala alimentación. Mientras que otros entrevistados desconoce sobre la diabetes mellitus.

Otros entrevistados compararon a la diabetes mellitus con el cáncer:

El informante 25, de 35 años, con antecedente de diabetes gestacional con posterior evolución a DM2 desde hace 5 años, sostuvo: *"Yo sé que esta enfermedad es como le digo, como un cáncer, porque prácticamente eso es lo que me han dicho a mí que de poco en poco uno va empeorándose, que por más que se cuide uno, esa enfermedad lo va acabando a uno".*

El informante 43, hizo la siguiente afirmación: *"Solo sé que es hermana del cáncer, me dijeron eso que la diabetes es hermana del cáncer y que tengo cáncer y que si quiero vivir tengo que cuidarme".*

El informante 48, de 53 años, con DM2 desde hace 8 meses, expuso: *"Es muy delicado más que el cáncer, tiene muchos riesgos".*

Otro grupo de entrevistados define a la diabetes como una enfermedad crónica e incurable:

El informante 13, de 70 años, diabético desde hace un año, ratificó lo siguiente: *"Ósea la diabetes es una enfermedad que no tiene curación solamente se la controla y se puede vivir cualquier cantidad de tiempo controlándola bien".*

Otras formas en que los entrevistados definen a la diabetes mellitus es como enfermedad de la sangre, enfermedad hereditaria, enfermedad para ricos por los cuidados que hay que tener en la alimentación al padecer de diabetes, enfermedad de pobres por la alimentación deficiente, enfermedad por problemas emocionales asociados principalmente a depresión, problemas familiares, fallecimiento de algún

familiar y finalmente la reconocen como una enfermedad molestosa ya que deben abstenerse de ciertos alimentos y eso les dificulta asistir o permanecer en reuniones sociales.

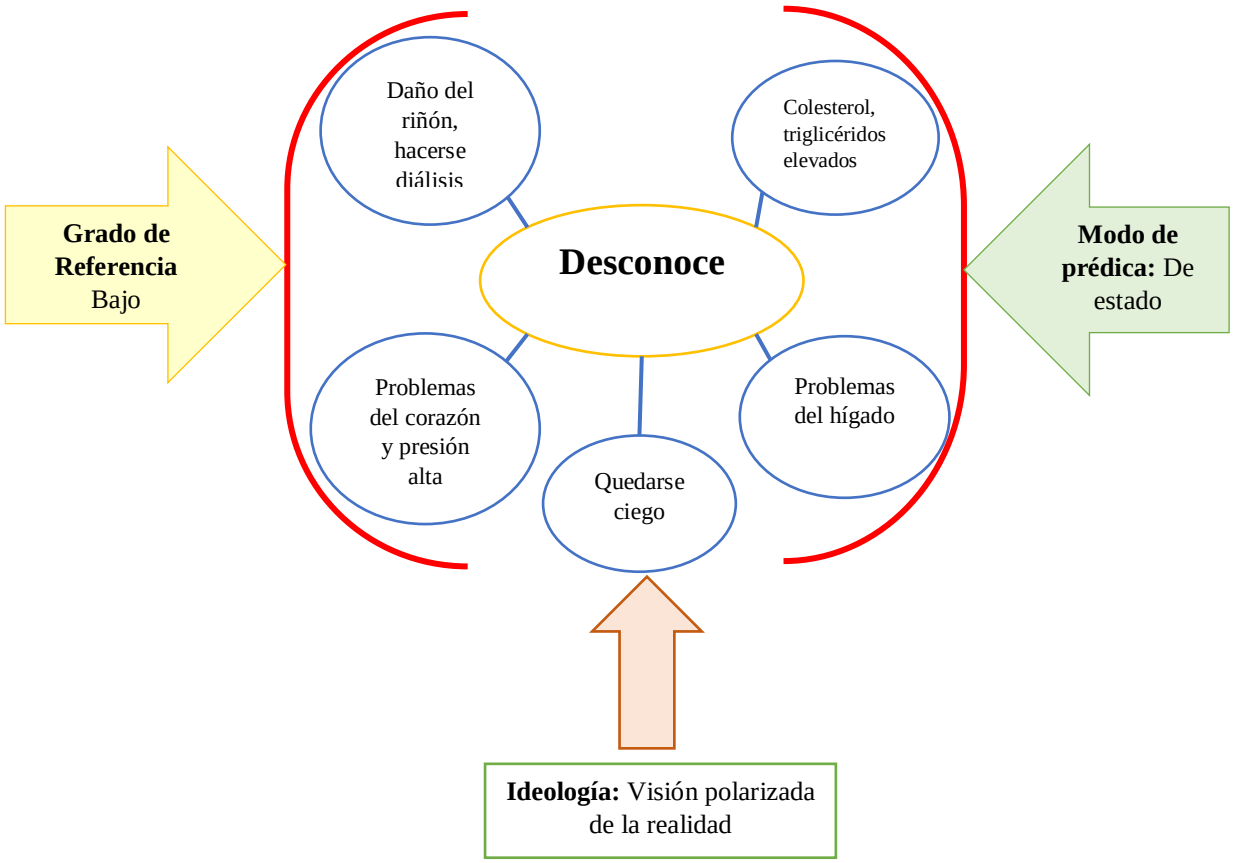
A continuación, se citan fragmentos de algunas entrevistas:

El informante 14, de 61 años, con DM2 desde hace 15 años aproximadamente, se realiza diálisis trisemanal desde hace 5 años, expuso al respecto: *"A mí me explicaron que es una enfermedad que eso viene por la mala alimentación, las preocupaciones y más que todo el descuido que uno se tiene. Esta enfermedad más nos cae a la gente pobre. En mi caso es como vivir una vida artificial".*

El informante 29, comentó también: *"La diabetes bueno, me dijeron que, si no se cuida uno que es una enfermedad de la glucosa, de mucha azúcar en el torrente sanguíneo y que no produce uno la insulina, entonces por eso nosotros tenemos que buscar la medicación y que hay que cuidarse mucho en la alimentación, así lo vengo haciendo, pero de repente cuando me voy a algún lado me brindan y a veces creen que una es muy engreída y a veces comía por compromiso, pero ahora ni por compromiso lo hago, ya aprendí, que primero yo, primero mi salud".*

Relación de la DM 2 con otras enfermedades

Figura 6: **Relación de la DM2 con otras enfermedades**



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, primer semestre del 2019.

Elaborado por: Ligia Amagua e Ingrid Pazmiño.

La OMS menciona que la diabetes es una importante causa de ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores. (OMS, 2018)

La idea núcleo de esta categoría está relacionada con que casi la mitad de los entrevistados desconocían sobre la asociación entre DM y otras enfermedades, se identifica un modo de predica de estado, con un bajo grado de referencialidad y una

ideología de visión polarizada de la realidad, por lo tanto, se trata de una representación social en nacimiento.

El resto de entrevistados indicó que la DM2 se relaciona con otras enfermedades tales como deterioro de la función renal, realizarse diálisis, hipertensión arterial especialmente en los entrevistados quienes padecían las dos enfermedades, disminución de la agudeza visual mencionada por los entrevistados como problemas en los ojos, la vista, necesitar lentes o quedarse ciegos, también la relacionaron con problemas de hígado (hígado graso) y elevación de colesterol y triglicéridos.

El informante 17, 53 de años, diabético desde hace 8 años, de nacionalidad venezolana, reconoció al respecto: *"La misma diabetes me dañó la retina".*

El informante 47, de 66 años, con DM2 desde hace 5 años, comentó lo siguiente: *"Me parece que si, por ejemplo, ya le daña los riñones, el corazón, todo ya le da como le puedo decir o sea la presión también ha sabido ya comenzar a dar la presión alta, yo más antes yo no tenía eso".*

Otras enfermedades relacionadas con la DM mencionadas por los entrevistados fueron pie diabético, amputación de extremidades, alteraciones de la sensibilidad (hormigueo, amortiguamiento del cuerpo), problemas de los pulmones, inmunodepresión (defensas bajas), depresión asociada al diagnóstico, afectación a la dentadura, afectación del páncreas, pérdida de peso.

Así lo mencionan algunos de nuestros entrevistados:

El informante 5, de 66 años, diabético desde hace 8 años, de nacionalidad venezolana, informó: *"Bueno le pueden arrancar un dedo a la persona o la pierna, muy peligrosa es la diabetes, muy peligrosa".*

El informante 8, de 58 años, con DM2 desde hace 4 años, indicó tener los siguientes síntomas: *"Otra es el calentamiento del cuerpo desde las manos a los pies, de las rodillas abajo, además siempre estoy hinchado, quemazón en las piernas y brazos, como que a veces me atacan los nervios, y en los zapatos como si estuviera en un charco de agua".*

El informante 9, ya citado antes, comentó al respecto: *"Comienza a afectar las terminaciones nerviosas de manos, pies, donde se puede amputar, es una enfermedad difícil, en mi familia hay bastantes casos de diabéticos".*

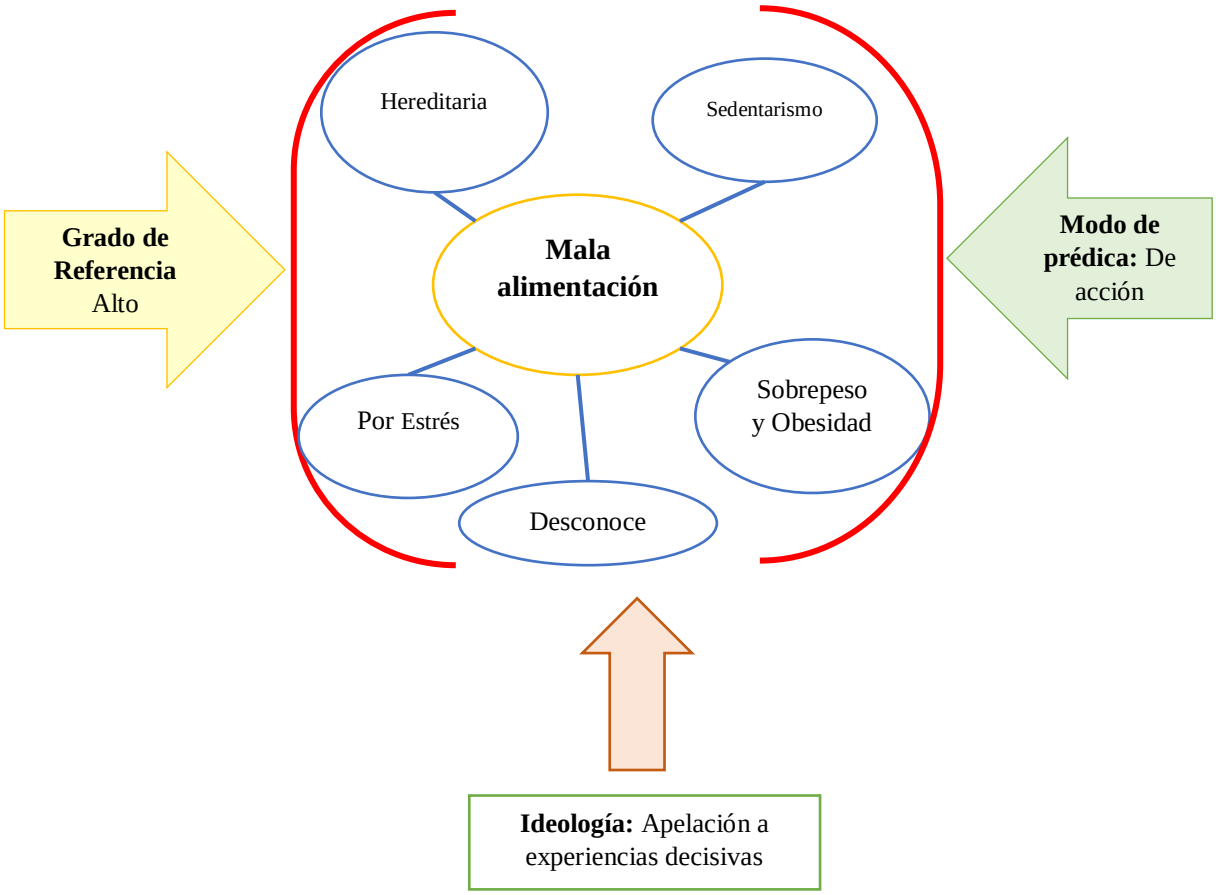
Dos de los entrevistados mencionaron tener problemas de erección.

"*También problemas de disfunción eréctil, se acuerda que usted me lo dijo a mí y que vamos a ver las formas en que me pueden ayudar porque yo aún estoy joven".* Informante 8.

El informante 10, de 59 años, diabético desde hace 32 años, de nacionalidad venezolana indicó: *"El azúcar me impide todo, me impide hasta la relación amorosa, porque no fluye bien la sangre al pene y hay problemas por eso, entonces ya por eso viene la tristeza".*

Causas de la DM2.

Figura 7: **Causas de la DM2.**



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, primer semestre del 2019.

Elaborado por: Ligia Amagua e Ingrid Pazmiño.

La DM2 se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física. (OMS, 2018)

El término «malnutrición» se refiere a las carencias, los excesos y los desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad. (OMS, 2018)

La idea núcleo de esta categoría está relacionada con que más de la mitad de entrevistados afirman que la causa de la diabetes es la mala alimentación asociada a consumo excesivo de carbohidratos, colas, azúcar, fritos, grasas, se identifica un modo de predica de acción, con un alto grado de referencialidad y una ideología de apelación a experiencias decisivas, por lo tanto, se trata de una representación social consolidada.

A continuación, se cita lo mencionado por algunos de los entrevistados:

"Que se paraliza el páncreas por tanta grasa y tantos niveles de azúcar, con tanta azúcar que tomamos se colapsa el páncreas". Informante 10.

"Si creo, yo siempre atribuyo que depende del tipo de vida que uno haya tenido al inicio, no recibí una buena alimentación, ni adecuados cuidados, y uno sigue con esas malas prácticas de no alimentarse bien o comer en horas que no debe, o se pasa el día entero sin tomar líquidos". Informante 29.

"Me parece que la diabetes me ha dado porque yo me vine a trabajar de unos 9 años para acá yo creo que tal vez será de lo que trabajé muy chiquita o sea pienso no sé. O por la comida porque yo desde los 9 años ya no comía la comida del campo que dicen sino simplemente yo me servía otras cosas de aquí de la comida. Yo me imagino que ahorita la diabetes es porque comemos las cosas con pura fumigación. Ahora todo el mundo está con eso, entonces yo creo que es la mala alimentación porque uno se come ya todo fumigado porque ahora ya no se sirve nada de lo que es natural los pollos inyectados, la carne de chancho puesto inyección, la carne de res puesto inyección ahora la carne ya no es rica como antes". Informante 50.

El informante 18, de 64 años, con DM desde hace 10 años, indicó no estar de acuerdo con esta afirmación de que la DM es a causa de la mala alimentación y comentó al respecto: *"Por la alimentación no creo porque yo toda mi vida he comido bien preparado bien aseado por mi madre, después por mis hermanas, después por mi mujer, por mis hijas, una cosa absurda que sea por la comida, no se talvez estuvo mal preparado, pero no sé hasta qué punto pudo ser".*

Un grupo de entrevistados mencionaron a la herencia como causa de diabetes ya que tenían familiares diabéticos.

Otros entrevistados afirman que el estrés (depresión, violencia intrafamiliar) es causante de desarrollar diabetes a continuación se cita lo dicho por algunos de ellos:

Informante 26, de 60 años, diabética desde hace 14 años, cuidadora de su familiar con discapacidad, mencionó: *"Para mí lo que yo tengo es por depresión, por una fuerte depresión que yo tengo, no puedo sostener, y bueno, yo digo que eso es lo que dio".*

Informante 49, ya mencionada antes, nos comentó lo siguiente: *"Para mi pensar yo creo que es tanto estrés tanta preocupación que se tiene para mi pensar porque eso es lo que se tiene en la casa bastante preocupación bastante".*

Otras causas de DM mencionadas por los entrevistados fueron el sobrepeso, obesidad, sedentarismo, alteraciones en el páncreas y dislipidemia.

El informante 17, indicó: *"Que deja de funcionar el páncreas no manda la insulina suficiente para generar lo que uno necesita, pues de la glucosa … En mi caso fue más que todo por la alimentación, la alimentación que yo tenía muy desordenada*

yo también tenía negocios de vender víveres y esas cuestiones hubo un tiempo que tomaba demasiado refresco al día me tomaba una cantidad de refresco y de ahí fue que empezó a generarme esa diabetes". Informante 17.

Uno de los entrevistados mencionó tener diabetes a causa de medicamentos por exposición prolongada a glucocorticoides como se cita a continuación:

"Yo estaba utilizando el meticorten durante 8 años con esa medicación, después de que se me acabo el meticorten me quitaron me dieron la prednisona, por la prednisona me dio la diabetes, la osteoporosis, se me perforo los pulmones y me dio tuberculosis". Informante 15.

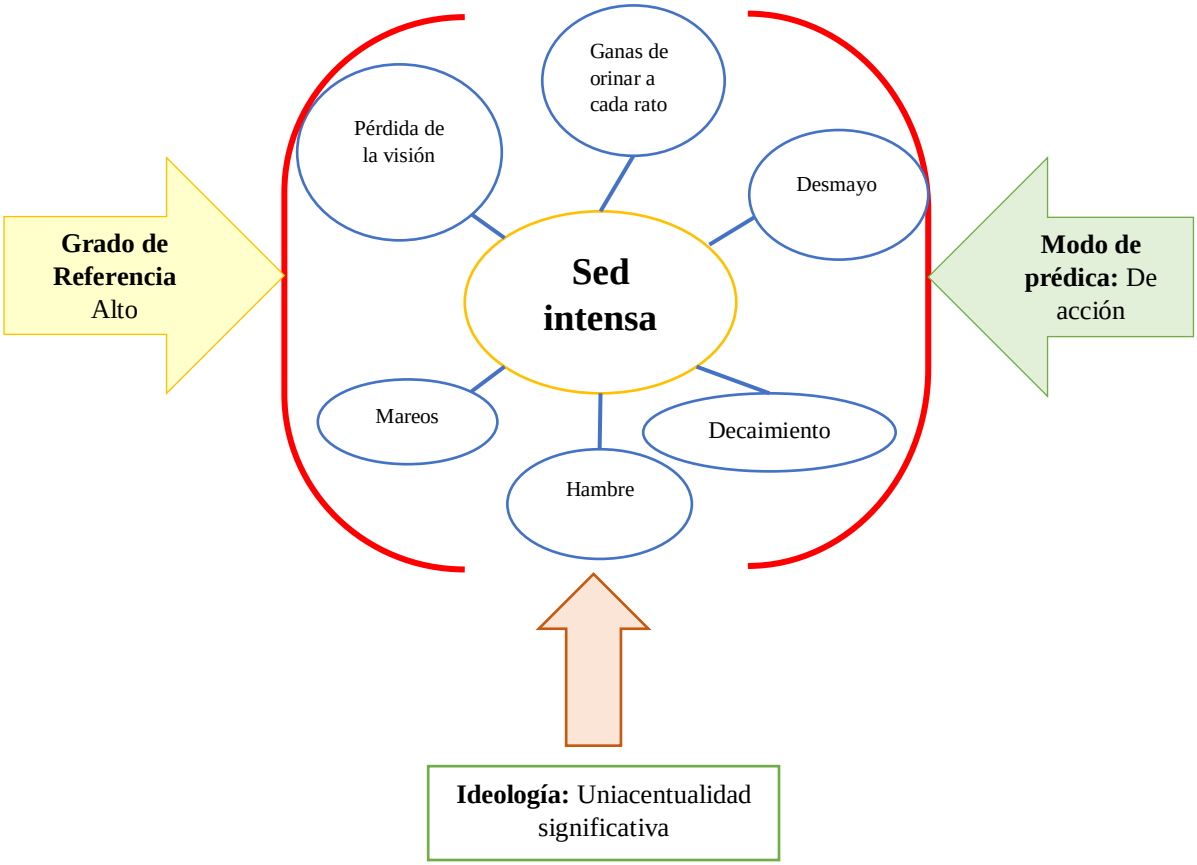
Una de las entrevistadas mencionó que la DM es una enfermedad contagiosa como se cita a continuación:

"Yo no sé, me dijeron a mí que era por no saber cómo cuidar uno donde va al baño, baños públicos y tal vez ahí alguien me contagió porque son contagiosas". Informante 47.

Cuatro de los entrevistados desconocían acerca de las causas de la DM.

Sintomatología de la DM 2

Figura 8: **Sintomatología de la DM 2**



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, primer semestre del 2019.

Elaborado por: Ligia Amagua e Ingrid Pazmiño.

La sintomatología que debería provocar la consideración de la diabetes incluye poliuria, polidipsia, fatiga, visión borrosa, pérdida de peso, mala cicatrización de heridas, entumecimiento y hormigueo. (Pippitt, Li & Gurgle, 2016)

Los síntomas de diabetes consisten, entre otros, en excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio, a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad

puede diagnosticarse solo cuando ya tiene varios años de evolución o han aparecido complicaciones. (OMS, 2018)

La idea núcleo de esta categoría está relacionada con síntomas asociados a hiperglucemia, la mayoría de entrevistados afirmó haber evidenciado sed intensa, ganas intensas de orinar, pérdida de la visión, hambre intensa, mareos, decaimiento, dolor de cabeza y desmayo, se identifica un modo de predica de acción, con un alto grado de referencialidad y una ideología de uniacentualidad significativa, por lo tanto, se trata de una representación social consolidada.

Otros signos y síntomas asociados a diabetes mellitus reconocidos por los entrevistados fueron pérdida de peso, pérdida de extremidades (evidenciada en otros diabéticos vecinos o familiares), infecciones urinarias, depresión, sudoración, aumento de peso, ardor en los pies, temblor, pérdida de apetito, coma diabético, caída del cabello, ansiedad, insomnio, aumento del colesterol, muerte, pérdida de defensas, hormigueo del cuerpo.

A continuación, se cita lo mencionado por algunos entrevistados:

El informante 14, nos contó su experiencia: *"El primer síntoma que tuve era bastante sed, yo me pegaba una cola de tres litros al día".*

El informante 17, comentó: *"Orinaba demasiado, cada rato orinaba era como una incontinencia a cada rato y no aguantaba las ganas de ir al baño casi que me orinaba".*

El informante 18, expuso lo siguiente: *"Yo nunca sentí nada, a mí me vino un malestar, un dolor del cuerpo, yo me aguante un mes con ese dolor y yo seguía*

trabajando, era más joven de ahí me trajeron donde este médico y me diagnosticaron que tengo diabetes entonces dijo "si usted no venía hoy, esta noche amanecía muerto". Ese aparatito que miden ustedes salió 600".

El informante 25, mencionó: *"Antes que me digan que yo tenía la diabetes, yo tenía mucha sed y mucha hambre, era como que nunca había comido, por ejemplo, en ese día que ya después me dijeron que yo tengo diabetes, era como que nunca hubiera tomado agua, como que, si nunca hubiera comido, por ejemplo, en el día desde que me levantaba hasta que me acostaba, tenía que estar come y come porque era un hambre que no me soportaba ni yo misma".*

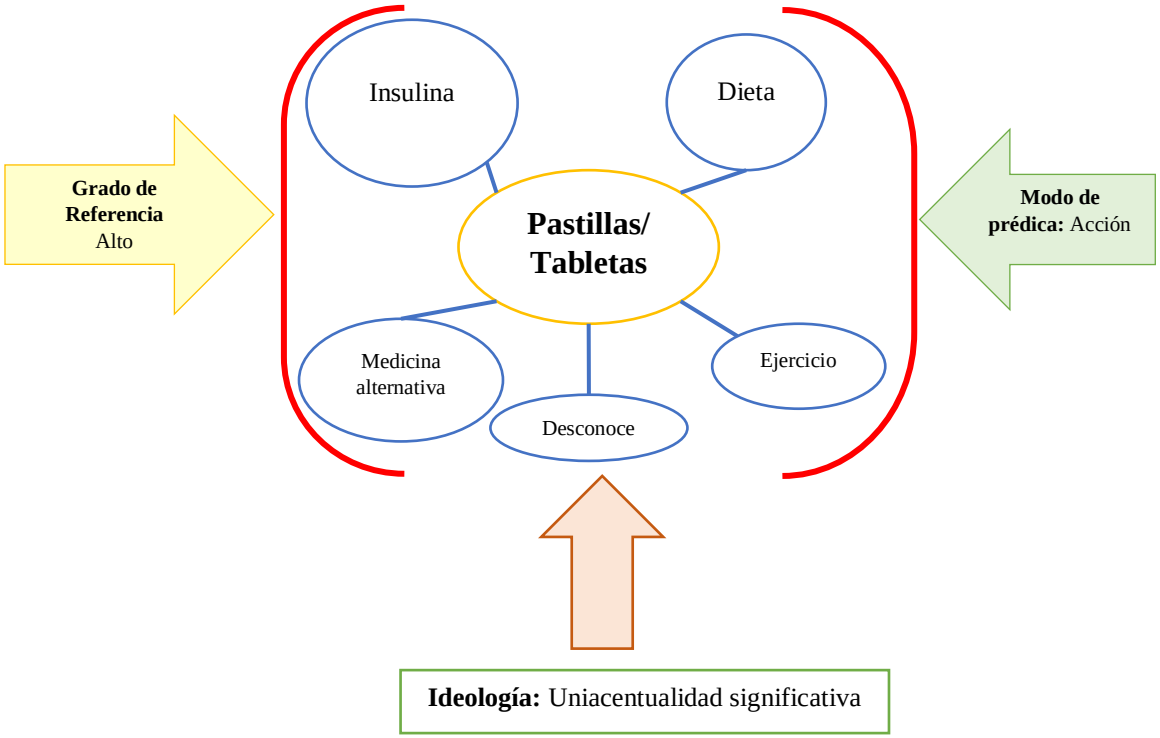
El informante 36, expresó: *"Con el tiempo ya no puede lastimarse, cortarse o tratar de no herirse porque después ya no tiene defensas y se le va acabándose la piel, sobre esto de las uñas de los pies también, cortarse bien porque si no puede llegar a inflamarse y meterse los microbios porque ya no tenemos defensas puede hacerse el pie diabético".*

Solamente una de las entrevistadas asoció a la diabetes mellitus con la muerte.

El informante 10, hace referencia a síntomas de hipoglucemia: *"Cuando se me sube el azúcar no siento nada, cuando se me baja me dan temblores y comienzo a botar mucho sudor, me desespero, me desmayo, por eso con el azúcar alto no siento nada de nada".*

Tratamientos conocidos para la DM 2

Figura 9: **Tratamientos conocidos para la DM 2**



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, primer semestre del 2019.

Elaborado por: Ligia Amagua e Ingrid Pazmiño.

Tabla 8: Medicina alternativa citada por los entrevistados.

Agua de sábila con jugo de naranja	Apio, pepinillo y manzana verde licuados
Mortiño	Alcachofa
Inyecciones (inyección de vacas)	Sábila
Agua de chuquiragua	Mashua
Planta de insulina	Guayusa
Agua de hoja de mango	Hierba mora
Agua de hoja de guayaba	Boldo
Hoja de higo	Caña agria
Canayuyo	Uvilla
Hoja de guanábana	Té de canela con manzana

Acupuntura	Jugo de tomate de árbol con cáscara
Agua de moringa	Agua de eucalipto
Uña de gato	Hiel de guanta
Cirugía para la diabetes	Pitahaya
Tuna	Ajo
Noni	Jugo de apio, pepinillo y piña
Ajenjo	Tulipán del Oriente
Novenario de los 7 limones	Apio con pimiento
Chocho crudo	Jícama
Dulcamara	Perejil, ajo, pepinillo y tomate de árbol
Jugo de guayaba	Hoja de pata de vaca
Inyecciones de vaca (Ivermectina)	

Fuente: Entrevistas semiestructuradas, primer semestre del 2019.

Elaborado por: Ligia Amagua e Ingrid Pazmiño.

La idea núcleo de esta sección son pastillas o tabletas, algunos de ellos mencionan sus nombres comerciales, mientras que otros desconocen los nombres de la medicación que utilizan, pero, indican las dosis y formas de presentación de estas, en cuanto al modo de prédica tenemos que es de acción, con un alto grado de referencialidad y una ideología de uniacentualidad lo que nos da como resultado una representación social consolidada.

Entre otras ideas núcleo mencionadas por los entrevistados mencionan insulina, medicina alternativa, cambios en el estilo de vida (alimentación y ejercicio), y otros nos manifiestan que desconocen de tratamientos para la diabetes, como es el caso del informante 2, de 60 años, albañil, alcohólico, con DM2 desde hace 1 año, en quien no se ha logrado controlar la enfermedad, nos responde lo siguiente:

"Nada de eso he escuchado", por lo que indagamos a profundidad sobre medicina natural, y el familiar nos responde: *El agua de sábila con jugo naranja, me*

dijeron que le dé en ayunas, antes del desayuno… lo que pasa es que el familiar de una vecina que tiene diabetes se está contralando bien con eso, tomando 3 veces por semana… también dicen que es bueno el mortiño, pero no le he dado todavía".

El informante 3 de 55 años, albañil, con DM2 desde hace 12 años nos habla sobre las inyecciones de vaca, de las cuales en el Ecuador, específicamente en Manabí – Flavio Alfaro el médico veterinario Guido Cuadros, tras la muerte de su hijo con Leucemia, incrementó sus estudios en medicina alternativa en varios países, algunos medicamentos que usa son fármacos veterinarios y de acuerdo a sus conocimientos prepara la dosis según la enfermedad, el tratamiento consiste en 3 dosis, cada una cuesta 10 dólares, a continuación citamos un fragmento de la entrevista al informante 3: *"…como la suegra de mi hermano es auxiliar de enfermería y vive en el Oriente dijo que se había traído unas inyecciones, donde hay que ponerse 3 inyecciones, una cada mes, pero no sé el nombre...*

El informante 14, con DM2 desde hace 15 años no comenta: *"Me ha indicado que para la diabetes hay un montón de curas entre hierbas, jarabes, por ejemplo, las naturistas. A mí me mandaron a tomar agua de la hoja de mango, la hoja de guayaba, pero no las he probado. Mi hermano es diabético y se pone una inyección de vacas que cuestan 40 dólares al mes..."*.

Del Dr. Marco Antonio Villalvazo, vocero de la Federación Mexicana de Diabetes, afirma que no existe una vacuna para la prevención, cura o para retardar las complicaciones de esta enfermedad, recalcando que la diabetes es una enfermedad incurable.

Por otro lado, nuestros entrevistados mencionan haber escuchado y algunos utilizado en algún momento la planta de insulina entre otras plantas medicinales,

El informante 43 de 60 años, comerciante, con DM2 desde hace 3 meses manifiesta lo siguiente*: "…un señor me dijo ahora que me tome el jugo de guayaba, que no tome pastillas, que tome jugo de guayaba y le quita la diabetes, pero eso yo no pienso que quita ayuda a rebajar la glucosa sí, pero de quitarme no. La hoja de insulina…, pero yo no he tomado ahorita nada, solo la hoja de insulina, pero ahí me da un desmayo y me da mucho sueño".*

Recordando que los objetivos del tratamiento consisten en prevenir o retardar la aparición de las complicaciones crónicas y evitar complicaciones agudas, revirtiendo la alteración metabólica que resulta en hiperglucemia y atendiendo los aspectos relacionados con la calidad de vida del paciente, lo cual es posible lograr solo si se acuerda con el paciente y su familia un programa de metas terapéuticas y de seguimiento del control metabólico, poniendo especial énfasis en la educación y modificación de conductas. (Kopitowski, 2016)

El tratamiento de la DM2 debe incluir en todas sus fases la adopción de hábitos alimentarios saludables y la práctica regular de ejercicio físico, pilares básicos para el control de la enfermedad. (Casado, 2012). En conjunto, con la implementación de las modificaciones del estilo de vida disminuye, aproximadamente, 1% el valor de la hemoglobina glicosilada (Hb1Ac). (Kopitowski, 2016)

Es importante que el médico considere la actividad física del paciente como uno de los pilares fundamentales en la prevención y tratamiento inicial y a largo plazo

de la diabetes, y que la indique como si prescribiera una medicación. (Kopitowski, 2016)

El paciente y el médico deben comprender que estas modificaciones no dan resultados inmediatos, sino que los efectos beneficiosos recién podrán observarse a mediano y largo plazo. (Kopitowski, 2016)

A todo paciente con DM2 se le debe ofertar una intervención sobre sus hábitos alimentarios de forma individualizada. No obstante, presenta un elevado índice de fracasos por la dificultad que supone para las personas con DM2 cambiar unas conductas alimentarias que se han instaurado durante años y que forman parte de la propia cultura personal. (Casado, 2012). Se aconseja una dieta cardiosaludable, equilibrada, que reduzca el consumo de grasas saturadas y que evite especialmente hidratos de carbono de absorción rápida (azúcar, caramelos, mermelada), que sea rica en fibra, contemplando como primordial la ingesta de legumbres, verduras, pescado, frutas y cereales. (Casado, 2012)

Los beneficios del ejercicio son numerosos y están contrastados científicamente: mejora el control glicémico y la sensibilidad de los tejidos a la insulina y disminuye la incidencia de DM2 en personas con alteraciones en el metabolismo de la glucosa. Por otro lado, reduce la grasa corporal, incrementa el HDL, disminuye los triglicéridos y el colesterol y reduce las cifras de presión arterial. (Casado, 2012)

La OMS recomienda realizar 150 minutos de actividad física moderada o 75 minutos de actividad física intensa semanal para las personas a partir de los 18 años de edad, y que, para obtener mayores beneficios para la salud, estas personas deben

llegar a los 300 minutos semanales, de esta manera se mejora el equilibrio, lo cual nos ayuda a prevenir caídas en la edad de adultos mayores.

En la DM2 confirmada el diagnóstico y siguiendo recomendaciones en el cambio de estilo de vida, iniciar en primer lugar con metformina a bajas dosis. En pacientes motivados y con una Hb1Ac próxima a la normalidad, puede establecerse un tratamiento no farmacológico durante 3 meses. (Casado, 2012)

El tratamiento ha de ser siempre individualizado en función de los años de evolución de DM2, el valor de Hb1Ac, la comorbilidad asociada, la edad, la expectativa de vida y el objetivo pactado con el paciente. Se iniciará con metformina, salvo contraindicación, y se evaluará cada 3 a 6 meses. En pacientes con niveles elevados de glicemia o de Hb1Ac, algunas guías recomiendan iniciar el tratamiento combinado con dos fármacos orales. Otros fármacos utilizados en el tratamiento de la diabetes son: Sulfonilureas, Glinidas, inhibidores de la alfa – glucosidasas, Glitazona, Gliptinas (Inhibidores de DPP-4), Análogos GLP-1. (Casado, 2012)

Otros de los tratamientos para la DM2 es la insulina, la cual es una hormona fisiológica constituida por 51 aminoácidos que de forma fisiológica muestran una secreción basal para mantener la normoglucemia entre las comidas y por la noche, frenando la producción hepática de la glucosa y una secreción prandial para compensar la hiperglicemia posprandial de la ingesta. Es el fármaco más antiguo y disponible, con el que más experiencia clínica se tiene y el más potente. (Casado, 2012)

Las más usadas son la cristalina (o rápida) de corta duración, la NHP (o intermedia) y las mezclas (bifásicas). Según su origen se prefiere a la humana, que es la de menor antigenicidad, aunque la insulina porcina y bovina son más económicas,

la insulina se aplica principalmente por vía subcutánea y en ocasiones por vía endovenosa. (Kopitowski, 2016)

Las indicaciones de insulinoterapia, que por lo general son de segunda opción, luego del tratamiento con uno dos fármacos vía oral y fallo en alcanzar las metas o síntomas importantes o Hb1Ac mayor a 9%. (Kopitowski, 2016)

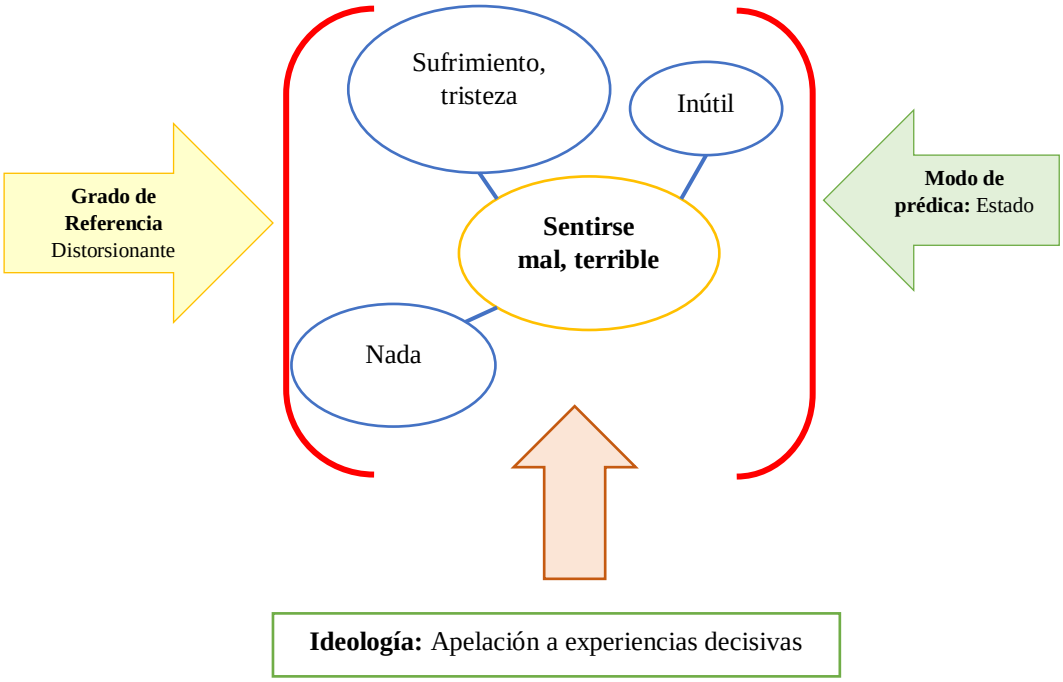
El 80% de la población mundial utiliza productos naturales, es por esto que la OMS no solo reconoce la importancia de las terapias tradicionales y su alcance en el ámbito mundial, sino que incluso ha creado una oficina de medicina tradicional, destacando que éstas siguen estando muy poco reglamentadas.

La OMS indica que este tipo de terapia no está exenta de riesgo, presentando efectos secundarios directos e indirectos, y resalta que la información ofrecida es poco fiable, y en ocasiones engañosa. También subraya la mala calidad, adulteración o falsificación de los productos. No obstante, la OMS deja constancia que su estrategia es facilitar su integración con los sistemas de salud nacionales con el objeto de hacer más asequible el acceso a la medicina en determinadas poblaciones. (Cano, 2018)

Asociación cultural a seguimiento – control de la DM 2

Que entiende por estar o sentirse enfermo

Figura 10: **Que entiende por estar o sentirse enfermo**



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, primer semestre del 2019.

Elaborado por: Ligia Amagua e Ingrid Pazmiño.

Para iniciar con el análisis de esta categoría es importante recordar ciertos conceptos, la OMS, define a la salud como "Estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". (OMS, 1947)

La OMS define enfermedad como "Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible". Por un lado, el signo, el cual representa el "indicio, señal de algo", siendo

esta medible y valorable, por otro lado, encontramos el síntoma, el cual se entiende como la "manifestación reveladora de una enfermedad", siendo algo subjetivo de la propia persona.

La idea núcleo de esta categoría es que los entrevistados manifiestan que sentirse enfermo es sentirse mal, terrible, otras respuestas recopiladas en las entrevistas tenemos: sentimientos de tristeza, sufrimiento, preocupación, inutilidad, sentenciado a morir, resignación, muchos no sienten nada, no se sienten enfermos, unos pocos nos comentan que es lo peor que le puede pasar a una persona, que les ocasiona limitaciones e impotencia, como es el caso del informante 10, de 58 años, con diabetes desde hace 27 años quien nos comenta: *"Es un mal que no tiene cura, es como cáncer, ósea, yo entiendo que es una sentencia a morir, no ahorita, porque le dan tiempo".*

Se identifica un modo de prédica es de estado, el grado de referencialidad es distorsionante, con una ideología de apelación a experiencias decisivas, por lo tanto, tenemos una representación social en nacimiento.

El informante 6 de 59 años, chofer profesional, diabético desde hace 19 años refiere: *"Me siento decaído, mal, pensativo, pienso mucho en la enfermedad, que estoy corriendo más viejo y sigo más enfermo".*

Mientras que, el entrevistado 9, de 57 años, diabético desde hace 17 años nos manifiesta que: "*Bueno yo creo que es cuestión de actitud, yo no me siento enfermo, pero he visto personas que por un resfrío se les ve que están enfermas… pero en mi caso no es así, yo sé que tengo una enfermedad, que no es el fin del mundo, que esto es de llevar todos los días. La enfermedad es limitarse uno mismo, dejarse vencer por la enfermedad".*

Las mujeres nos manifestaron lo siguiente:

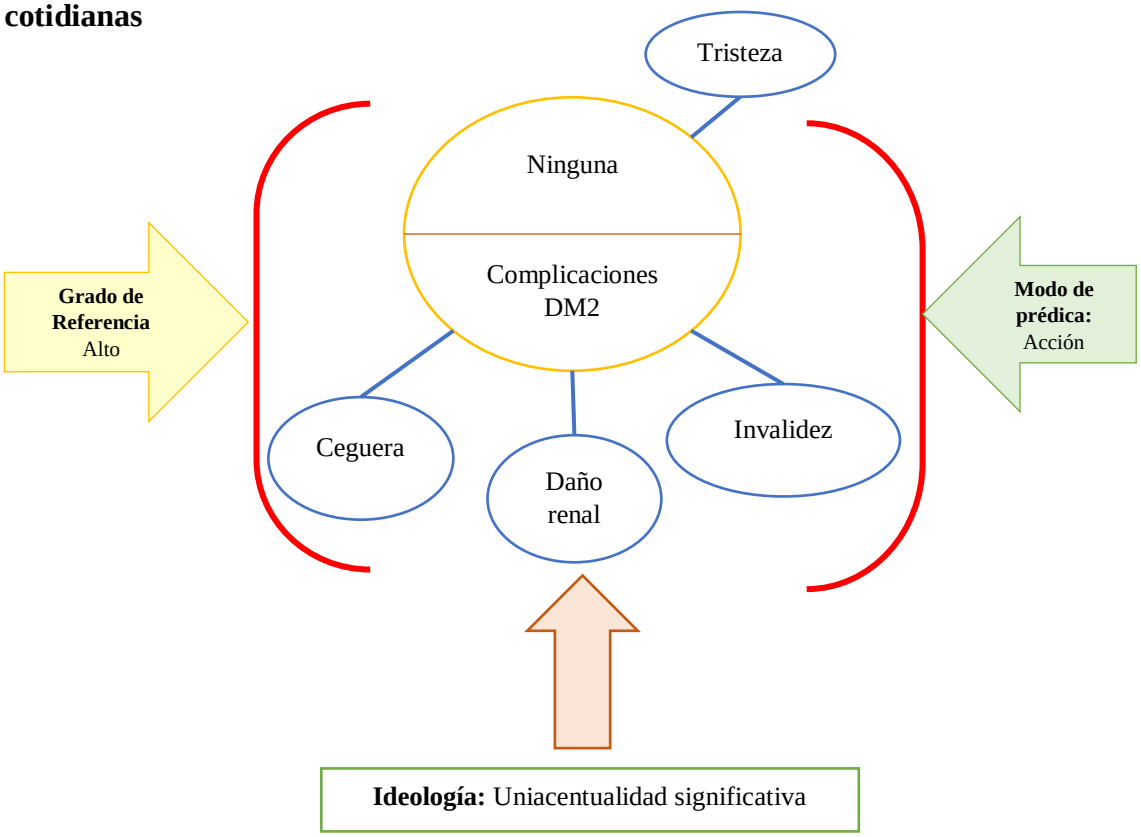
"Mal, molestia sin ánimo a veces de vivir". Informante 41 de 56 años, comerciante, diabética desde hace 5 años.

"Tristeza, pena, sufrimiento porque a veces una tiene ganas de seguir trabajando y yo por supuesto ya no puedo". Informante 50 de 60 años, ama de casa, diabética desde hace 22 años.

Informante 29, de 59 años, quien es directora de una fundación para pacientes y familias con esquizofrenia nos manifiesta: *"Bueno al comienzo fue demoledor, fue como que me cayó un edificio encima, me quise morir, odie todo lo que tenía alrededor mío, quería que mi esposo se vaya o me deje, fue duro que me cogió, la aceptación fue dura, pero ahora le veo como una enfermedad cualquiera, lo que tengo que saber es que como, que me llevo a la boca, ser muy educada en la comida, ser fuerte a renunciar a algo que me gustaba..."*.

Enfermedades que limitan o limitarían las actividades cotidianas

Figura 11: **Enfermedades que limitan o limitarían las actividades cotidianas**



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, primer semestre del 2019.

Elaborado por: Ligia Amagua e Ingrid Pazmiño.

Dentro de esta categoría tenemos como idea núcleo que ninguna enfermedad les impide realizar sus actividades cotidianas, con un modo de prédica de acción, un alto grado de referencialidad y una ideología de uniacentualidad significativa lo que nos lleva a una representación consolidada.

Podemos mencionar, que otros entrevistados piensan que, si llegan a tener complicaciones de la diabetes como ceguera, enfermedad renal terminal que requiera diálisis, amputación de miembros por pie diabética, estas complicaciones les

impedirían realizar sus actividades diarias con normalidad, como es el caso de los siguientes entrevistados:

"Lo que tengo miedo es que esta enfermedad acabe con mi vida, con mis riñones, como yo trabajo de albañil me impediría realizar muchas cosas, me quedaría prácticamente sin trabajo, sin poder dedicarme a otra cosa". Informante 3 de 55 años, albañil, diabético desde hace 12 años.

El informante 6 de 59 años, chofer profesional, nos manifiesta que: *"…me diagnosticaron prurigo nodular, me da mucha picazón en el cuerpo y mucha vergüenza, porque me gustaba jugar bastante pelota y desvestirme delante de mis amigos me da vergüenza porque aún tengo las lesiones, por eso me mandaron donde un Psiquiatra para que me ayude en esa parte".*

El prurigo nodular es un trastorno pruriginoso crónico, de patogenia desconocida, que se caracteriza por la formación de pápulas y nódulos hiperqueratósicos, firmes, con excoriaciones y liquenificación. Se presenta a cualquier edad, pero más se observa entre los 20 y 60 años. (Rodríguez, 2016). Es considerada una respuesta de la piel al trauma repetitivo ocasionado por el prurito crónico, lo que hace necesario descartar causas sistémicas como agente etiológico.

Se ha descrito como una enfermedad poco frecuente, pruriginosa, de evolución crónica y por brotes; caracterizada por lesiones de aspecto nodular, múltiples o solitarios que se ubican en las superficies extensoras de los miembros en forma diseminada con tendencia a la generalización. (Navarrete, 2004)

Se considera una entidad de origen neurogénico, puesto que se presentan pronunciadas manifestaciones de inestabilidad neurocirculatoria. Es posible que neuropéptidos como la sustancia P y el péptido relacionado con el gen que codifica para la calcitonina, contribuyan al prurito intenso, dado que son desencadenantes potentes de liberación de histamina. (Navarrete,2004).

Por otro lado, 2 de nuestros informantes nos mencionan a la disfunción eréctil como enfermedad que le impide realizar sus actividades cotidianas, puesto que tienen problemas al momento del acto sexual, en particular el informante 10, padece de diabetes mellitus DM2 desde hace 31 años, es venezolano y estuvo algunos años sin recibir tratamiento por la situación actual de su país nos menciona lo siguiente: *"El azúcar me impide todo, me impide hasta la relación amorosa, porque no fluye bien la sangre al pene y hay problemas por eso, entonces ya por eso viene la tristeza y no empieza a decaerse ya no puede hacer uno lo que tenía que hacer".*

El informante 8 de 58 años, comerciante, diabético desde hace 4 años refiere: "*También problemas de disfunción eréctil, se acuerda que usted me lo dijo a mí y que vamos a ver las formas en que me pueden ayudar porque yo aún estoy joven".*

Cabe destacar que la neuropatía autonómica también puede causar trastornos genitourinarios, incluyendo disfunción sexual. En los hombres la neuropatía autonómica diabética puede causar disfunción eréctil y/o eyaculación retrógrada, en las mujeres se presenta como una disminución del deseo sexual, aumento del dolor durante el coito, disminución de la excitación sexual y lubricación inadecuada. (ADA, 2018)

El informante 24, de 61 años, nos refiere que en infancia tuvo secuelas en sus miembros inferiores por la poliomielitis, por lo cual se moviliza en silla de rueda, ella nos responde lo siguiente: *"Mis piernas, no camino desde que nací por las secuelas de la polio, antes gateaba como un bebé, por lo que mis abuelitos me fregaban las piernas ahí logré pararme, solo mis piernas me lo impiden".*

Asociación de DM2 con enfermedad

Figura 12: **Asociación de DM2 con enfermedad**



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, primer semestre del 2019.

Elaborado por: Ligia Amagua e Ingrid Pazmiño.

En esta sección podemos observar que la idea núcleo es que los pacientes manifiestan que la diabetes si los hace sentir enfermos. Cabe recalcar que, en este grupo, se incluyen pacientes que presentan complicaciones crónicas propias de la diabetes, tenemos un modo de prédica de estado, con grado de referencialidad

distorsionante, una ideología del todo expresado y una representación social en nacimiento.

Otros informantes nos manifiestan que no se sienten enfermos, al tener la DM2 controlada, puesto que pueden realizar sus actividades cotidianas con normalidad.

Como se puede apreciar no todos los entrevistados asocian a la diabetes como una enfermedad como es el caso de los siguientes informantes:

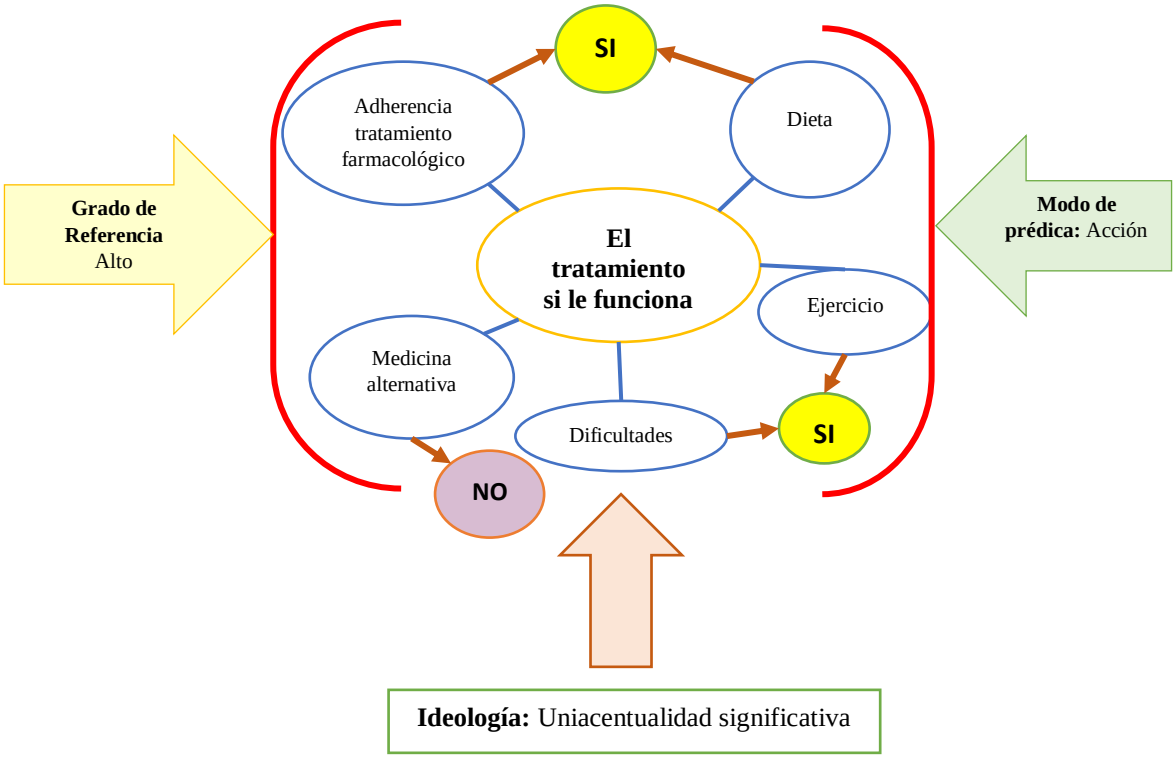
El informante 20 de 58 años, albañil, diabético desde hace 5 meses nos comenta: *"Dependen como lo cojan y yo la he cogido por el lado bueno y no me siento enfermo".*

El informante 21 de 43 años, panadera, con diabetes desde hace 3 años indica:*" Ósea mientras me estece cuidando no, tratar de evitarlo, porque en cuanto yo me descuido yo sé que se me sube la glucosa".*

El informante 35 de 67 años, misionera, diabética desde hace 15 años, refiere: *"La verdad es que a veces no me he sentido enferma pero cuando me descompenso sí, …, pero, así como para decir que es una enfermedad que me ha imposibilitado vivir hasta ahorita a Dios gracias no".*

Eficacia del tratamiento para la DM2

Figura 13: Cree que el tratamiento que lleva para la DM2 le está funcionando



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, primer semestre del 2019.

Elaborado por: Ligia Amagua e Ingrid Pazmiño.

En esta categoría se abarcaron varios aspectos con respecto a la continuidad en el tratamiento, dentro de las cuales preguntamos sobre la adherencia al tratamiento farmacológico, cambios en el estilo de vida como lo es la dieta y el ejercicio, si hacen uso de medicina alternativa para el tratamiento, regularidad con la que son citados a los chequeos médicos y por último preguntamos sobre las dificultades que presentan los pacientes para continuar con el tratamiento indicado por el médico.

La primera pregunta planteada que realizamos es si cree que el tratamiento que llevan les está funcionando, idea núcleo se centra en que la mayoría de los entrevistados creen que el tratamiento les está funcionando, otros desconocen si les funcionan porque a pesar de que están asintomáticos, al realizarse los controles de la glicemia previo a la consulta médica estos resultados siempre salen alterados, una entrevistada manifiesta tomar de manera irregular la medicación por lo que refiere que, el tratamiento no le funciona actualmente, es el caso de la informante 40, de 68 años, ama de casa, diabética desde hace 18 años, nos manifiesta lo siguiente: *"No, no sé porque, yo me tomo así las pastillas, pero …sino que aquí hay otro problema que yo me tomo las pastillas, pero no me estoy rigiendo a lo que me dicen los médicos. Hay veces que no tomo las tres veces o cuando llego de noche me tomo esa pero no las dos veces que me faltaron".*

En la segunda pregunta que se realizó se indaga sobre la adherencia al tratamiento farmacológico, la idea núcleo identificada es que los pacientes tienen una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico, por otro lado unos pocos nos indicaron no tener una buena adherencia al tratamiento farmacológico, como mencionaron algunos entrevistados cuando se les informó del diagnóstico de diabetes y al no conocer de esta enfermedad, no la tomaron en serio desde el principio, por tal motivo, y al sentirse asintomáticos, descontinuaron su tratamiento farmacológico por meses e incluso años, hasta que presentaron complicaciones propias de la enfermedad, como es el caso de los siguientes pacientes:

"Sí, me sané, no tenía nada, como dos años estuve… como me sané por unos dos años no tomé la medicación y estaba bien, después me fui donde el médico y ya

vuelta me había subido y ahí si ya me viene para acá…". Informante 4, 69 años, albañil, diabético desde hace 12 años.

"Bueno, yo me traumé, le hablo sinceramente… porque cuando fui al seguro, cuando ya me dijo ésta señora que debo hacer el tratamiento… la doctora me habló muy crudamente, me dijo aquí señor su enfermedad no tiene ninguna cura y como ésta enfermedad no tiene cura, simplemente vamos a tratarle, y vamos a tratarle para que tenga una muerte más tranquila, no sea una muerte fea, sino una muerte aceptable, por lo tanto vamos a darle estos tratamientos y me dio dos fundas de basura llenitas de medicamentos, llenitas, entonces, yo me quede totalmente impactando, creyendo que estoy a punto de morirme y como justo dice que me voy a morir, entonces comencé a buscar medicina alternativa… entonces debido a eso cambié de medicina y cuando cambié de medicina como que empecé a recuperarme... por lo que realmente utilicé la medicina alternativa que me ayudó mucho, entonces comencé así, y eso lo mantuve más o menos unos 3 años". Informante 11, 60 años, instructor de conducción, diabético desde hace 9 años.

La tercera pregunta realizada es acerca de los cambios en el estilo de vida, específicamente en la alimentación, la idea núcleo es que la gran mayoría de los pacientes tiene una adecuada adherencia al plan alimenticio que le ha proporcionado el médico o el nutricionista, por otra parte, hay quienes comentan que la diabetes al ser una "enfermedad de ricos", requieren mayor cantidad de dinero para comprar los alimentos que son recomendados en la alimentación para pacientes con diabetes, lo cual dificulta en cierto modo cumplir al pie de la letra con lo indicado, ya que algunos se dedican a actividades comerciales informales, otros al momento no cuentan con

empleo fijo, por lo cual, no poseen un sustento económico fijo que cubra con las necesidades del hogar, y por otro lado tenemos aquellos hogares en los que preparan alimentos para el paciente diferentes a los que consume el resto de la familia, el informante 14 nos menciona: *"A veces porque lo que a mí no me gusto es que mi señora hacia comida para mí y comida para mis hijos y como a veces hay y a veces no hay no me gusto que haga doble comida, entonces le deje "has comida para todos".*

Como cuarto punto indagamos sobre la actividad física, aquí tenemos que la idea núcleo es que la mayoría de los entrevistados realizan ejercicios diarios.

Con respecto a lo referido por los informantes, uno de ellos, quien tiene 10 años con la enfermedad, con buena adherencia al tratamiento farmacológico y dietético nos comenta que dejó de realizar actividad física al ver que no conseguía una disminución de peso adecuada: *"No, eso si no, ahora verá doctora a mí me han mandado a caminar yo caminé un mes ya, que camine media hora o 45 minutos, yo caminaba 45 minutos un mes, no dos meses y vine a la cita médica, yo por decir yo pesaba 200 libras y pum caminándome aguantándome mi dolor no puedo yo caminar porque no aguanto el dolor el ardor de los pies entonces yo camine y vengo y estaba con 202 libras y subí mejor y desde ahí deje de caminar porque no saque ningún resultado".* Informante 18.

La quinta pregunta se centró en el uso de la medicina alternativa como parte del tratamiento para la DM2, la idea núcleo es que la mayoría de los entrevistados no utilizan medicina alternativa como parte del tratamiento para la DM2, otros informantes nos indicaron que si toman medicina natural como es el caso de los siguientes entrevistados:

"Agua de tuna, que me dijo la doctorita de Sangolquí que me dijo que tomará…esa agua siempre me tomo en las mañanas en una botellita, en vez de la cola me tomo, me da sed tomo". Informante 19.

La tuna (pencas de tunas o nopal) es perteneciente a la familia de las cactáceas, una especie de fruto espinoso originario de Centroamérica, en el Ecuador se cultivan 4 tipos de tuna: la tuna amarilla sin espinas, la tuna amarilla con espinas, la blanca y silvestre, principalmente en las provincias de Imbabura, Loja, Santa Elena y Tungurahua, con una extensión aproximada de 180 hectáreas, en el cantón Cevallos, ubicado a 15 minutos de Ambato, debido a las propiedades del suelo, clima y sobre todo, abundancia de abono orgánico, se obtiene este producto en mayor cantidad. (Ministerio de Agricultura y Ganadería, 2018)

Es una fruta que tiene la característica de poseer una gran cantidad de semillas, un alto contenido en carbohidratos, una baja acidez, lo que le proporciona un sabor dulce y agradable. (Piga, 2004). La parte comestible de la tuna está compuesta principalmente por agua (84 – 90%) y carbohidratos (10 – 15%), los sólidos solubles de la tuna se encuentran en un rango de 10 a 17% con glucosa y fructuosa como azúcares predominantes, contiene un alto valor de pH (5.3 – 7.1), y una baja acidez, contiene además ácido cítrico, ácido málico, fumárico, alto contenido en calcio, fosforo y magnesio, altos niveles de prolina y taurina.

En los últimos años la comunidad científica ha mostrado mayor interés con respecto a los beneficios que proporciona la tuna para la salud. Diferentes investigaciones han demostrado que mejora la función plaquetaria, reduce los lípidos de la sangre como los triglicéridos y colesterol y reduce las concentraciones de

isoprotanos en la sangre, lo cual indica un menor daño oxidativo. Sin embargo, son escasos los estudios realizados y aún se desconocen los mecanismos de acción. (Galati, 2003)

Otro de los informantes menciona usar el mortiño como parte del tratamiento, él nos comenta: *"...Si me tomo, solo el mortiño, y una hierba que es amarga, pero ahorita estoy con el mortiño que me tomo un vaso en ayunas sin azúcar sin nada, eso parece también que me ha ayudado bastante, no siento nada de mal.* Informante 4.

El mortiño llamado también uva monte, es una fruta nativa de los páramos ecuatorianos, de esta fruta solo se logra una cosecha en el año que va de octubre a noviembre (Loján, 2003). La baya del mortiño consumida fresca aporta el 80% de agua, 0.7% de proteína, 1% de grasa, contiene minerales como el hierro, cobre, zinc, calcio, magnesio y potasio, por esto, y debido a su gran sabor y propiedades y cualidades nutricionales, cada vez es más consumido en el mundo. Al tener un bajo contenido en calorías, es recomendable su uso en dietas y además por la presencia de compuestos fenólicos y fibras, reduce el azúcar en sangre. (Cobas, 2012)

Por su alto contenido en vitamina C se lo considera como un excelente antioxidante. (Cobas, 2012)

Aunque se han reportado estudios sobre este fruto y sus propiedades, no se ha estudiado hasta el momento el efecto directo que el mortiño tiene en los humanos. La idea es consumir y evaluar de forma controlada este fruto por sus propiedades antioxidantes para analizar qué efectos tiene en las personas. (Barona, 2016)

En cuanto a la regularidad de los chequeos médicos, tenemos que la idea núcleo es que acuden a control cada mes, mientras que otros son citados cada dos meses, cabe recalcar que, en el centro de salud de Conocoto, se citan a pacientes cada mes cuando aún no se logra un adecuado control de la enfermedad, mientras que los pacientes que son citados cada dos meses son aquellos que cumplen con la meta del tratamiento, algunos pacientes manifiestan agradecimiento por el trato recibido, como es el caso del informante 8: "*Cada mes aquí, yo felicito a este centro de salud, perdóneme que yo le diga, pero yo felicito porque a mí me han atendido como de primera, lo que yo no tenía en el Eugenio Espejo, pero bueno yo considero que en el Eugenio Espejo es por la aglomeración de gente".*

En cambio, en el caso del informante 3, nos comenta su mala experiencia en la atención en el centro de salud de Conocoto. *"Acá a Conocoto va a ser como unos 5 años, aquí no es cada mes, antes me mandaban cada mes, pero ya no, depende del médico que me toque, uno me manda cada mes otro cada dos meses, lo que me mandan cada dos meses nunca explican, ósea más se limitan a hablar, hablan palabras técnicas que yo no entiendo y usted tiene tal cosa hipertensión, pero, ¿qué es eso?, no entiendo, palabras técnicas que como médicos ustedes entienden pero uno ignora, lo que hace uno es escuchar, si se les pregunta salen más groseros".*

Y por último indagamos sobre las dificultades para seguir con el tratamiento, obtuvimos como idea núcleo que la dificultad para seguir con el tratamiento es el factor económico, como mencionamos anteriormente algunos de nuestros entrevistados no cuentan con un empleo formal, otros son desempleados y sus ingresos económicos

mensuales no llegan a cubrir las necesidades del hogar, esto dificulta la continuidad del tratamiento.

Otra idea núcleo que pudimos recopilar es que los pacientes en ocasiones tienen dificultad para acceder a las citas médicas, esto se complica mucho más si pierden el turno asignado, puesto que les toca llamar al 171 para solicitar un nuevo turno, muchas veces no consiguen los turnos de manera inmediata y sumado a los bajos recursos económicos que algunos pacientes tienen, no se compran la medicación y por ende no continúan el tratamiento de una manera adecuada. Cabe recalcar una estrategia que se implementó en el centro de salud de Conocoto desde el mes de mayo del presente año, es que los consultorios de Medicina Familiar, cuenten con la matriz de agendamiento de turnos, para que de esta manera sean los mismos profesionales los encargados de asignar los siguientes turnos y así no perder la continuidad del tratamiento.

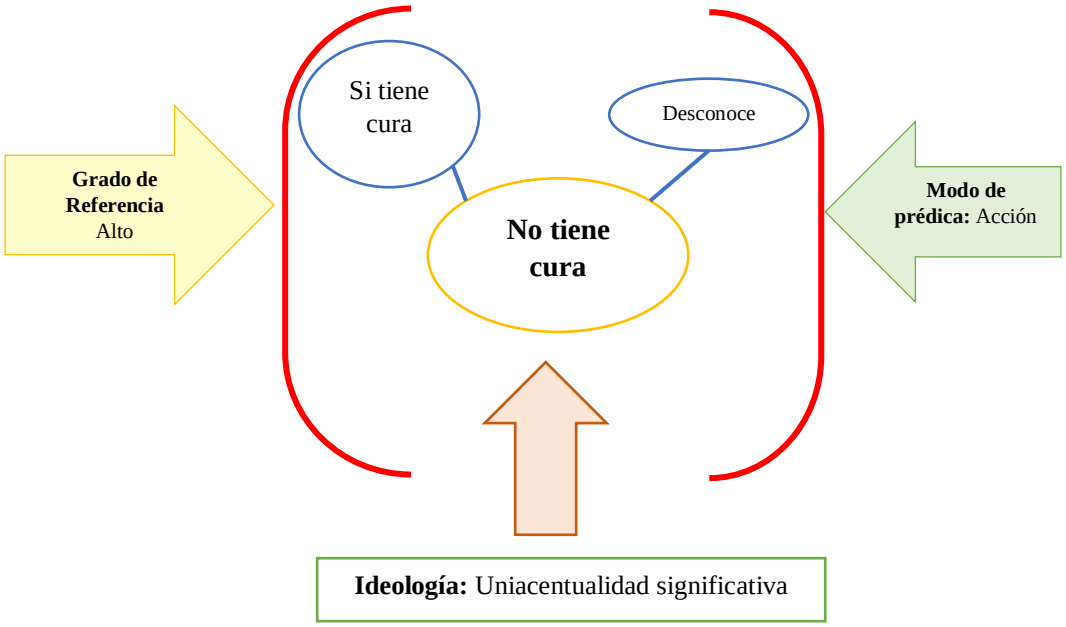
Citamos el fragmento del informante 47 quien es cuidadora de su hijo con discapacidad: *"Yo tengo que venir a veces llamando por teléfono porque vine la última vez a pedirle de favor a la doctora y dijo ahora vaya y coja con el 171 y yo hasta esperar eso uno ya va muriendo. Si me mandan a comprar el medicamento yo no puedo pues porque yo tengo solo la plata de lo que cuido a mi discapacitado nada mas solo eso tengo".* Informante 47

Y por último tenemos que, los pacientes se quejan porque no llevan una continuidad en la atención con el mismo médico, son atendidos por diferentes profesionales y esto los lleva en ocasiones a una confusión por la diversidad de criterios médicos.

En esta categoría se identifica un modo de prédica de acción, con un alto grado de referencialidad, una ideología de uniacentualidad significativa lo que nos conlleva a una representación social consolidada.

Cree que algún día ya no tendrá diabetes

Figura 14: **Cree que la diabetes tiene cura**



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, primer semestre del 2019.

Elaborado por: Ligia Amagua e Ingrid Pazmiño.

La idea núcleo de esta categoría es que la diabetes no tiene cura, por otra parte, algunos entrevistados piensan que el medicamento para la cura de la diabetes ya fue fabricado, pero no es conveniente comercializarlo porque las farmacéuticas no tendrían ganancias, como lo menciona el informante 9 de 57 años, corredor de bienes raíces, diabético desde hace 17 años: "*Si, de algún medicamento, yo creo que existen medicamentos para la cura de todas las enfermedades, pero parece que no son*

convenientes que salgan al mercado, por eso no nos curamos, pero yo estoy convencido que eso es lo de menos, hace rato ya inventaron".

El informante 18, de 64 años, diabético desde hace 10 años manifiesta lo siguiente: *"Yo tengo esa esperanza, yo pienso que sí tiene cura, verá el mismo medicamento existe en nuestro país, pero no hay la ciencia, verá una Argentina, de la marihuana hizo la cura para la diabetes ella publicó y no le dejaron extender en el mundo. Yo por lo que andan contando que se han curado, pocos, pero, yo creo que la diabetes si se cura"*.

Y, por último, la informante 36, de 60 años, diabética desde hace 10 años menciona algo similar a los dos informantes anteriormente citados: *"Me han dicho y he escuchado yo que, si hay cura, he visto en las noticias que, si hay cura, lo que pasa que a los farmacéuticos no les interesa que haya cura porque eso es el vivir de los farmacéuticos. Yo pienso que si o sea si nos ponemos a investigar, porque a los empresarios lo que les interesa es que salga el producto, no van a decir que hay curación".*

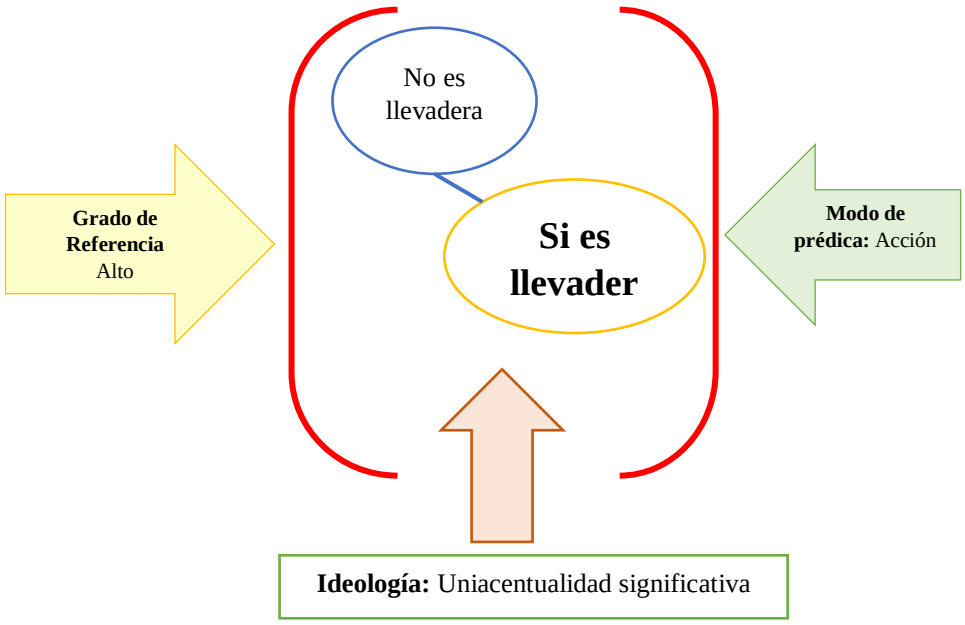
Otros entrevistados nos manifiestan que la cura de la diabetes se puede alcanzar si toman la medicación correspondiente y siguen las recomendaciones médicas que se les da en las consultas, como es el caso del informante 8, de 58 años, comerciante, con diabetes desde hace 4 años: *"Si creo que la diabetes tiene cura, porque yo tomo los medicamentos que son y me siento bien, y si los sigo tomando es lógico que me voy a curar, por eso le digo si yo siguiera al pie de la letra lo que ustedes me mandan, créame que estaría más sano.*

El informante 27, de 65 años, con diabetes desde hace 7 años, menciona: "*Yo creo que siguiendo al pie de la letra los consejos que recibo aquí en la consulta yo creo que sí*".

Se identifica en esta sección un modo de prédica de acción, con un alto grado de referencialidad, una ideología de uniacentualidad significativa, lo que nos lleva a una representación social en consolidada.

Exploración de las referencias de la diabetes mellitus como enfermedad llevadera

Figura 15: **DM2 como enfermedad llevadera**



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, primer semestre del 2019.

Elaborado por: Ligia Amagua e Ingrid Pazmiño.

La idea núcleo de esta sección es que la DM2 es una enfermedad llevadera, unos pocos refieren que no lo es, por complicaciones crónicas de la misma, como es

el caso del informante 15, de 61 años, con diabetes desde hace 7 años: *"Ya no por la ceguera ya no puedo. Toca llevar a diario así estese con la ceguera me toca sobrellevar".*

El informante 46 de 65 años, ama de casa, diabética desde hace 7 años, refiere: *"No, yo ya no soy la misma de antes, yo deseo trabajar, hacer cualquier cosa, pero ya no puedo porque ya no veo".*

Se identifica un modo de prédica de acción, con un alto grado de referencialidad, una ideología de uniacentualidad significativa lo que nos lleva a una representación social consolidada.

Tabla 9: Tabla de resumen entrevistas de los pacientes

Pregunta	Idea Núcleo	Modo de Prédica	Grado de Referencialidad	Ideología	Representación Social
En donde le diagnosticaron de DM2 y quien le informó del diagnóstico	Centro de salud tipo C Conocoto/ Médico	Acción	Alto	Uniacentualidad significativa	Consolidada
¿Qué tipo de tratamiento le indicaron para su diabetes?	Pastillas/ Tabletas	Acción	Alto	Uniacentualidad significativa	Consolidada
¿Siguió el tratamiento que le indicaron?	Si y no lo he suspendido	Acción	Alto	Uniacentualidad significativa	Consolidada
¿Qué es lo que sabe usted sobre DM2?	Enfermedad peligrosa	Estado	Bajo	Apelación a experiencias decisivas	En nacimiento
¿Está la DM2 relacionada con otras enfermedades?	Desconoce	Estado	Bajo	Visión polarizada de la realidad	En nacimiento
¿Cuáles cree usted que sean las causas de la DM2?	Mala alimentación	Acción	Alto	Apelación a experiencias decisivas	Consolidada
¿Qué le pasa a una persona que es diabética?	Sed intensa, hambre, ganas de orinar a cada rato	Acción	Alto	Uniacentualidad significativa	Consolidada
¿Cuáles son los tratamientos que usted conoce para la DM2?	Pastillas o tabletas, insulina	Acción	Alto	Uniacentualidad significativa	Consolidada
¿Qué entiende por estar o	Sentirse mal, terrible	Estado	Distorsionante	Apelación a experiencias decisivas	Nacimiento

sentirse enfermo?					
¿Qué enfermedades le impedirían realizar sus actividades cotidianas?	Ninguna y complicaciones crónicas de la DM2	Acción	Alto	Uniacentualidad significativa	Consolidada
¿Piensa que la diabetes le hace sentir enfermo?	Si los hace sentir enfermos	Estado	Distorsionante	Todo expresado	Nacimiento
¿Cree que el tratamiento que lleva le está funcionando?	Si funciona, cambios en el estilo de vida (alimentación y ejercicios)	Acción	Alto	Uniacentualidad significativa	Consolidada
¿Cree que la diabetes tiene cura?	No tiene cura	Acción	Alto	Uniacentualidad significativa	Consolidada
¿Piensa que la diabetes es una enfermedad llevadera?	Si es una enfermedad llevadera	Acción	Alto	Uniacentualidad significativa	Consolidada

Fuente: Entrevistas semiestructuradas, primer semestre del 2019.

Elaborado por: Ligia Amagua e Ingrid Pazmiño.

5.7.3 Narrativa de los médicos

Dentro del personal de salud que participó en nuestro estudio se incluyeron a 6 médicos de los cuales obtuvimos las siguientes respuestas:

Narrativa de atención a personas con diabetes mellitus 2.

Tiempo de trabajo.

En cuanto al tiempo en el cual el personal de salud trabaja atendiendo pacientes diabéticos este va desde 2 años hasta aproximadamente 33 años.

Cantidad de pacientes que atiende.

Todos los médicos/as entrevistados coincidieron que por lo menos atienden uno o dos pacientes diabéticos por día.

Tipos de tratamientos que se indican.

Todos los médicos/as entrevistados informaron que el tratamiento farmacológico depende del control glucémico y en función de este prescriben antidiabéticos orales (metformina como medicamento de primera línea) e insulina, además de esto, indican cambios en el estilo de vida, evitar el consumo de carbohidratos, consumo de frutas, verduras, legumbres, disminución de arroz y pan, así como realizar actividad física y ejercicio.

Es importante recalcar que el personal de salud coincide en que el factor económico influye directamente en las modificaciones de la dieta y en ocasiones limitan su cumplimiento, además indican que en cuanto a asesoría nutricional se debería contar con el apoyo de nutriólogos.

Experiencia de trabajo.

Dentro de esta categoría tenemos que uno de los médicos manifiesta que la experiencia es enriquecedora, ya que se aprende día a día de estos pacientes, por otro lado, la mayoría coincide en que es el factor económico una de las causas por las cuales los pacientes no se adhieren a los cambios en el estilo de vida, específicamente en la alimentación, lo cual hace complicado llegar a cumplir metas terapéuticas, por último tenemos que una de las entrevistadas menciona lo siguiente: "*Son pacientes difíciles porque no se adhieren fácilmente al tratamiento que se les indica".* Médico 6

Caracterización emic de la responsabilidad de la atención.

Casos significativos.

En cuanto a los casos significativos vemos una gran diversidad, pacientes no controlados que llegan con complicaciones crónicas de la diabetes como retinopatía diabética, pie diabético que ha requerido amputación de extremidades y enfermedad renal crónica terminal, por otro lado, vemos pacientes que, por desconocimiento de su enfermedad, al estar asintomáticos no se adhieren adecuadamente a las recomendaciones médicas dadas.

Uno de los casos más significativos que encontramos es del médico 1 quien nos comenta lo siguiente: *"Doña Olga por ejemplo… es una paciente de 75 años, la vi en mi consulta por primera vez hace más de un año, ella es diabética, también tiene hipertensión y llegaba con mucho dolor abdominal, entonces, era un caso de polifarmacia más fragilidad, en la que trabajamos mucho en visitas domiciliarias, manejo de depresión, reduje de 8 medicamentos que recibía al día a solamente 3 con buen control de HTA y diabetes, el problema de la Sra. en cada consulta era, que como no estaba controlada la diabetes, o la presión se subía la dosis o un medicamento, eso le pasó paulatinamente que llegó a tener efectos adversos por los medicamentos, que no tomaba bien ninguno, entonces con la reducción de sus medicamentos logramos controlar bien su enfermedad, logramos hacer una buena relación médico – paciente con la Sra."*.

Saber de los pacientes sobre la enfermedad.

La mayoría de los informantes acordaron que primero se debe investigar acerca de cuanto saben los pacientes sobre su problema de salud y en base a este conocimiento previo con el que vienen los pacientes reforzar en ellos la educación acerca de esta

enfermedad, esto a su vez, va a depender mucho de la edad que tenga el paciente, las redes de apoyo con las que se cuente y el soporte económico que tengan, todos estos factores influyen en gran medida para que lleguen a tener un conocimiento consolidado de la enfermedad.

Una de las entrevistadas nos manifiesta lo siguiente: "*Creo que hay la cultura de que el médico sobreentiende que los pacientes entienden todo lo que uno se les explica o a veces no se les explica nada y solo se les da la medicación".* Médico 4.

Por otro lado tenemos la siguiente respuesta: *Preguntándoles un poco al azar, se les dice cuénteme que desayuna, cuénteme que es lo que más le gusta comer, aunque le cuento que vienen pacientes que desde la entrada ya se les ve la contextura, y se da cuenta que no bajan de peso y más bien siguen subiendo de peso y solamente vienen a llevar la medicación; y luego les vemos afuera y están comiendo mote con chicharrón entonces son esas son las contradicciones que vivimos diariamente con la atención en este tipo de pacientes, pero más o menos así es como nos damos cuenta y detectamos que tipo de alimentación es la que ellos tienen.* Médico 6

Pacientes relacionan la diabetes mellitus con otras enfermedades.

La mayoría de los entrevistados concuerdan que los pacientes relacionan a la diabetes con las complicaciones crónicas de la misma, pocos la asocian con el sobrepeso, la obesidad y la herencia.

El médico 1 nos menciona lo siguiente: *"Realmente la percepción cultural que tiene la gente sobre la diabetes es muy diversa, en general asocian a la diabetes con complicaciones de ceguera, con complicaciones de diálisis, de pie diabético pero*

difícilmente realmente lo asocian con la obesidad o HTA que es realmente los problemas con los que más están relacionados, entonces culturalmente más que con la misma diabetes, más que con tener una percepción de gravedad, en vez de hacerse dueños de la enfermedad, asimilar la enfermedad, lo que hacen es asociarle con complicaciones del tratamiento, por ejemplo tienen mucho miedo de usar insulina, por ejemplo, asocian la diabetes con insulina en que ya me voy a quedar ciego o me voy a quedar sin pies, o me va a dar un infarto, pero realmente es muy alejada la realidad".

Pacientes conocen las causas.

Los entrevistados manifiestan que los pacientes si conocen las causas de las diabetes, ellos mencionan algunas respuestas como la herencia, la obesidad, el estrés, a continuación, citamos dos respuestas relevantes:

"Muchos dicen, es que mi mamá ya es diabética, mi papá es diabético, este, no sé, es que todos tienen diabetes en mi casa, hasta cierto punto, en estos casos hay una percepción "de normalidad", entonces realmente no asocian que el estilo de vida, el consumo de azúcar, la falta de ejercicio, el sedentarismo, sean una de las causas de la diabetes mellitus, muchos lo asocian con la costumbre familiar, la obesidad familiar, pero no toman en cuenta la alimentación y estilo de vida que llevan son las causas de su enfermedad". Médico 1.

"Ellos piensan que es hereditario la mayoría y lógicamente en los pacientes diabéticos hay un alto porcentaje que tienen antecedentes familiares de diabetes ya sean sus padres o tíos, inclusive hermanos refieren ellos, abuelitos, bisabuelos, siempre hay un antecedente de eso y claro ellos piensan que como el tío fue, la mamá fue ellos también, pero justamente en eso se les está educando, que entiendan que no

específicamente es así, que sí venimos cargados genéticamente, con factores de riesgo, pero no significa que porque si mi mamá tuvo yo también voy a tener , porque si yo me cuido, tengo un estilo de vida saludable lógicamente voy a evitar". Médico 6.

Pacientes conocen la gravedad y desenlace.

Muchos concuerdan en que la mayoría no percibe la gravedad de la enfermedad que tienen, en general por lo asintomáticos que llegan a la consulta, por otro lado, tenemos otros pacientes que ante la noticia de que tienen diabetes pasan por crisis no normativas de pérdida, manifestando sentimientos de negación, de culpa, de tristeza, como nos comenta el siguiente informante:

"En general el darle la noticia a un paciente que es diabético, siempre es una mala noticia, las más frecuentes son respuestas de negación, de llanto, de culpa muchas veces o muchos pacientes que están deprimidos por ejemplo, piensan que es un castigo de la vida, un castigo de Dios, si alguno de ellos tiene alguna creencia religiosa, entonces en general, independientemente del estrato socioeconómico cuando las personas reciben este tipo de noticias, tienen respuestas habituales de negación, culpa, ante la crisis que se está generando por la enfermedad". Médico 1.

Asociación cultural a seguimiento / control de la enfermedad

Percepción de los pacientes de "sentirse enfermos".

Los entrevistados coinciden en que para los pacientes diabéticos el estar o sentirse enfermos está relacionado a tener síntomas, alguna dolencia, tener que tomar medicamentos regularmente y tener que acudir a los controles. También refieren que

hay pacientes que por desconocimiento de la cronicidad de la enfermedad o debido a la ausencia de síntomas abandonan el tratamiento ya que afirman haberse curado.

Algunos pacientes lo asocian a un estado de tristeza porque la enfermedad de una u otra manera afecta sus actividades cotidianas como el tener que tomar medicamentos o abstenerse de cierto tipo de alimentos.

A continuación, se citan fragmentos de las entrevistas:

"La mayoría yo creo que lo relaciona con un estado de tristeza al sentir que ya no tiene su estado de salud bien, que van a dejar de hacer las cosas que antes hacían, hacer cambios en su estilo de vida por estar tomando medicación". Médico 2

"Estar enfermo para ellos es cuando les duele algo, pero no se dan cuenta que a veces las enfermedades son silenciosas". Médico 3

Pacientes con discapacidad.

En esta parte de la entrevista los médicos/as indicaron tener pacientes con problemas de discapacidad secundaria a otra causa diferente a la diabetes mellitus, pero también atienden a pacientes diabéticos con ceguera, amputación de miembros inferiores, neuropatía diabética y enfermedad renal crónica.

El medico 1 menciona que las complicaciones de la diabetes mellitus se deben a que la relación médico-paciente y los seguimientos son aún deficientes. A continuación, se cita una parte de la entrevista:

"Si, si, cuando, los pacientes diabéticos han sido vistos previamente por muchos médicos, generalmente la mayoría son pacientes que tienen un diagnóstico de 5 a 10 años, es raro que vengan de un reciente diagnóstico, por todo lo que les ha

sucedido, ir de una casa de salud a otra, recibir un tratamiento, recibir otro tratamiento, no han recibido la educación necesaria para comprender el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad, muchos ya vienen con complicaciones, hay muchos que ya tienen retinopatía, neuropatía diabética, enfermedad renal crónica asociadas a diabetes mellitus, entonces sí es frecuente, muy frecuente yo pienso que es uno de los problemas centrales la falta de seguimiento de estos pacientes por un médico de cabecera".

Diabetes mellitus entendida como enfermedad por parte de los pacientes.

Los médicos/as entrevistados coinciden que los pacientes asocian a la diabetes con enfermedad pero que no siempre la entienden como crónica, por lo que indican que en cada consulta se debería hablar sobre la evolución de la enfermedad y a la vez reforzar la relación médico-paciente.

Con respecto a este tema en Médico 1 menciona lo siguiente:

"Si al inicio no se perciben enfermos y es una reacción normal al recibir un nuevo diagnóstico, pero yo creo que depende mucho de la educación que ha recibido en cada consulta de la calidad de la información que ha recibido por cada médico, esto se va logrando con el tiempo y con cada consulta, para lograr entender la enfermedad".

Cumplimiento del tratamiento por los pacientes.

En cuanto al cumplimiento del tratamiento indicado los entrevistados son conscientes que los pacientes no son adherentes al tratamiento ya sea por ausencia de

síntomas, complicaciones o porque no reciben la información adecuada con respecto a la enfermedad y al tratamiento por parte del personal de salud.

También reconocen que la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes requiere un abordaje más allá del tiempo de consulta, justificándose los seguimientos mediante turnos extras, así como visitas domiciliarias.

A continuación, se citan fragmentos de algunas entrevistas:

"Si, recordando que el tratamiento es una partecita farmacológica y en gran medida conductual, y el ejercicio, si he visto buenos resultados en mis pacientes, si acuden frecuentemente al control, yo creo que es una minoría de pacientes los que no acuden por diversas circunstancias y son en los que más ponemos atención, se indica mayor seguimiento, incluso visitas domiciliarias, pero en general, la mayoría de los pacientes diabéticos si cumplen". Médico 1

"Yo creo que sí, aunque también depende mucho de si uno lo explica bien o no, porque muchas veces nosotros asumimos que el paciente ya sabe lo que tiene, ya sabe que es lo que tiene que hacer, que tiene que comer, como tiene que comer y a veces no ponemos atención o no les preguntamos si en verdad saben las indicaciones que tienen que seguir, asumimos que ya lo saben". Médico 2

Prácticas alternativas.

Todos los entrevistados reconocen que los pacientes diabéticos usan medicina alternativa como plantas o aguas que han escuchado que funcionan además del tratamiento prescrito por el personal de salud. Uno de los entrevistados menciona que

si no se trata de algo dañino se puede recomendar su uso con el fin de garantizar la adherencia al tratamiento médico.

"Si es frecuente, también es una cosa que depende mucho de la cultura de cada persona, entonces, hay algunas personas que si creen en cosas naturales, naturistas, lo que se aconseja en las consultas es dar en desuso ese tipo de medicina natural y cuando la medicina alternativa no tiene algún efecto dañino en ellos, para continuar con la adherencia al tratamiento lo que yo recomiendo es que lo sigan haciendo, entonces les digo está bien con agüita de manzanilla, pero tome el medicamento, es una manera de garantizar que no dejen el tratamiento". Médico 1

Cumplimiento de recomendaciones.

Los entrevistados mencionan que el cumplimiento de las recomendaciones en cuanto al tratamiento y a los cambios en el estilo de vida está asociado a los factores socioeconómico y cultural de cada paciente, los cuales no se deben pasar por alto durante la atención a pacientes diabéticos.

Problemas de salud propios.

Ninguno de los entrevistados son diabéticos.

Tabla 10: Tabla de resumen entrevistas de los médicos

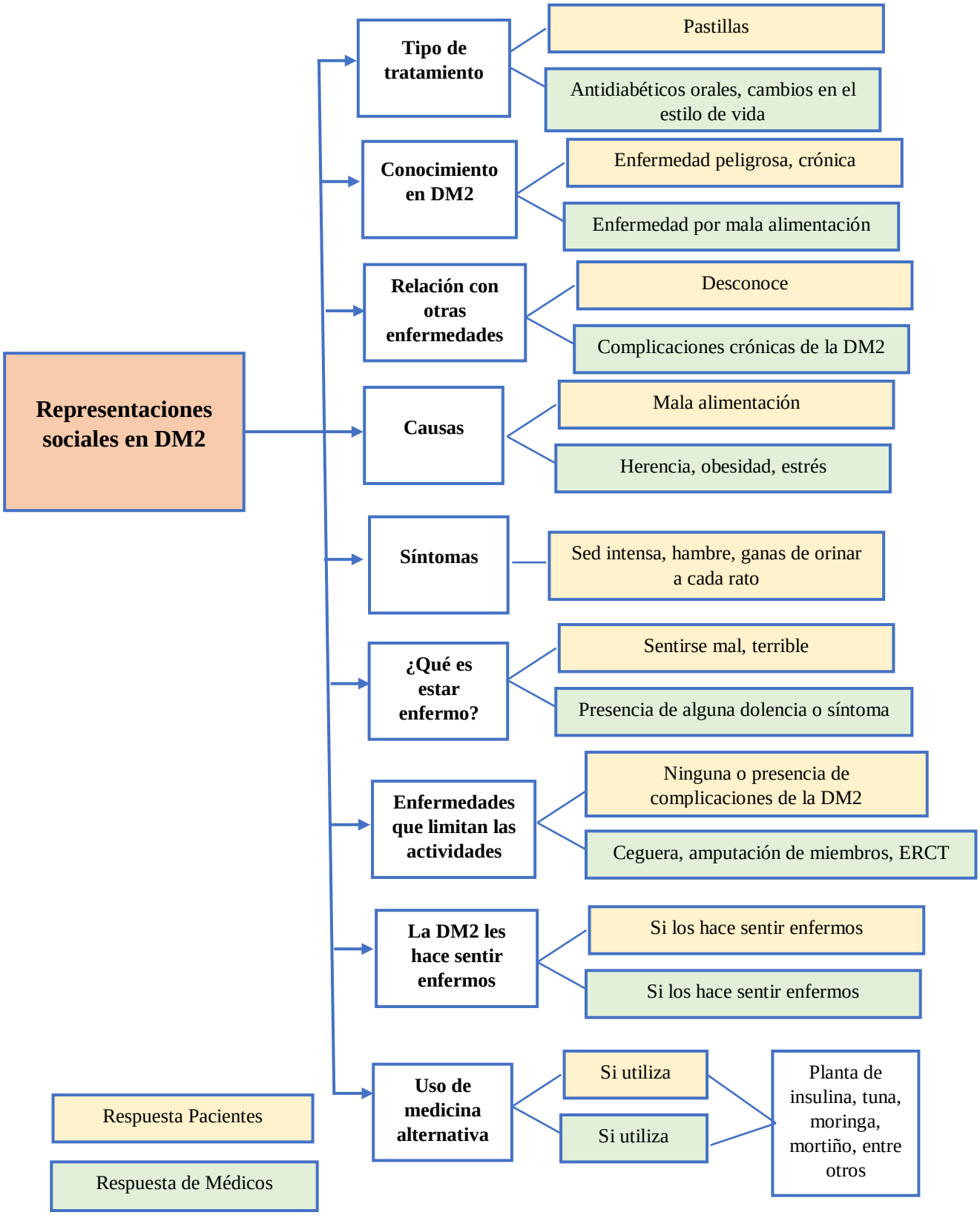
Pregunta	Idea Núcleo	Modo de Prédica	Grado de Referencialidad	Ideología	Representación Social
Hace cuánto tiempo que trabaja atendiendo pacientes con DM2	Desde los 2 años hasta 33 años	Acción	Alto	Uniacentualidad significativa	Consolidada
¿Cuántos pacientes diabéticos atiende usted?	Uno o dos pacientes con diabetes al día	Acción	Alto	Uniacentualidad significativa	Consolidada
¿Qué tipo de tratamiento les	Antidiabéticos orales y cambios	Acción	Alto	Uniacentualidad significativa	Consolidada

indica usualmente a los pacientes con DM2?	en el estilo de vida				
¿Cómo usted percibe lo que saben sus pacientes sobre la diabetes?	Enfermedad por mala alimentación y hereditaria	Acción	Alto	Uniacentualidad significativa	Consolidada
Sus pacientes creen que la diabetes está relacionada con otras enfermedades ¿Cuáles?	La relacionan con complicaciones crónicas de la diabetes	Acción	Alto	Uniacentualidad significativa	Consolidada
¿Cuáles creen sus pacientes que sean las causas de la DM2?	Herencia, obesidad, estrés	Acción	Alto	Uniacentualidad significativa	Consolidada
¿Cómo perciben los pacientes la gravedad y el desenlace de la enfermedad?	No la perciben porque llegan a consulta sin síntomas	Acción	Alto	Uniacentualidad significativa	Consolidada
¿Qué entienden sus pacientes por estar o sentirse enfermo?	Lo relacionan con tener síntomas, o alguna dolencia	Acción	Alto	Uniacentualidad significativa	Consolidada
Tiene usted pacientes con diabetes que presenten incapacidades o discapacidades	Ceguera, amputación de miembros inferiores, enfermedad renal crónica	Acción	Alto	Uniacentualidad significativa	Consolidada
Entienden sus pacientes a la diabetes como una enfermedad	Si la entienden como enfermedad	Acción	Alto	Uniacentualidad significativa	Consolidada
¿Cree que el tratamiento que Ud. les prescribe le funciona?	Los pacientes son adherentes al tratamiento farmacológico	Acción	Alto	Uniacentualidad significativa	Consolidada
¿Sus pacientes con DM2 utilizan alguna práctica de medicina alternativa?	Si utilizan medicina alternativa	Acción	Alto	Uniacentualidad significativa	Consolidada
¿Usted considera que sus pacientes con diabetes siguen sus recomendaciones?	Si siguen las recomendaciones dadas en consulta	Acción	Alto	Uniacentualidad significativa	Consolidada

Fuente: Entrevistas semiestructuradas, primer semestre del 2019.

Elaborado por: Ligia Amagua e Ingrid Pazmiño.

***Figura 16*: Resumen comparativo de las entrevistas de los pacientes y los médicos**



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, primer semestre del 2019.

Elaborado por: Ligia Amagua e Ingrid Pazmiño.

CAPITULO VI

Discusión

Narrativas del historial clínico

Sobre la temporalidad del diagnóstico

Si bien es cierto en nuestro estudio la temporalidad del diagnóstico varía entre 3 meses y 32 años de la enfermedad, hay que tomar en consideración que la diabetes mellitus tipo 2 se caracteriza por la presencia de sintomatología menos intensa, en consecuencia la enfermedad puede diagnosticarse solo cuando ya tiene varios años de evolución o han aparecido complicaciones.

Sobre el lugar del diagnóstico

En cumplimiento con lo estipulado en el Manual del Modelo de Atención Integral de Salud que menciona: El I Nivel de atención conformado por puestos de salud, consultorios generales, centros de salud tipo A, B, C, por su contacto directo con la comunidad debe cubrir a toda la población, este nivel debe resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes de la comunidad. (MAIS,2012)

En nuestro estudio se evidencia que la mayor parte de entrevistados fueron diagnosticados de diabetes mellitus en el Centro de Salud tipo C Conocoto, establecimiento perteneciente al primer nivel de atención.

Sobre quien informó el diagnóstico

La mayoría de entrevistados fueron diagnosticados por un integrante del equipo de salud.

Sin embargo, dos de nuestros entrevistados fueron diagnosticados de diabetes mellitus por un familiar y por una señora respectivamente.

En el primer caso los exámenes de laboratorio fueron realizados e interpretados por cuenta propia basándose en los valores de referencia de los resultados, a lo que Kane en el 2016 en su estudio sobre comunicación médico-paciente menciona que aunque los pacientes tienen cada vez más acceso directo a los resultados de sus estudios, la responsabilidad de explicar estos resultados es de los médicos, además cuando los pacientes saben por qué se les indican los análisis y qué significan los resultados, aumenta su satisfacción con la atención médica que reciben.

En el segundo caso el diagnóstico de diabetes mellitus se lo realizó mediante detección de glucosa en orina en "tira reactiva", con respecto a este tipo de examen la Asociación Americana de Diabetes en el 2015 informa que las pruebas de glucosa en la orina no son tan precisas como las de glucosa en la sangre y solo se deben usar cuando estas no están disponibles, es importante considerar que generalmente no se encuentra glucosa en la orina.

Sobre el tipo de tratamiento indicado

Nuestros resultados revelan que los antidiabéticos orales fueron los medicamentos de primera línea prescritos para el tratamiento de la diabetes, esto fue afirmado por pacientes y médicos.

Un número importante de nuestros entrevistados usan insulina asociada a antidiabéticos orales, se debe resaltar que los pacientes relacionan el uso de insulina con que la diabetes está "grave, mal controlada, o avanzada". Esto concuerda con lo

mencionado por los médicos entrevistados ya que ellos prescriben insulina en función del control glucémico.

Algunos de los entrevistados mostraron temor a desarrollar daño renal secundario a uso prolongado de antidiabéticos orales y uso de insulina. En relación a esto, Ledón en el año 2012 en su estudio sobre Impacto psicosocial de la diabetes mellitus menciona que el uso de insulina es otro aspecto de importancia alrededor del cual se expresan temores: relacionados con el agravamiento de la enfermedad y con supuestos efectos colaterales en cualquiera de los sistemas o funciones corporales, y es la sexualidad uno de los más referidos, con el consiguiente rechazo de propuestas de tratamiento con insulina, en especial, a través de múltiples dosis. Es la adecuada y sistemática educación, dirigida a que las personas comprendan las razones de su uso, además de las experiencias de adecuado control metabólico logrado por las personas usuarias del tratamiento, lo que finalmente da al traste con estas significaciones.

En cuanto a los cambios de estilo de vida los pacientes mencionan que los médicos no toman en cuenta el factor económico al momento de indicar el consumo regular de frutas, verduras, legumbres o endulzantes alternativos. Sin embargo, los médicos que participaron en nuestro estudio reconocen a este factor como importante limitante para la modificación en la dieta.

En cuanto a la actividad física y al ejercicio, la OMS los define como conceptos diferentes, los mismos que son reconocidos tanto por pacientes como por los médicos, es así que al indagar sobre esta parte del tratamiento los pacientes indican realizar actividad física pero no ejercicio.

Finalmente, con respecto al tratamiento para la diabetes mellitus, IntraMed en su artículo sobre la Nueva Guía 2019 sobre Diabetes (ADA) indica que: La metformina debe iniciarse en el momento en que se diagnostica la diabetes tipo 2 a menos que haya contraindicaciones. Para la mayoría de los pacientes, esto será monoterapia en combinación con modificaciones de estilo de vida.

La insulina tiene la ventaja de ser eficaz cuando otros agentes no lo son y debe considerarse como parte de cualquier régimen de combinación cuando la hiperglucemia es grave.

Sobre la adherencia al tratamiento indicado

El resultado de nuestro estudio muestra que hay dos grupos importantes de pacientes, un grupo adherente al tratamiento de diabetes desde su diagnóstico y otro grupo que en algún momento abandonó el tratamiento.

Entre los factores mencionados por los pacientes para el incumplimiento del tratamiento mencionaron: efectos secundarios de los fármacos especialmente gastrointestinales, costo de los fármacos, dificultad para acceder a los controles, asumir que estaban curados por no tener síntomas, desconocimiento de la enfermedad y la creencia de que tomar medicamentos por tiempos prolongados hace daño.

Por su parte los médicos concuerdan con lo dicho por los pacientes y también reconocen que los diabéticos no reciben la información adecuada con respecto a la enfermedad y al tratamiento porque el médico/a asume en ocasiones que el paciente lo sobreentiende.

En el estudio sobre adherencia y persistencia terapéutica realizado por Dilla en el 2009 menciona que los factores predictores de una baja adherencia a la medicación son: falta de conocimiento de la enfermedad, del régimen terapéutico y de las consecuencias del incumplimiento por parte del paciente, complejidad y larga duración del tratamiento, enfermedad asintomática, inadecuado seguimiento.

Caracterización Emic sobre la DM2

Sobre el conocimiento sobre la diabetes mellitus 2

En nuestro estudio la diabetes mellitus es reconocida por la mayoría de los pacientes como enfermedad. Sin embargo, un pequeño número de entrevistados desconocía sobre el tema y no la asociaron con enfermedad.

En esto concuerdan también los médicos entrevistados que si bien es cierto los pacientes reconocen a la diabetes como una enfermedad no siempre la asocian con cronicidad.

En el estudio de representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad realizado por Torres en el 2009 refiere que, desde este enfoque, la enfermedad se considera una experiencia subjetiva que integra lo biológico y lo social.

La visión biológica en nuestro estudio incluyó aspectos como la deficiencia física, la tristeza, la herencia, así como el tratamiento y la atención de la enfermedad. Dentro de lo social se ubican los gastos económicos, los cambios en el estilo de vida.

Sobre la relación de la diabetes mellitus con otras enfermedades

Tomando en consideración que la diabetes no controlada puede provocar ceguera, amputación de extremidades, insuficiencia renal, enfermedad vascular y enfermedad cardíaca. (Pippitt, Li & Gurgle, 2016)

Nuestro estudio demuestra que los pacientes reconocen a las enfermedades que se asocian con la diabetes sea por experiencias propias o ajenas, o porque ha recibido información por parte del personal de salud, esto concuerda con lo informado por los médicos entrevistados.

Sobre las causas de la diabetes

Los resultados del estudio concuerdan en que la causa de diabetes mellitus es la mala alimentación, así como lo afirman otros estudios.

La OMS indica que la nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud.

La malnutrición por exceso de ingesta calórica y nutrientes incluyen sobrepeso, la obesidad y las ECNT. La mala alimentación y nutrición se cuentan entre los principales factores de riesgo de esas enfermedades a escala mundial. (OMS, 2018)

En el último sondeo realizado por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) y publicada entre 2014 y 2015, se informa que en Ecuador el 29,9 % de niños entre 5 a 11 años tienen sobrepeso y obesidad. Este dato incrementa al 62,8 % en adultos (de 19 a 59 años). (Encalada, 2017)

El bajo consumo de frutas y verduras también aumenta el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles. De acuerdo con un informe publicado por la OMS se estima que en el 2010 unos 6,7 millones de muertes se debieron a un consumo inadecuado de frutas y verduras. (El Comercio, 2017)

Sobre la sintomatología de la diabetes mellitus 2

Nuestro estudio refleja que la mayoría de entrevistados previo al diagnóstico presentaban algún signo o síntoma de hiperglucemia y por eso acudieron donde un médico.

Con respecto a esto Cuba & Campuzano (2017), en su estudio sobre salud y enfermedad mencionan que las personas que buscan atención médica representan a una minoría de personas con síntomas. En la población general, el 80% de las personas tienen al menos un síntoma que les preocupa en el lapso de un mes; sin embargo, sólo uno de cada cuatro personas busca atención médica para atender sus síntomas.

Sobre los tratamientos conocidos para la diabetes mellitus 2

Gaytán & García (2006) reportan resultados similares a la presente investigación, donde las pastillas y la dieta fueron consideradas para muchos el principal tratamiento para la diabetes, siguiendo en orden de frecuencia el ejercicio. Además, consideran al nopal y plantas medicinales como complemento del tratamiento farmacológico, estos resultados concuerdan con los obtenidos en nuestra investigación.

Asociación cultural a seguimiento/ control de la DM2

Sobre el estar o sentirse enfermo y considerar a la diabetes mellitus como enfermedad

López & Findling (2005), en su trabajo de investigación titulado: "Desigualdades en la Percepción de Morbilidad y en las Conductas frente al Cuidado de la Salud" refieren que, casi todas las personas entrevistadas manifiestan que se encuentran bien, aunque no se hayan realizado controles recientes que corroboren su afirmación y a pesar de que la mayoría de ellos expresa tener algún problema de salud tanto físico como emocional. Cuando los malestares no impiden, ni inhabilitan la vida diaria, se refiere un buen estado de salud pese a que algunas dolencias están siendo tratadas y controladas. Además, se demuestra que un tercio de los encuestados evalúa su salud como excelente y muy buena, casi la mitad buena (45%) y pocos son los que la definen como regular, mala o muy mala. Los varones califican mejor su estado de salud que las mujeres, esta diferencia podría explicarse por la mayor propensión de las mujeres a la consulta, tanto por prevención, como por atención de enfermedades crónicas, lo que les permitiría una mayor precisión de su estado.

Esto concuerda con nuestro estudio puesto que los pacientes refieren sentirse enfermos cuando presentan alguna dolencia o algún problema de salud agudo, recalcan la gran mayoría que la diabetes no los hace sentir que están enfermos.

Por otro lado, tenemos la opinión de los médicos encuestados en este estudio quienes coinciden que si a los pacientes no les duele algo no se perciben como enfermos.

Sobre las enfermedades que limitan o limitarían las actividades cotidianas

Gaytán y García (2006), en su investigación titulada: "El significado de la diabetes mellitus tipo 2 desde la perspectiva del paciente", mencionan que las enfermedades que limitarían la vida diaria de los pacientes con diabetes son las complicaciones crónicas de la misma, de las cuales se reconocen fundamentalmente a los daños del riñón, ojos y amputaciones.

La mayoría de los entrevistados de nuestra investigación manifestaron que ninguna enfermedad en la actualidad les impide realizar sus actividades cotidianas, por otro lado, un menor grupo de pacientes concuerda con el estudio citado en el anterior párrafo, mencionando que, si llegan a presentar complicaciones crónicas de la diabetes como ceguera, insuficiencia renal terminal, disfunción eréctil, serían estos problemas de salud los que les impedirían realizar sus actividades cotidianas.

Al personal de salud se le indagó sobre pacientes diabéticos que presenten algún tipo de discapacidad asociada a un mal control de la diabetes, todos los entrevistados concuerdan haber atendido pacientes con complicaciones crónicas, dentro de las cuales mencionan amputación de extremidades y retinopatía diabética.

Sobre el creer que el tratamiento que lleva actualmente le funciona

Laime P. (2014), en su estudio cuantitativo, realizado en Lima - Perú: "Conocimiento y relación con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con diabetes mellitus 2 (…)", de una muestra de 102 pacientes, reportó que el 68% asistían al control médico y tomaban la medicación, así mismo el 60% dejaba de tomar la medicina cuando se sentían bien. Con respecto al conocimiento y cumplimiento del

tratamiento farmacológico y no farmacológico, se encontró que el mayor porcentaje de los pacientes tenían un nivel de conocimiento bueno y que la mayoría cumplía con el tratamiento no farmacológico, esto coincide con lo de Lucchetti, Corbacho K. & Palacios N., quienes encontraron que el mayor porcentaje de los pacientes conocían sobre su enfermedad y cumplían con el tratamiento, existiendo una relación significativa entre las 2 variables: Los pacientes que conocen más sobre su enfermedad cumplen con el tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Corbacho K, et al. (2009). investigaron "Conocimientos y prácticas de estilos de vida del paciente con diabetes mellitus", de manera que, a mayor nivel de conocimiento, mejor estilo de vida.

En nuestra investigación la mayoría de los entrevistados manifestaron que su tratamiento actual indicado para la diabetes mellitus les funciona, aseguran haber modificado sus estilos de vida, realizando cambios en la alimentación y haciendo más actividad física.

La mitad de los entrevistados del personal de salud concuerda en que el tratamiento farmacológico y no farmacológico prescrito le funciona a la mayoría de los pacientes con diabetes atendidos en el centro de salud, por otro lado, vemos que los pacientes no siguen las recomendaciones dadas en la consulta, solo acuden al control para retirar la medicación y muchas veces suspenden el tratamiento farmacológico cuando se sienten bien.

En lo que respecta al uso de medicina alternativa, Acosta P. & Lugo G. (2018), realizaron un estudio observacional descriptivo de corte transversal, para conocer las plantas medicinales empleadas por pacientes con diabetes mellitus 2, la muestra

obtenida fue 41 pacientes con diabetes mellitus 2, en la cual más de la mitad de los pacientes manifestó consumir algún tipo de planta medicinal, en este estudio el tiempo promedio de uso de plantas medicinales fue de 64 meses, con una mediana igual a 12 meses y un mínimo de tiempo de 1 mes. Las plantas medicinales mayormente utilizadas mencionadas por los pacientes son: Jaguareté po, ajenjo, moringa y planta de insulina.

Esto difiere con nuestro estudio, ya que la mayoría de los entrevistados niegan el uso de medicina alternativa como parte del tratamiento para la diabetes mellitus, una menor cantidad de pacientes acepta continuar consumiendo este tipo de tratamiento, de los cuales los más frecuentes mencionados por los pacientes son: el mortiño, la planta de insulina, tuna, entre otras.

Los médicos entrevistados refieren que es muy frecuente y depende de la cultura de cada persona, nos manifiestan que sus pacientes reconocen continuar empleando la medicina alternativa, mencionan a la planta de insulina a la cabeza.

Los entrevistados nos mencionan las dificultades que presentan para mantener la continuidad del tratamiento, hacen énfasis en el aspecto económico, la mayoría de nuestros informantes no cuentan con un trabajo formal, lo cual les dificulta económicamente cubrir las necesidades básicas de sus hogares. Siqueira D. & Dos Santos M. (2007), en su estudio: "Dificultades de los pacientes diabéticos para el control de la enfermedad: sentimientos y comportamientos", en lo referente a la alimentación, sostienen que los hábitos alimenticios están relacionados por lo menos de 3 factores complejos que son: Culturales (los cuales son transmisibles de generación en generación), económicos (referentes al costo y disponibilidad de los alimentos) y

sociales (relacionado a la aceptación o rechazo de determinados estándares alimenticios).

Sobre el creer que la diabetes mellitus tiene cura y considerarla como enfermedad llevadera

En nuestro estudio la mayoría de los entrevistados concuerdan en que la diabetes no tiene cura, una menor cantidad de pacientes consideran que si la tiene y les atribuyen su curación a intervenciones divinas, creencias religiosas y por último sostienen que la curación es posible si continúan tomando la medicación.

Así mismo se refieren a la diabetes como una enfermedad llevadera, esto no es considerado así, para los pacientes con complicaciones crónicas de la diabetes como retinopatía e insuficiencia renal terminal, quienes no consideran que sea una enfermedad llevadera ya que no pueden realizar sus actividades diarias con normalidad.

En lo que respecta a la curación de la diabetes observamos que las respuestas de nuestra investigación concuerdan con un estudio de Torres M. & Sandoval M. (2005), denominado “Sangre y azúcar”: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México, en el apartado del contexto social y cultural observamos la idea de la "*incurabilidad*" de la diabetes mellitus. Según los entrevistados la curación de la diabetes mellitus se representa en dos formas posibles: la desaparición definitiva de la enfermedad y por el control de la misma. En el primer caso la intervención de Dios o de un milagro es indispensable. En la segunda se considera que el estar "*controlado*" o sin manifestaciones atribuibles al padecimiento,

puede equipararse al estar curado. Es como si al lograr este equilibrio, se tuviera un estado de armonía y tranquilidad similar a la curación.

CAPITULO VII

Conclusiones y Recomendaciones

El presente estudio resalta la importancia de dejar atrás el modelo biomédico que se enfoca en la enfermedad, se debe empezar a evaluar al ser humano y a su comunidad como una fuente de pensamiento social, el cual es un factor determinante en el entendimiento de los procesos salud, enfermedad y muerte.

7.1 Conclusiones

1. La representación social de la diabetes mellitus es que la mayoría de entrevistados la reconocen como enfermedad calificada de varias maneras (grave, peligrosa, silenciosa, incurable, como cáncer), que repercute en su calidad de vida esto relacionado a la toma regular de medicamentos, abstenerse del consumo de cierto tipo de alimentos y acudir regularmente al médico.
2. La población estudiada está familiarizada con las complicaciones de la diabetes mellitus como ceguera, deterioro de la función renal, amputación de extremidades, algunos de ellos porque ya las presentan, tienen familiares diabéticos que han fallecido por complicaciones de la enfermedad, han visto casos de vecinos en su comunidad o han recibido información por parte del personal de salud durante las consultas.
3. La mal nutrición por exceso de calorías (sobrepeso, obesidad) fue afirmada como causa principal de diabetes mellitus, seguida de hereditaria.
4. La actividad física en concordancia con lo mencionado por la OMS fue denominada como trabajar, desplazarse caminando del domicilio al centro de salud, actividades domésticas, pocos lo asocian con la palabra “ejercicio”, sin

embargo, hay pacientes que hacen ejercicio como caminata diaria, bailo terapia.

5. En cuanto a la adherencia al tratamiento farmacológico los entrevistados reconocen haber abandonado el tratamiento farmacológico durante semanas, meses e incluso años al haber sentido mejoría, pensaron que se habían curado.
6. La principal limitante para mejorar la alimentación es el factor económico que impide de manera continua la compra de frutas, verduras y legumbres, el desempleo o empleo informal, no cubre la totalidad de las necesidades básicas del hogar, la dificultad al tener que cocinar por separado para el paciente diabético y para el resto de la familia, comer fuera de casa por razones de trabajo, así como también asistir a eventos sociales.
7. Las terapias alternativas, constituyen un grupo terapéutico no integrado en la práctica de la medicina, las cuales, van creciendo de forma importante en la población, siendo el principal catalizador el internet, la OMS indica que este tipo de terapias alternativas o productos naturales, no están exentos de riesgos, tienen insuficiente evidencia científica para ser utilizados en el tratamiento del paciente con diabetes mellitus, o en las alteraciones metabólicas asociadas, se desconoce su farmacocinética y no hay estudios de toxicología que los avalen, dentro de nuestro estudio la mayoría de pacientes indica no seguir prácticas alternativas, nos cuentan sus historias y tratamientos que han escuchado.
8. Dentro de las enfermedades que les impiden realizar sus actividades de la vida cotidiana, los pacientes con DM2 reconocen que las complicaciones crónicas de la diabetes como ceguera, enfermedad renal terminal con requerimiento

dialítico, amputación de miembros por neuropatía diabética, serían las causales de no llevar a cabo sus actividades con normalidad.

9. Con respecto a la cura de la diabetes, la mayoría de los entrevistados piensan que no la tiene, mientras que otros manifiestan que si continúan tomando la medicación y cambian sus estilos de vida (mejorando en la alimentación, y haciendo ejercicios), es posible la cura, otros nos refieren que el medicamento para la cura ya existe, pero no es conveniente comercializarlo, porque las farmacéuticas terminarían con pérdidas económicas.

10. Otra forma posible de curación de la diabetes mellitus mencionada por algunos de los entrevistados fue que "para Dios no hay nada imposible" y asociaron la cura con un acto de fe, por lo que la tolerancia religiosa resulta esencial.

11. La mayoría de los pacientes consideran a la diabetes como una enfermedad llevadera, puesto que se han adherido correctamente al tratamiento farmacológico y a los cambios en el estilo de vida, alcanzando así las metas terapéuticas propuestas, por otro lado, pocos entrevistados no la considera llevadera por la presencia de complicaciones crónicas como ceguera, enfermedad renal crónica terminal con requerimiento dialítico y neuropatía diabética.

12. Actualmente el sistema de salud es reconocido por la población solamente para tratar enfermos, es así como de nuestro universo de estudio dos personas fueron diagnosticadas de diabetes mellitus mediante "exámenes o chequeos médicos de rutina". Se mantiene la cultura popular de ir al médico solamente si se está enfermo.

13. El personal médico que atiende a pacientes con diabetes mellitus 2, manifiesta atender en promedio a 2 pacientes durante el día, dentro de las recomendaciones que indican para iniciar el tratamiento tenemos, los cambios en el estilo de vida como lo es la alimentación y actividad física, acompañado del tratamiento farmacológico, del cual mencionan a la metformina como fármaco de primera línea.
14. Los médicos concuerdan en que los pacientes tienen un conocimiento consolidado de lo que es la diabetes mellitus y sus causas, de las cuales mencionan el factor hereditario, el sedentarismo y la obesidad.
15. El modelo biomédico, no toma en consideración la experiencia de la enfermedad en la persona, limita la relación médico-paciente y por lo tanto la toma de decisiones terapéuticas no siempre es compartida.

7.2 Limitaciones del estudio

1. La comprensión de las preguntas aplicadas durante las entrevistas, ejemplos de ello fueron que al preguntar sobre si la diabetes se relaciona con otras enfermedades y qué enfermedades le impiden o le impedirían realizar sus actividades diarias, la respuesta mayoritaria fue que desconocían del tema.
2. La muestra de los médicos/as participantes no es representativa, por lo que los resultados no son aplicables para caracterizar las representaciones sociales que tiene el personal de salud que atiende a las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 y sus complicaciones.

7.3 Recomendaciones

1. Sensibilizar a la comunidad, acerca de signos tempranos que ocasiona un mal hábito alimenticio, el sedentarismo, sobrepeso y obesidad, ya que si no se

trabaja en estos aspectos desde edades tempranas las consecuencias serán, el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles. Teniendo en cuenta que en nuestro país el sobrepeso y obesidad en niños/as va en aumento.

2. La diabetes mellitus al ser una enfermedad en que los síntomas pueden pasar desapercibidos por largo tiempo, se deben evaluar factores de riesgo durante la atención de pacientes intra y extramural, para hacer las intervenciones respectivas.
3. El reconocimiento de las representaciones sociales que tiene los pacientes sobre la diabetes deben respetarse y tomar en cuenta durante la atención a pacientes diabéticos en pro de mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y a los cambios de estilo de vida.
4. Todo el personal de salud especialmente el personal de admisión y call center del MSP e IESS, deben estar sensibilizados en torno a la atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, pues el no poder obtener un turno para la atención medica constituye una de las principales barreras para que el paciente continúe su tratamiento.
5. El paciente diabético debe ser evaluado integralmente.
6. Posterior a realizar esta investigación en el Centro de Salud de Conocoto, se recomienda continuar con estudios en el campo de la medicina de carácter cualitativo, ya que este enfoque de investigación, permite un mejor entendimiento sobre una enfermedad y el conocimiento que el paciente tiene sobre ella, de ésta manera será más factible negociar el tipo de tratamiento y la adherencia al mismo.

7. Crear espacios de información acerca de la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, brindar educación continua en cada consulta médica a pacientes con diabetes, con factores de riesgo de padecerla, reforzar la relación médico-paciente, para establecer un ambiente adecuado y que el paciente sienta que se entiende lo que siente y que es tomado en cuenta su criterio.
8. Estudios en el que se analicen las representaciones sociales de los médicos para complementar esta investigación.

BIBLIOGRAFÍA

Acosta,P.et-al. (2018). Uso de plantas medicinales y fitoterápicos en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud,16*(2), 6-11. Doi: 10.18004/Mem.iics/1812-9528/2018.016(02)06-011

American Diabetes Association. (20 de marzo de 2015). Cómo medir la glucosa en la sangre. Recuperado de http://archives.diabetes.org/es/vivir-con-diabetes/tratamiento-y-cuidado/el-control-de-la-glucosa-en-la-sangre/cmo-medir-la-glucosa-en-la.html

Casado Vicente, V. (2012). Tratado de Medicina Familiar y Comunitaria. Segunda Edición. Barcelona-España.

Castro, C., Villa, N., Ramírez, S., & Mosso, C. (2014). Uso medicinal de plantas antidiabéticas en el legado etnobotánico oaxaqueño. *Revista Cubana de Plantas Medicinales*, *19* (1), 101-120. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-47962014000100012&lng=es&tlng=es.

Corbacho K, et al. (2009). Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus. *Rev enferm Herediana*, 2 (1): 26-31. Recuperado de https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2009/enero/ART4_CORBACHO.pdf

Corsi D., Subramanian S., & McKee M. (2012). Perfil ambiental de la salud de una comunidad (EPOCH): Una evaluación ecométrica de las medidas del entorno comunitario basadas en la percepción individual. PMC. doi: 10.1371 / journal.pone.0044410

Cramer, J.A. et-al. (2008). Medication Compliance and Persistence: Terminology and Definitions. *Value Health, 11*(1),44-47. doi: 10.1111/j.1524-4733.2007.00213. x.

Cuba, M. Campuzano, J. (2017). Explorando la salud, la dolencia y la enfermedad. *Revista Medica Herediana, 28* (2), 116-121. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2017000200008

Díaz Fernández, M. (2016). La perspectiva discursiva para la investigación en ciencias sociales. *Revista CUMBRES, 2*(1),13-28. Recuperado de http://investigacion.utmachala.edu.ec/revistas/index.php/Cumbres/article/view/38/28

Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., & Sacristán, J. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria, 41*(6),342-348. Recuperado de https://core.ac.uk/download/pdf/82363508.pdf

El Comercio. (2 de enero de 2017). A la dieta del ecuatoriano le falta fruta. Obtenido de https://www.elcomercio.com/tendencias/dieta-ecuatoriano-le-falta-fruta.html

El Diario. (15 de julio de 2016). Dice que cura con medicina animal. Recuperado de http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/398762-dice-que-cura-con-medicina-animal/

Encalada, V. (12 de octubre de 2017). Sobrepeso en Ecuador, en la mira de la Organización Mundial de la Salud. El Expreso. Recuperado de https://www.expreso.ec/actualidad/obesidad-sobrepeso-alimento-dieta-erikaalvarez-oms-inec-salud-YX1761427

Fornos, J. et-al. (2008). Evaluación del conocimiento, el cumplimiento y la satisfacción del tratamiento en pacientes diabéticos en la oficina de farmacia. *Avances en Diabetología. 24*(5), 399-406. Recuperado de: http://www.avancesendiabetologia.org/gestor/upload/revistaAvances/24-5.pdf#page=39

Fundación para la Diabetes. Qué es el Día Mundial de la Diabetes. Recuperado de https://www.fundaciondiabetes.org/diamundial/328/que-es-el-dia-mundial-de-la-diabetes

García, M. (2008). Consentimiento informado. Sociedad Ecuatoriana de Bioética. Recuperado de https://www.bioetica.org.ec/articulos/articulo_consentimiento.htm

Gaytán, A., García, J. (2006). El significado de la diabetes mellitus tipo 2 desde la perspectiva del paciente. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 44*(2), 113-120. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745532004

Giraudo, N., Vietto, V. (2018). Qué significa vivir con diabetes en una comunidad del conurbano bonaerense. Representaciones sociales de la diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires, 38*(2), 62-69. Recuperado de https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/58458_62-69-HI2-11-Giraudo-C.pdf

Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial de Conocoto. (2019-2023). Datos generales. Recuperado de http://conocoto.gob.ec/pichincha/?page_id=15

Herrero, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene Revista de Enfermería, 10*(2).

Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2016). Registro Estadístico de Nacidos vivos y Defunciones. Recuperado de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2016/Presentacion_Nacimientos_y_Defunciones_2016.pdf

IntraMed Artículos. (19 de diciembre de 2018). Nueva Guía 2019 sobre Diabetes (ADA). Recuperado de https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=93549

Kane, M., López, B. (2016). Comunicación médico/paciente. ¿Cómo explicar a los pacientes los resultados de sus análisis? Artículos IntraMed. Recuperado de https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=88295

Kopitowski K. (2016). Medicina Familiar y Práctica ambulatoria 3ra edición. Buenos Aires-Argentina.

Laime, P. (2014). *Conocimiento y relación con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 Hospital Nacional Cayetano Heredia.* Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú. Recuperado de http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/362

Ledón, L. (2012). Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. *Revista Cubana Endocrinología ,23*(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000100007

López, E. (2016). Duelo en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus y servicios de salud culturalmente competentes: propuestas de abordaje desde la Psicología. *Huella de la Palabra*, (10), 71-82. Recuperado de http://www.lasallep.edu.mx/xihmai/index.php/huella/article/viewFile/387/360

López, E., Findling, L., & Abramzón, M. (2005). Desigualdades en la Percepción de Morbilidad y en las Conductas frente al Cuidado de la Salud. *Centro de Estudios de Estado y Sociedad*. Recuperado de https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/salud_publica/009.pdf

MedlinePlus. (18 de febrero de 2018). Examen de glucosa en orina. Recuperado de https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003581.htm

Ministerio de Salud Pública. Este martes se inaugura nuevo Centro de Salud en Conocoto. Recuperado de https://www.salud.gob.ec/manana-se-inaugura-nuevo-centro-de-salud-en-conocoto/

Ministerio de Salud Pública. Nuevo Centro de Salud de Conocoto brinda servicios de emergencias y maternidad las 24 horas. Recuperado de https://www.salud.gob.ec/nuevo-centro-de-salud-de-conocoto-brinda-servicios-de-emergencias-y-maternidad-las-24-horas/

Miyar, L., Zanetti, M., & Daguano, M. (2008). El conocimiento del paciente diabético sobre su enfermedad antes y después de la implementación de un programa de educación en diabetes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 16*(2). Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692008000200010&script=sci_arttext&tlng=es.

Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici.*Athenea digital*, (2),1-25. Recuperado de https://atheneadigital.net/article/view/55

MSP Ecuador (2012). Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud familiar comunitario e intercultural (MAIS-FCI). Recuperado de http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

Muelas, R.(03 de febrero 2019). La mente es maravillosa. Dos formas de ver la realidad (emic y etic). Recuperado de https://lamenteesmaravillosa.com/dos-formas-de-ver-la-realidad-emic-y-etic/

Muñoz, G. (2016). Plantas medicinales en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2: una revisión. *Revista O.F.I.L*, *26*(1), 1-8. Recuperado de http://www.revistadelaofil.org/plantas-medicinales-en-el-tratamiento-de-la-diabetes-mellitus-tipo-2-una-revision/

Nóbrega, D., Andrade, E., & Melo, E. (2016). Pesquisa com grupo focal: contribuições ao estudo das representações sociais. *Psicologia & Sociedade, 28*(3), 433-441. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102718220160003 00433&lng=es&nrm=iso&tlng=es

OMS/OPS (2014). Prevención Integral de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles-ENT. Revista informativa. Representación Ecuador. Edición N^{0}.32. Recuperado de https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=comunicacion-social&alias=509-boletin-informativo-n0-32-junio-2014-1&Itemid=599

Organización Mundial de la Salud (OMS). Comité de Evaluación Ética de la Investigación (CEI). Recuperado de http://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/documentos/75657/documentos-de-consentimiento-informado-elaborados-por-la-oms

Organización Mundial de la Salud. (16 de febrero de 2018). Malnutrición. Recuperado de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition

Organización Mundial de la Salud. (2014). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Recuperado de https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/

Organización Mundial de la Salud. (30 de octubre de 2018). Diabetes. Recuperado de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Nutrición. Recuperado de https://www.who.int/topics/nutrition/es/

Pardo, N. (2007). Niveles de organización del significado en el discurso. *Discurso & Sociedad,1*(1),85-115. Recuperado de http://www.dissoc.org/ediciones/v01n01/DS1%281%29PardoAbril.pdf

Patiño, D. et-al (2016). Representaciones Sociales de Dieta en Pacientes con Enfermedad Crónica no Transmisible. *iMedPub Journals, 12*(1), 1-9. doi: 10.3823/1283

Paz, C.L., et-al (2014). La construcción social acerca de la diabetes y la prediabetes en personas que acuden a un centro de salud en Maracaibo, Venezuela. *Revista Internacional de Salud, Bienestar y Sociedad, 1*(2),1-12. Recuperado de https://journals.epistemopolis.org/index.php/salud/article/view/1131/689

Pippitt, K., Li, M., & Gurgle, H. (2016). Diabetes Mellitus: Screening and Diagnosis. *American Family Physician* ,*93*(2),103-109. Recuperado de https://www.aafp.org/afp/2016/0115/p103.html

Ponce, J., Velásquez, A., Márquez, E., López, L., & Bellido, M. (2009). Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes. *Index de Enfermería. 18* (4). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400002

Prieto Castillo, D. (1986). Análisis de mensajes. Introducción y metodología de análisis. Mendoza – Argentina.

Rodríguez A. (2016). Prurigo nodular: Conceptos básicos. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXXIII*, (618),157-159. Recuperado de https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc161zf.pdf

Rodríguez, A., Camacho, E., Escoto, M., Contreras, G., & Casas, D. (2014). Representación social del apoyo familiar al diabético en usuarios de una unidad de medicina familiar en Chalco, Estado de México. *Medwave, 14*(7) ,1-7. doi: 10.5867/medwave.2014.07.6011

Rodríguez, T. (2001). Razones del matrimonio. Representaciones, relatos de vida y sociedad. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, *24*(93), 249-253. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/137/13709312.pdf

Rodríguez, T. (2002). *Representar para actuar, representar para pensar. Breves notas metodológicas*. Guadalajara, Jalisco, México: Editorial CUCSH-UdeG.

Recuperado de http://taniars.files.wordpress.com/2007/05/representar-para-actuar-representar-para-pensar.pdf

Rodríguez, T., García, M. (2007). *Representaciones sociales. Teoría e investigación.* Guadalajara, Jalisco, México: Editorial CUCSH-UdeG,157-188. Recuperado de http://taniars.files.wordpress.com/2007/05/sobre-el-estudio-cualitativo-de-la-estructura-de-las-representaciones-sociales.pdf

Rubinstein, A. (Ed.). (2016). Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Buenos Aires, Argentina: Panamericana.

Rubira, R., Puebla, B. (2018). Representaciones sociales y comunicación: apuntes teóricos para un diálogo interdisciplinar inconcluso. *Convergencia, 25*(76), 147-167. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352018000100147

Siqueira, D., Dos Santos, M., Zanetti, M., & Ferronato, A. (2007). Dificultades de los pacientes diabéticos para el control de la enfermedad: sentimientos y comportamientos. *Revista Latino-Americana Enfermagem, 15*(6). Recuperado de: https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/16184/17872

Tambo, E., et-al. (2013). Percepciones de pacientes y profesionales sanitarios sobre la calidad de la atención a personas diabéticas. *Revista de Calidad Asistencial, 28*(2), 124-131. DOI: 10.1016/j.cali.2012.07.006

Torres, M., Sandoval, M., & Pando, M. (2005). "Sangre y azúcar": representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. *Cadernos de Saúde Pública, 21*(1),101-110. Recuperado de

https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102311X2005000100012&script=sci_arttext&tlng=es

Torres, T., Munguía, J., Pozos, B., & Aguilera, M. (2010). Representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad de la población adulta de Guadalajara, México. Atención Primaria,42(3), 154-161. doi: 10.1016/j.aprim.2009.07.002

Vásquez, M.E., Sánchez, P.A. (2016). *"Representaciones sociales sobre la diabetes mellitus tipo II, en los pacientes adultos, con edades comprendidas entre los 35 y 85 años, usuarios del servicio de la consulta externa del Hospital Pedro Vicente Maldonado, de la provincia de Pichincha, durante los meses de agosto y septiembre del 2016".* Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador. Recuperado de https://docplayer.es/52727483-Pontificia-universidad-catolica-del-ecuador-facultad-de-medicina-postgrado-de-medicina-familiar.html

Watsky K. (2019). Prurigo nodular. UpToDate. Recuperado de https://www.uptodate.com/contents/prurigo-nodularis

Zambrano, R., Duitama, J., Posada, J., & Flórez, J. (2012). Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 30*(2), 163-174. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a05.pdf

ANEXOS

Anexo 1

Guía semiestructurada de entrevista para pacientes con DM2

INSTRUMENTO: GUÍA SEMI-ESTRUCTURADA DE ENTREVISTA 01		
Provincia:	Cantón o ciudad:	Parroquia:
Dirección		Celular:
Fecha de aplicación de la entrevista	Número de archivo:	
Entrevistador/a:		

FICHA DE IDENTIFICACIÓN	
Nombre	
Edad	
Sexo	
Estado civil	
Número de personas que viven en su casa	
Tipo de familia	
Tipo de residencia[8]	Temporalidad. Tipo de vivienda, categorías emic-etic, viri-matrilocal. Caracterización física, temporal, socio-familiar, servicios.
Tipo de aseguramiento (IESS, MSP, ISSPOL, ISFFAA, Privado)	

[8] La o el investigador lo caracteriza en relación a la información que le proporcione la persona entrevistada.

Religión	
Nivel de instrucción	
Ocupación	

ITEM	NARRATIVAS DE HISTORIAL CLÍNICO DM2
	¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron diabetes mellitus 2? (percepción de la temporalidad del diagnóstico)
	¿En dónde se lo diagnosticaron y quién le informó de esto?
	¿Qué tipo de tratamiento le indicaron para su diabetes?
	¿Siguió el tratamiento recomendado que le indicaron?

ITEM	CARACTERIZACIÓN EMIC DE LA DM2
	Con sus propias palabras, cuénteme qué es lo que sabe usted sobre la diabetes mellitus 2. *+ Explorar qué sabía la persona antes y después de su diagnóstico. Quién, cuándo, dónde.*
	En su opinión, ¿está la diabetes mellitus 2 relacionada con otras enfermedades? Sí. ¿Con cuáles? No. *Explorar razones.*
	¿Cuáles cree usted que sean las causas de la diabetes mellitus 2 en las personas?
	¿Qué le pasa a una persona que es diabética?

	+Explorar sintomatología desde la perspectiva discursiva del entrevistado/a de forma más concreta.
	¿Cuáles son los tratamientos que usted conoce o de los cuales ha escuchado para la diabetes mellitus 2? *+Explorar los distintos tratamientos que conozca la persona, además de la recomendación médica. Quién, dónde, cuándo.*

ITEM	**ASOCIACIÓN CULTURAL A SEGUIMIENTO/ CONTROL - DM2**
	¿Qué entiende usted por "estar o sentirse enfermo"? (¿enfermedad = estado sincrónico o/y proceso diacrónico?)
	En su opinión, ¿qué tipo de enfermedades le impedirían o le impiden realizar sus actividades cotidianas?
	Con todo esto que me comentó, ¿piensa que la diabetes le hace sentir que está enfermo?
	Desde su punto de vista, ¿cree que el tratamiento que usted lleva le está funcionando? + Explorar su seguimiento farmacológico, cambio de estilo de vida y medicinas alternativas. + Explorar regularidad de su consulta médica para su chequeo de diabetes.

	+ Explorar factores socio-culturales, familiares, laborales, etc. que la persona identifique como aspectos de su vida que le dificultan o facilitan continuar con su tratamiento.
	En su opinión, ¿cree usted que algún día ya no tendrá diabetes? + Explorar si la diabetes mellitus 2 tiene una cura. + Explorar las referencias de la diabetes mellitus 2 como "enfermedad llevadera".

Guía semiestructurada de entrevista para personal de salud

GUIA SEMI-ESTRUCTURADA DE ENTREVISTA 02		
Provincia:	Cantón o ciudad:	Parroquia o localidad:
Dirección:		Celular
Lugar de trabajo:	Cargo:	Años de experiencia:
Fecha de aplicación de la entrevista:		Número de entrevista:
Entrevistador/a:		

FICHA DE IDENTIFICACIÓN	
Nombre	
Edad	
Sexo	
Estado civil	
Religión	

Nivel instrucción (Alba, 2012)	

ITEM	NARRATIVAS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DM2
	¿Hace cuánto tiempo que trabaja atendiendo pacientes diabetes mellitus 2?
	¿Cuántos pacientes diabéticos atiende usted?
	¿Qué tipo de tratamiento les indica usualmente para la diabetes mellitus 2 a las y los pacientes?
	¿Cuál ha sido su experiencia personal al trabajar con pacientes con diabetes mellitus 2?

ITEM	CARACTERIZACIÓN EMIC DE LA DM2
	¿Recuerda algún o algunos casos significativos de pacientes diabetes mellitus 2? Háble me de ellos.
	¿Cómo usted percibe lo que saben sus pacientes sobre la diabetes?
	¿Sus pacientes creen que la diabetes mellitus 2 está relacionada con otras enfermedades? ¿Cuáles?
	¿Cuáles creen sus pacientes que sean las causas de la diabetes mellitus 2?
	¿Cómo perciben los pacientes la gravedad y el desenlace de la enfermedad?

ITEM	ASOCIACIÓN CULTURAL A SEGUIMIENTO/CONTROL DM2
	¿Qué entienden sus pacientes por “estar o sentirse enfermo”?
	¿Tiene usted pacientes con diabetes mellitus 2 que presenten incapacidades y/o discapacidades?
	¿Entienden sus pacientes la diabetes mellitus 2 como una enfermedad?
	Desde su punto de vista, ¿cree que el tratamiento que usted les prescribe funciona? + Explorar su seguimiento farmacológico, cambio de estilo de vida. + Explorar regularidad de su consulta médica para el chequeo de diabetes mellitus 2. + Explorar factores socio-culturales, familiares, laborales, etc. que el personal de salud identifica como aspectos de la vida de sus pacientes que les dificulten o faciliten continuar con el tratamiento.
	Sus pacientes con diabetes mellitus 2, ¿utilizan alguna práctica de medicinas alternativas?
	¿Usted considera que sus pacientes siguen sus recomendaciones?
	¿Tiene usted diabetes mellitus 2?

Anexo 2

Información y formulario de Consentimiento Informado

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MEDIR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2 TIENEN SOBRE SU ENFERMEDAD.

Nombre de los Investigadores: Ligia Avelina Amagua Loachamín, Ingrid Vanessa Pazmiño Realpe.

Documento de Consentimiento Informado para:

El presente trabajo es un estudio cualitativo para medir el nivel de conocimiento, sobre diabetes mellitus 2 en pacientes que acuden por consulta externa de Medicina Familiar del centro de salud de Conocoto, mediante entrevista individual a pacientes en edades comprendidas entre 35 y 70 años.

PARTE I: Información

Introducción

La información contenida abajo es para informarle a Ud. sobre lo que es la Diabetes mellitus tipo 2 y lo que queremos realizar en el estudio, además es para invitarle a Ud. y/o su familiar a que participe en este estudio. No tiene que decidir hoy si no ha entendido todo Ud. o su familiar puede negarse a participar en el estudio por cualquier razón que Ud. crea. Antes de decidir, usted puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo, por ejemplo, las promotoras de salud o las Dras. Amagua o Pazmiño posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria.

Esta información está escrita en este documento, pero es posible que haya algunas palabras que no entienda. Si es así por favor pídame parar si lo necesita y tomaré tiempo para explicarle de una mejor manera. Si usted tiene preguntas después, puede hacerlo. Las investigadoras son médicas y pertenecen a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador se encuentran llevando a cabo este trabajo con el fin de realizar su tesis para poder obtener el título de Médico Familiar.

Con el nombre de "diabetes mellitus", se agrupan una serie de enfermedades metabólicas que se caracterizan por la presencia de hiperglicemia (niveles elevados de azúcar en sangre) debida a defectos en la secreción o acción de la insulina (hormona que nos ayuda a utilizar el azúcar consumido).

A largo plazo se pueden producir alteraciones en varios órganos y sistemas, conocidas como "complicaciones macrovasculares y microvasculares", las cuales afectan el corazón y vasos sanguíneos, los sistemas nerviosos central y periférico, los riñones y los ojos.

Tiene que saber que está enfermedad es para toda la vida, no tiene cura, que puede controlarse y evitar sus complicaciones mediante el cumplimiento del tratamiento farmacológico (tabletas o inyectarse insulina) y no farmacológico como la dieta y el ejercicio.

Propósito

El interés de este estudio es determinar el nivel de conocimiento que tienen los pacientes con diabetes mellitus 2 acerca de su enfermedad y que acuden al Centro de salud de Conocoto.

Tipo de Intervención de Investigación

Si Ud. cumple con todos los criterios de inclusión tales como: Edad comprendida entre los 35 y 70 años, diagnóstico mayor de 3 meses y no tener deterioro cognitivo que imposibilite realizar esta entrevista, se le proporcionará esta hoja y si está de acuerdo se le ingresará como paciente para el estudio.

Si accede ingresar al estudio se le hará preguntas en relación a su enfermedad, tratamiento, complicaciones y redes de apoyo.

INVITACION

Le invitamos a participar en este estudio porque este abordaje nos permitirá avanzar y generar nuevos conocimientos con respecto al conocimiento que Ud. tiene sobre su enfermedad de tal manera que esto suponga una mejor adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Una enfermedad de este tipo que no es bien controlada por el paciente por no adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico aumenta el costo de los servicios de salud, los pacientes se hacen visitadores cotidianos a los servicios de salud, se hacen consumidores de medicamentos (polifarmacia), por lo que el conocimiento de la misma beneficia de manera directa a los proveedores de cuidados de salud al poder contar con factores que pudieran adicionarse a las terapias y de manera indirecta a los beneficiarios de estos servicios.

Todos estos datos se informarán a los médicos del centro de Salud de Conocoto para la toma de medidas adecuadas.

BENEFICIOS

- Facilitar el acceso a los servicios de salud
- Garantizar un adecuado seguimiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2

OBLIGACIONES:

- Brindar información verdadera sobre el tema
- Reportar el cambio de domicilio
- Reportar su deseo de abandonar el estudio.

DERECHOS:

- Si existiera alguna emergencia en relación a los medicamentos, serán atendidos por nosotros y/o el personal de salud del MSP en el CS. de Conocoto.
- A realizar preguntas sobre la enfermedad y las complicaciones en cualquier tiempo del estudio.
- Ud. puede abandonar el estudio cuando lo considere necesario y por cualquier razón, y no tendrá ninguna acción contra Ud.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

La decisión que Ud. o de que su familiar participe en este estudio es completamente voluntaria. Si usted elige no participar, todos los servicios que usted y su familiar reciba, en este centro de salud, no cambiará. Usted puede también cambiar su decisión más tarde y dejar de participar, aun cuando lo haya aceptado al inicio.

RIESGOS Y EFECTOS SECUNDARIOS DEBIDO A LA INVESTIGACIÓN.

Ninguno.

PROTECCIÓN DE LA IDENTIDAD

Solo las médicas investigadoras responsables conocerán los nombres de los pacientes que decidan participar en el estudio con la finalidad de identificar el paciente y ayudar con la recolección de datos.

PARTE II:

Formulario de Consentimiento

Después de haber leído, preguntado y haber sido explicado en mi lengua nativa y entendido completamente, decido voluntariamente participar en esta investigación sobre el nivel de conocimiento que tienen los pacientes con diabetes mellitus 2 acerca de su enfermedad y que son atendidos en el Centro de Salud de Conocoto.

Yo entiendo que, por dar mi consentimiento, las investigadoras van a hacer preguntas y examinar mi estado de salud en general.

He sido informado y he comprendido que los riesgos son mínimos y soy consciente de los beneficios de la investigación. Se me ha proporcionado los nombres y direcciones de las investigadoras que pueden ser contactados fácilmente cuando me sea necesario.

He leído la información proporcionada, o me ha sido leída y/o explicada por la médica responsable. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento VOLUNTARIAMENTE mi participación o la de mi familiar a que participe en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento sin que afecte de ninguna forma mi atención médica o sus beneficios.

Nombre del Participante_____

Nombre del Familiar responsable _____

Firma del Participante o Familiar responsable _____

Fecha _____

Si es analfabeto pondrá su huella digital o un testigo que sepa leer y escribir va a firmar.

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento al potencial participante, mi familiar ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que mi familiar está consciente de firmar este consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____

Firma del testigo: _____

Fecha _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento al paciente y/o familiar responsable, los cuales han tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que la persona ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____

Día/mes/año

Anexo 3

Entrevistas citadas según normas APA 6ta edición

1. F. Lema (comunicación personal,11 de Julio de 2019)
2. P. Lugmaña (comunicación personal, 29 de Mayo de 2019)
3. J. Pillajo (comunicación personal, 17 de Julio de 2019)
4. L. Ayo (comunicación personal,19 de Julio de 2019)
5. C. Hinestroza (comunicación personal, 07 de Junio de 2019)
6. J. Muñoz (comunicación personal, 07 de Junio de 2019)
7. E. Bumbila (comunicación personal, 05 de Junio de 2019)
8. J. Rodríguez (comunicación personal, 22 de Julio de 2019)
9. L. Barragán (comunicación personal, 23 de Julio de 2019)
10. L. Márquez (comunicación personal, 08 de Mayo de 2019)
11. M. Arauz (comunicación personal, 29 de Mayo de 2019)
12. B. Hidalgo (comunicación personal, 15 de Julio de 2019)
13. W. Batallas (comunicación personal, 05 de Junio de 2019)
14. C.Flores (comunicación personal, 25 de Junio de 2019)
15. R. Villalba (comunicación personal, 11 de Julio de 2019)
16. M. Moreta (comunicación personal, 03 de Junio de 2019)
17. J. Leite (comunicación personal, 11 de Julio de 2019)
18. S. Moposita (comunicación personal, 17 de Junio de 2019)
19. J. Loachamín (comunicación personal, 04 de Abril de 2019)
20. G. Zambrano (comunicación personal, 08 de Mayo de 2019)
21. M. Pila (comunicación personal, 08 de Abril de 2019)

22. L. López (comunicación personal, 11 de Julio de 2019)

23. C. Borja (comunicación personal, 17 de Junio de 2019)

24. F. Oña (comunicación personal, 18 de Julio de 2019)

25. M. Sislema (comunicación personal, 17 de Julio de 2019)

26. C. Jiménez (comunicación personal, 22 de Julio de 2019)

27. E. Cevallos (comunicación personal, 22 de Julio de 2019)

28. M. Quinga (comunicación personal, 07 de Junio de 2019)

29. M. Guaña (comunicación personal, 11 de Junio de 2019)

30. P. Bustamante (comunicación personal, 21 de Mayo de 2019)

31. A. Cajas (comunicación personal, 08 de Mayo de 2019)

32. M. Chiles (comunicación personal, 21 de Mayo de 2019)

33. M. Paucar (comunicación personal, 21 de Mayo de 2019)

34. A. Calvache (comunicación personal, 08 de Mayo de 2019)

35. S. Arias (comunicación personal, 31 de Julio de 2019)

36. C. Fonseca (comunicación personal, 07 de Junio de 2019)

37. G. Muñoz (comunicación personal, 11 de Julio de 2019)

38. M. Iza (comunicación personal, 06 de Junio de 2019)

39. J. Columba (comunicación personal, 13 de Mayo de 2019)

40. M. Velasco (comunicación personal, 18 de Abril de 2019)

41. Z. Montezuma (comunicación personal, 05 de Junio de 2019)

42. M. Nevarez (comunicación personal, 02 de Julio de 2019)

43. M. Peñafiel (comunicación personal, 31 de Mayo de 2019)

44. S. Piedra (comunicación personal, 07 de Junio de 2019)

45. N. Proaño (comunicación personal, 15 de Julio de 2019)

46. J. Sumba (comunicación personal, 13 de Junio de 2019)

47. A. Taco (comunicación personal, 12 de Julio de 2019)

48. L. Chamorro (comunicación personal, 10 de Junio de 2019)

49. R. Baño (comunicación personal, 16 de Julio de 2019)

50. B. Martínez (comunicación personal, 19 de Marzo de 2019)

Anexo 4: Tabla 3.

Niveles de atención, niveles de complejidad y nombres de los Establecimientos de Salud		
NIVELES DE ATENCION	**NIVELES DE COMPLEJIDAD**	**NOMBRES DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**
Primer nivel de atención	1° nivel	Puesto de salud
	2° nivel	Consultorio general
	3° nivel	Centro de Salud tipo A
	4° nivel	Centro de Salud tipo B
	5° nivel	Centro de Salud tipo C
Segundo nivel de atención	1° nivel	Consultorio de especialidad (es) clínico-quirúrgico médico u odontológico.
	2° nivel	Centro de especialidad Centro clínico-quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día).
	3° nivel	Hospital Básico
	4° nivel	Hospital General
Tercer nivel de atención	1° nivel	Centros especializados
	2° nivel	Hospital especializado
	3° nivel	H. de Especialidades
Cuarto nivel de atención	1° nivel	Centro de experimentación por registro clínico.
	2° nivel	Centro de alta Subespecialidad
Nivel de Atención Prehospitalario	1° nivel	Unidad de atención Prehospitalaria de transporte y soporte vital básico.
	2° nivel	Unidad de atención Prehospitalaria de transporte y soporte vital avanzado
	3° nivel	Unidad de atención Prehospitalaria de transporte y soporte vital especializado

Obtenido del Manual MAIS, 2012

Anexo5: Fotografías de las matrices de análisis

Pacientes






Preguntas
Entrevista 36
Entrevista 37
Entrevista 38
Entrevista 39
Entrevista 40
Entrevista 41
Entrevista 42
Entrevista 43
Entrevista 44
Entrevista 45
Entrevista 46
Entrevista 47
Entrevista 48
Entrevista 49
1. ¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron DM2?
2. ¿Entiende se lo diagnosticaron y quién le informó de esto?
3. ¿Qué tipo de tratamiento le recomendaron para su DM2?
4. ¿Sigue el tratamiento recomendado que le indicaron?
5. ¿Qué es lo que usted sabe sobre la DM2?
6. ¿Está la DM2 relacionada con otras enfermedades? ¿Cuáles?
7. ¿Cuáles cree usted que son las causas de la DM2 en las personas?
8. ¿Qué le pasa a una persona que es diabética?
9. ¿Cuáles son los tratamientos que usted conoce para controlar la DM2?
10. ¿Qué entiende usted por estar o sentirse enfermo?
11. ¿Qué enfermedades le impiden o impedirían realizar sus actividades cotidianas?
12. ¿Piensa que la DM2 le hace sentir que está enfermo?
13. ¿Cree que el tratamiento que usted le está funcionando?
14. ¿Cree que algún día ya no tendrá DM2? ¿Tiene Cura?

Personal de Salud

