Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Facultad de Medicina
Posgrado de Medicina Familiar

70 ANIVERSARIO PUCE FUNDADA EN 1946

Av. 12 de Octubre 1076 y Roca | Apartado postal 17-01-2184 | Fax: (593) 2 99 1646 | Telf.: (593) 2 299 1645 | Quito - Ecuador

Quito 12 de septiembre de 2016

CERTIFICADO DE SIMILITUD

CERTIFICO que el trabajo de investigación titulado

"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"

De las autoras

MÓNICA ESMERALDA VÁSQUEZ QUEZADA con CC 0989805637

PAMELA ALEXANDRA SÁNCHEZ SANDOVAL con CC 0999919656

Tiene un índice de similitud del 3 % usando el programa informático URKUND (http://www.urkund.com)

Atentamente,

Galo Sánchez del Hierro
Médico Familiar
Docente del Postgrado de Medicina Familiar
Docente de pregrado

PARA TÍTULOS PROFESIONALES DE ESPECIALISTAS (CUARTO NIVEL)

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo, **PAMELA ALEXANDRA SÁNCHEZ SANDOVAL** con **C.I. 100225148-4**, autor del trabajo de graduación intitulado: **"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"-** previo a la obtención del título profesional de **ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA** en 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, 18 de agosto de 2016



Md. Pamela Alexandra Sánchez Sandoval
C.I. 100225148-4

PARA TÍTULOS PROFESIONALES DE ESPECIALISTAS (CUARTO NIVEL)

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo, **MÓNICA ESMERALDAS VÁSQUEZ QUEZADA** con **C.I. 010408454-6**, autor del trabajo de graduación intitulado: **"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"-** previo a la obtención del título profesional de **ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA** en 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, 18 de agosto de 2016



Dra. Mónica Esmeraldas Vásquez Quezada
C.I. 010408454-6

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR

"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"

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA

DRA. MÓNICA ESMERALDA VÁSQUEZ QUEZADA

DRA. PAMELA ALEXANDRA SÁNCHEZ SANDOVAL

DRA. CARMEN CABEZAS – DIRECTORA

DR. JOSÉ SOLA – DIRECTOR METODOLÓGICO

QUITO – 2016

AGRADECIMIENTOS

A los usuarios del hospital Pedro Vicente Maldonado por su generosa colaboración.

A nuestros tutores, por su filantropía y su confianza.

A nuestras compañeras, por su apoyo y su amistad.

A nuestras familias y amigos cercanos, por su paciencia y apoyo incondicional.

DEDICATORIA

A David E. Guzmán Játiva y nuestro hijo en camino.
A mi querida madre, Esmeralda Quezada Chavez.

Mónica Esmeralda Vásquez Quezada

A Dios, por su protección y sus bendiciones.
A mi madre, Martha Sandoval Estrella por su amor infinito, paciencia, fortaleza y ser mi apoyo en cada paso que he caminado.
A mi novio, Giovanny Paucar Arellano por enseñarme con su amor a reconocer mucho más, cada detalle que nos da la vida.

Pamela Alexandra Sánchez Sandoval

RESUMEN

Desde la Medicina de Familia, se hace necesario un enfoque integral de las realidades en salud. Esta visión se fundamenta en la Teoría General de Sistemas, que plantea al ser humano como un ser complejo, inmerso en múltiples relaciones. Por lo tanto, el abordaje de las enfermedades crónicas, como la Diabetes Mellitus, requiere de estrategias que no se limiten al aspecto biológico de las patologías, sino que aborden los aspectos sociales y culturales que influyen en el proceso salud-enfermedad de los individuos; inmersos en un contexto familiar-social específico. Este abordaje forma parte de lo que se conoce como Competencia Cultural en salud, que es parte del ejercicio profesional integral.

Desde este punto de vista, el presente trabajo consiste en un estudio cualitativo, que tiene como objetivo conocer las Representaciones Sociales que determinan las prácticas cotidianas en el control de la Diabetes Mellitus tipo II, en los usuarios de los servicios del Hospital Pedro Vicente Maldonado.

Luego de la recolección de la información y de la aplicación de la Metodología de Análisis de los Mensajes, los resultados obtenidos muestran que existe un bajo grado de socialización de los conceptos médicos-científicos sobre la enfermedad diabetes. Es decir, existe un bajo grado de incorporación de los conceptos científicos en salud a la vida cotidiana; por lo que el control domiciliario de la enfermedad y su abordaje médico se muestran complejos y urgentes.

INDICE

Ítem	**Página**
PORTADA	
DECLARACION Y AUTORIZACIÓN	
AGRADECIMIENTOS	
DEDICATORIA	
RESUMEN	
1. MARCO TEÓRICO	8
2. OBJETIVOS	12
3. METODOLOGÍA	12
4. ESCENARIO DE ESTUDIO	15
5. RESULTADOS	
5.1 LA DIABETES MELLITUS TIPO II DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES	
5.1.1 Lo que los pacientes creen sobre la diabetes	19
5.1.2 Lo que los pacientes creen sobre el diagnóstico de la diabetes	24
5.1.3 Lo que los pacientes creen sobre las causas para enfermarse de diabetes	26
5.1.4 Lo que los pacientes creen sobre las complicaciones de la diabetes	31
5.1.5 Análisis interpretativo	33
5. 2 REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE EL CONTROL COTIDIANO DE LA ENFERMEDAD	
5.2.1 Lo que los pacientes creen sobre los cuidados de una persona con diabetes	36
5.2.2 Lo que los pacientes creen que una persona con diabetes debe comer	38
5.2.3 Lo que los pacientes creen sobre los controles médicos	42
5.2.4 Lo que los pacientes creen sobre las medicinas naturales para la diabetes	46
5.2.5 Análisis interpretativo	50
5.3 REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE EL APOYO FAMILIAR	
5.3.1 Lo que los pacientes creen sobre el apoyo familiar para las personas con diabetes	54
5.3.2 Análisis interpretativo	56
6. INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN	58
7. CONCLUSIONES	71

8. RECOMENDACIONES 74
9. BIBLIOGRAFÍA 76
10. ANEXOS
10.1 Anexo 1
10.1.1 Registro de entrevistas 80
10.1.2 Codificaciones 80
10.1.3 Abreviaturas 80
10.2 Anexo 2
10.2.1 Guía para entrevistas 81
10.3 Anexo 3
10.3.1 Consentimiento informado 82

1. MARCO TEÓRICO

El aumento progresivo en el número de personas con enfermedades crónicas en el Ecuador es una realidad que preocupa, dadas sus implicaciones económicas y sociales. Por tal motivo, desde el MSP se planteó la Estrategia Nacional para las enfermedades crónicas con diversos objetivos, como la prevención, el diagnóstico oportuno, el seguimiento clínico y el tratamiento adecuado de dichas patologías.

De entre todas las enfermedades crónicas, la Diabetes Mellitus se considera una de las primeras causas de muerte en el país (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2014). Su padecimiento repercute de forma negativa a nivel biológico y social. A nivel biológico porque disminuye la esperanza de vida en más de 10 años y porque afecta la calidad de vida del paciente (Sierpitta & Udani, 2009, p. 389). Y a nivel social, porque afecta al funcionamiento familiar y su economía, dados los costes que su tratamiento implica (International Diabetes Federation, 2011).

Desde la Medicina de Familia y de la perspectiva sistémica, se entiende a la Diabetes Mellitus como un proceso no solo biológico, sino que está relacionado directamente con otros factores tanto familiares como sociales y culturales (Rangel, 2007, p. 38). De este modo, se alude a la Diabetes como una enfermedad compleja con múltiples determinantes.

La visión compleja de las realidades en salud se fundamenta en la Teoría General de Sistemas (GST), que se plantea como una "ciencia general de la totalidad", que intenta deducir "…conceptos característicos de totalidades organizadas, tales como interacción o suma, […] y aplicarlos entonces a fenómenos concretos" (Bertalanffy, 2007a, p. 37).

La visión sistémica de los problemas de salud contribuye a su comprensión global, ya que, como se anotó, la enfermedad tiene aspectos biológicos y psicosociales. El fin último de esta perspectiva es mejorar la salud en una forma integral y enriquecer la calidad de vida y el desarrollo de los seres humanos (Urbina & González, 2012). Estos objetivos se logran a través del reconocimiento de las actitudes, creencias y preferencias del paciente, de modo que se pueda negociar y no imponer las estrategias de control y tratamiento adecuadas.

Al contrario, la visión clásica de la medicina científica desplaza a un segundo plano los aspectos familiares y culturales de las personas, a quienes trata como seres pasivos, sin contexto histórico ni social. Esta perspectiva se limita a un aspecto de la realidad y pretende rehuir otros determinantes sociales que influyen en el proceso salud-enfermedad. En palabras de Menéndez (citado en Vásquez, 2011, p. 96), la visión clásica de la Medicina simplifica la realidad de los seres humanos, a través de modelos típicos como el esquema estímulo-respuesta o el esquema

causa-efecto; de este modo deposita en el individuo los factores etiológicos y curativos de las enfermedades.

En cambio, la GST permite plantear un panorama más completo de la realidad. Parte de la definición de sistema, entendido como un "complejo de componentes interactuantes" o un "orden dinámico de partes y procesos en interacción mutua" (Bertalanffy, 2007c, p. 94; Bertalanffy, 2007b, p. 83; Bertalanffy, 2007g, p. 217). La perspectiva sistémica plantea que "todo organismo viviente es ante todo un sistema abierto", cuya complejidad no está determinada por el ojo del observador (Bertalanffy citado en Morales, 2009).

Desde este punto de vista, los seres humanos son sistemas abiertos cuya complejidad abarca varios subsistemas, como el biológico y el psico-social, cada uno con distintos niveles de controversia. Complementariamente, son parte de un universo simbólico, material y no material, que orienta sus conductas (Ibíd).

El ser humano está inmerso en un mundo de símbolos que dan sentido a su vida. La construcción y reconstrucción continua de este mundo simbólico está en relación directa con contextos culturales específicos. La integración simbólica le permite no solo interactuar con el mundo, sino preservar su salud mental; que depende del disfrute de "un universo integrado congruente con el marco cultural que le toca vivir", evidenciándose la dependencia de las normas mentales con respecto a la cultura (Bertalanffy, 1960a; y Bertalanffy, 2007g, p. 229).

Al respecto, Osorio (2008, p. 79) se refiere al concepto de modelos mentales, como sistemas abstractos que conforman un sistema de creencias. Estos modelos permitirían a los individuos el poder delimitar la realidad que perciben y modelar los actos que realizan.

A través del abordaje de los modelos mentales y de la cultura, se logra una aproximación a la Teoría de las Representaciones Sociales, vista como una herramienta útil para el estudio de los problemas de salud crónicos.

Así pues, Farr (citado en Martínez, 2011, p. 4) explica a las Representaciones Sociales como "sistemas cognoscitivos con una lógica y un lenguaje propios… con facultades para el descubrimiento y la organización de la realidad y con una función doble: "hacer que lo extraño resulte familiar y lo invisible perceptible"".

Las Representaciones Sociales han sido definidas como una particular forma de conocimiento. "Una forma de reconstrucción mental de la realidad". Una actividad psíquica cuya función es la producción de comportamientos y la comunicación entre las personas (Mora, 2002,

p.7). En consecuencia, contribuyen especialmente al proceso de formación de las conductas y a la orientación de las comunicaciones.

Moscovici (citado en Perera, 2003, p. 10) las define de la siguiente manera:

> Por representaciones sociales nosotros entendemos un conjunto de conceptos, enunciados y explicaciones originados en la vida diaria, en el curso de las comunicaciones interindividuales. En nuestra sociedad se corresponden con los mitos y los sistemas de creencias de las sociedades tradicionales; incluso se podría decir que son la versión contemporánea del sentido común [...] constructos cognitivos compartidos en la interacción social cotidiana que proveen a los individuos de un entendimiento de sentido común.

A través de las Representaciones Sociales, los seres humanos se integran a un grupo social en el cual interaccionan unos con otros y son parte de un ambiente de sentido común. Al ser un conocimiento de primera mano, las Representaciones Sociales son por un lado, "un terreno donde nace y prospera la ciencia". Y por otro lado, son un ámbito a través del cual el discurso científico es convertido en sentido común e incorporado a la realidad cotidiana (Mora, 2002, p. 21).

En este sentido, desde la Medicina de Familia, la práctica profesional tiende a enfocarse en la articulación del sentido común con los conocimientos científicos; como una forma de brindar una atención integral en salud, fundamentada en la visión sistémica de la realidad. Esta estrategia, a su vez, forma parte de lo que se conoce como Competencias Culturales (Gross, Crespo y Villegas, 2014).

Las Competencias Culturales se refieren a la comprensión de grupos culturales diversos, a través de la aceptación y el respeto de las diferencias. Su práctica implica poseer conocimientos culturales generales y específicos; de modo que los profesionales sean capaces de plantear preguntas oportunas y lograr una adecuada relación médico-paciente (Duran, 2010, p.4). Además, son parte de otras competencias que los Médicos de Familia desarrollan en su práctica profesional.

Investigaciones anteriores plantean una incongruencia entre el discurso médico y la vida cotidiana de los pacientes que padecen la enfermedad diabetes (Basurto & Pagan, citado en Lujan, 2009 p. 231), ya que tanto los discursos, como las prácticas de las personas con diabetes están más cercanas a nociones de salud alternativas y tradicionales, que a conceptos de la medicina científica. Así pues, los estudios sobre el tema evidencian un elevado uso de plantas medicinales, que a nivel mundial corresponde al 75% de la población en general (Lujan, 2009). Otras investigaciones plantean que los conocimientos de los pacientes sobre la enfermedad diabetes son diversos; incluso algunos creen que se trata de una patología curable (Noda, Perez, Malaga y Aphang, 2008, p. 71).

Por tanto, se considera que esta investigación es totalmente pertinente para la realidad local de Pedro Vicente Maldonado, ya que el Ecuador en su conjunto ha sido reconocido como una sociedad multicultural, con una gran diversidad de visiones en salud. Así pues, el sociólogo Demon Jos (2006) describe tal contexto cultural con el nombre de Pluralismo Médico. Este investigador ha estudiado e identificado esta realidad en nuestro país y en su estudio, hace referencia a las desigualdades sociales, económicas e históricas que han permitido el desarrollo y la subsistencia del Pluralismo Médico.

La categoría Pluralismo Médico surgió alrededor de los años ochenta, en Estados Unidos y México, como un concepto que explica la diversidad de los sistemas de atención en salud, así como a la variabilidad de esferas socioculturales, económicas, políticas e ideológicas en las cuales están inmersos los sujetos y sus familias. Se refiere a la "forma en que todo conjunto social produce *representaciones* sobre sus padecimientos […] a pesar de la coexistencia con la biomedicina y concretamente con los servicios de salud estatales" (Menéndez citado en Mosquera, 2003).

El Pluralismo Médico se define como: "la capacidad que los grupos tienen […] para utilizar indistintamente y en más de una forma, la posible solución o atención de sus padecimientos" (Menéndez citado en Mosquera, 2003).

Para el mexicano Menéndez (citado en Mosquera, 2003), la biomedicina no puede comprender el holismo existente entre las lógicas o racionalidades de los grupos étnicos. Caracteriza a la biomedicina como una disciplina que, a través de la historia, se ha consolidado como la única válida para explicar las enfermedades y padecimientos; en consecuencia se muestra intolerante hacia otras formas de racionalidad. Sin embargo, anota, en contextos pluriculturales coexiste con otras formas de medicina, en una relación contradictoria y de constante disputa.

Para Cosminsky (citado en Mosquera, 2003), el Pluralismo Médico hace referencia a la "existencia de sistemas paralelos o alternativos (medicina occidental, medicina tradicional, medicina espiritista, etc.) en donde los enfermos eligen el uso de dos o tres sistemas y en igual forma los terapeutas […], de incorporar elementos de dos o de los tres sistemas".

En una primera aproximación para este estudio, se ha identificado una variedad de visiones sobre los cuidados de la diabetes, por lo que se caracteriza a los entrevistados como sujetos inmersos en una realidad de Pluralismo Médico.

2. OBJETIVOS

Partiendo de una visión sistémica de la realidad y como una forma de desarrollar una Competencia Cultural en salud, este trabajo está enfocado en conocer las Representaciones Sociales que determinan las prácticas cotidianas en el control de la Diabetes Mellitus tipo II, en los pacientes usuarios de los servicios del Hospital Pedro Vicente Maldonado (HPVM).

Como objetivos específicos se plantean: describir la enfermedad diabetes, desde la perspectiva de los pacientes usuarios de los servicios del HPVM; describir las Representaciones Sociales sobre el control cotidiano de la enfermedad, que expresan estos pacientes y describir las Representaciones Sociales sobre el apoyo familiar, para el cuidado de la enfermedad Diabetes Mellitus tipo II.

Para el cumplimiento de estos objetivos, se propone una investigación de tipo cualitativo, ya que este enfoque permite partir desde la visión sistémica, para abordar los criterios que los pacientes refieren sobre los cuidados de su enfermedad y su relación con el discurso médico-científico.

3. METODOLOGÍA

Para el logro de los objetivos mencionados, se optó por una metodología cualitativa; por lo que el presente estudio se trata de una etnografía, con un enfoque teórico basado en la Teoría General de Sistemas y en la Teoría de las Representaciones Sociales.

La metodología cualitativa permitió la recolección de datos descriptivos y de palabras de los sujetos de la investigación, que luego fueron sometidos a un proceso interpretativo, con un método inductivo de razonamiento.

La muestra fue elegida mediante Muestreo opinático, teniendo en cuenta que las unidades de muestreo no se eligen con criterios de representatividad estadística, sino con criterios de representatividad del discurso y de los significados (Vasquez, Rejane, Mogollon, Sanmamed, Delgado y Vargas, 2006, p. 43-44).

Para el Muestreo se seleccionaron los informantes que respondieron al perfil definido conceptualmente. Es decir, se seleccionó a personas adultas de entre 35 y 85 años, con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II, con un mínimo de cinco años de evolución de la enfermedad, que acudieron a la consulta externa del Hospital Pedro Vicente Maldonado, para control de la enfermedad y retiro de la medicación, durante el mes de junio de 2016 y que mediante firma del consentimiento informado aceptaron participar en el estudio. En la selección,

se tomó en cuenta la facilidad de los contactos y la accesibilidad, por lo que la estrategia de muestreo fue de conveniencia; dada la limitación de tiempo, recursos y accesibilidad.

Fueron excluidos del estudio los pacientes menores de 35 años y mayores de 85 años, los pacientes que no aceptaron participar en el estudio y los pacientes con deterioro cognitivo.

La información recolectada mediante la aplicación de la guía de entrevista semiestructurada e individual, fue acumulativa y secuencial, hasta cumplir con los criterios de saturación de la información; es decir, hasta identificar que en las respuestas había redundancia y ausencia de datos nuevos. Las entrevistas duraron entre 40 y 60 minutos, para cada participante. Se logró identificar a dos informantes clave (nombres ficticios: Guido y Mercedes), quienes aceptaron la visita domiciliaria.

La triangulación de la información se realizó mediante la comparación de técnicas, ya que se realizaron entrevistas individuales en el contexto de la consulta médica y dos visitas domiciliarias, con entrevistas a profundidad y observación, obteniéndose datos similares; por lo que se cumplió con criterios de credibilidad y confirmabilidad, según lo recomendado por Vasquez et al. (2006).

Las respuestas recolectadas mediante las entrevistas fueron clasificadas según los objetivos del estudio y las preguntas planteadas. Luego se procedió a segmentar, organizar manualmente la información y construir los cuadros que se verán en el desarrollo de los capítulos. Por último, se utilizaron diferentes colores que permitieron identificar categorías. Todos estos pasos fueron aplicados con el objeto de identificar las ideas núcleo, su modo de prédica y su grado de referencialidad y proceder a la aplicación de la Metodología de Análisis de los Mensajes (Prieto, 1986); lo que permitió definir la existencia o ausencia de Representaciones Sociales sobre la Diabetes Mellitus.

De forma complementaria, se procedió a identificar categorías o códigos y sus relaciones, para proseguir con la construcción de las figuras o representaciones gráficas que se verán en el desarrollo de la tesis y que facilitaron la interpretación de la información, según el marco teórico propuesto en la introducción de este trabajo (Teoría General de Sistemas y Teoría de las Representaciones Sociales).

Como ya se mencionó, para la identificación de las Representaciones Sociales se utilizó la Metodología de Análisis de los Mensajes, según Daniel Prieto Castillo (1986); la misma que parte del análisis de las relaciones sociales y de las características específicas de los individuos. Su objetivo final es aportar con elementos para el análisis de los discursos y para la producción de materiales educativos.

La Metodología de Análisis de los Mensajes plantea tener en cuenta algunos elementos básicos para el análisis de la información. En primer lugar, menciona a las estructuras básicas del discurso, que son los elementos fundamentales que componen el discurso y que permiten la comprensión de la intencionalidad del mismo.

Las estructuras básicas del discurso son:

Ideas núcleo. Corresponden a los temas del discurso y lo que se dice de ellos.

- Lo manifiesto: se refiere al tema específico.
- Lo latente: se refiere a lo implícito.

Modos de predicación: depende de lo que se predica de un tema. Puede ser de acción o de estado.

Grados de referencialidad: puede ser alta, baja o distorsionante.

- Alta: cuando el discurso se acerca a las características que el sujeto tiene fuera del mismo. Son los mensajes que nos acercan al tema a través de los detalles útiles.
- Baja: cuando el discurso ofrece pocas características sobre el sujeto. Es decir, cuando el mensaje no ofrece la suficiente información.
- Distorsionante: cuando el discurso no muestra aspectos sobre el sujeto o se incluye información falsa u oculta (Prieto, 1986).

Análisis ideológico: todo mensaje tiene un carácter ideológico. El análisis ideológico pone en juego una escala de valores. Hay valores superiores a otros y a partir de esa diferencia se juzga los mensajes. Ideas clave para su análisis:

- Lo ideológico se refiere a lo que se predica del sujeto.
- Consiste en el modo de vida aceptado como válido.
- Consiste en los modelos de relaciones y soluciones sociales adoptados por los sujetos.
- Se refiere a lo que en cada punto señalado se oculta.

El análisis ideológico consiste en examinar qué se predica, quien lo predica y en qué contexto social. Se basa en el reconocimiento de que un discurso propone una forma de vida válida y socialmente aceptada (Prieto citado en Moscoso, 2016, p. 6-7).

Su estudio incluye la identificación de:

- La uniacentualidad significativa: a través de redundancias que buscan dejar en el receptor la interpretación de un tema.
- El todo expresado: el mensaje se cierra sobre sí mismo.
- Consignas de interpretación.
- Apelación a experiencias decisivas que se convierten en núcleos significativos para convencer a alguien.

4. ESCENARIO DE ESTUDIO

El cantón Pedro Vicente Maldonado, está constituido por una población de 12.924 habitantes. Se ubica en el noroccidente de la provincia de Pichincha y goza de un clima cálido-húmedo (Gobierno autónomo, 2016). La mayor parte de su población vive en un contexto rural y se dedica al trabajo agrícola.

Aspectos socioculturales

La primera población que habitó el noroccidente de Pichincha estaba constituida por la cultura preincaica de los Nigua, dedicados al comercio entre la sierra y la costa. Su población limitaba con los pueblos Yumbo, Cayapas y Tsáchilas. Se sabe que la etnia Nigua no fue contactada por los incas. Más tarde, en la colonia, rehuían a los españoles, motivo por el cual se conoce muy poco de su población. En esa misma época, fueron atacados por los grupos Cayapas y afro ecuatorianos de Esmeraldas, por lo que sus escasos descendientes se unieron a la etnia Tsáchila (Salud y Desarrollo Andino, s.f.).

Estas tierras fueron colonizadas nuevamente, a mediados del siglo XX, por habitantes de oras provincias del sur del Ecuador (Lippi, citado en Schriefer ,2016).

Más recientemente, el 9 de noviembre de 1987, se inició el proyecto de cantonización de Pedro Vicente Maldonado. Cinco años después, el 15 de enero de 1992, los pobladores se dirigieron a Quito, en donde se consignó la Ley de creación del cantón “Pedro Vicente Maldonado”, publicándose el registro oficial No 862, con fecha de 28 de enero de 1992 (Municipalidad PVM, citado en Chiriboga, 2016).

Accesibilidad

La construcción de las vías de acceso fue iniciada entre 1955 y 1961. Las vías partieron desde Quito, para continuar por Nono, Tandayapa, Nanegalito, Gualea y Pacto. En 1995 fue inaugurada la carretera de primer orden Calacalí–La Independencia, lo que facilitó el comercio y el tránsito entre la capital y la costa (Lippi, citado en Schriefer, 2016), siendo PVM un paso obligatorio en este trayecto.

Demografía

Hoy en día, la población está formada por colonizadores de las provincias del Azuay, Bolívar, Loja, Pichincha, Manabí y por migrantes colombianos y peruanos (Villalva, citado en

Chiriboga, 2016). Sus habitantes son mestizos en un 78,6%, afro-ecuatorianos en un 9,65%, indígenas en un 2,6% y montubios en un 2,8% (Municipio PVM, citado en Schriefer, 2016).

Educación

En la población en general, la asistencia a la educación básica es del 88.66%, al bachillerato es del 38.17% y a la educación superior es de 7.34%. Datos del INEC (2008) indican que solo un tercio de los estudiantes que acaban la educación primaria llegan a obtener el bachillerato (Dirección Nacional de Educación de Pichincha, citado en Schriefer, 2016). Por último, solo 7 de cada 100 personas termina la educación superior.

Situación política

El cantón Pedro Vicente Maldonado está integrado por más de treinta recintos y centros poblados, entre los cuales están: Simón Bolívar, Diez de Agosto, Álvaro Pérez, San Vicente de Andoas, San Juan de Puerto Quito, Nueva Aurora, Paraíso Alto, Paraíso Bajo. La Célica, El Cisne, Pachijal, 15 de Mayo, Los Laureles, Brisas del Guayllabamba, Salcedo Lindo, Konrad Adenauer, Barrio Lindo, Monte Olivo, entre otros (Gobierno autónomo, 2016).

Límites

Los límites del cantón son: al Norte, la Provincia de Imbabura. Al sur, Santo Domingo de los Tsáchilas. Al este, San Miguel de Los Bancos y Santo Domingo de los Tsáchilas. Al oeste, el cantón Puerto Quito (Ibíd).

Producción agrícola

Sus habitantes se dedican en gran proporción al cultivo de diversos productos como café, cacao, plátano, arroz, achiote, cidra, guayaba, lima, limón, naranja dulce y agria, granadilla, naranjilla, papaya, pepinillo, pimiento, tomate, toronja, zapallo, maíz, fréjol, arazhá, camote, maní, yuca, maracuyá, chirimoya, caimito, mandarina, ají, rábano, piña, maíz, etc (Ibíd).

Algunos de los cultivos son sometidos a procesos industriales como la cabuya, palma africana, caucho, caña de azúcar, bambú, palmito y maní (Ibíd). Otros son comercializados a nivel nacional y fuera del país.

Las plantaciones que más se destacan por su impacto en la economía de la zona son las de palmito y de palma africana (Ibíd).

La alimentación se caracteriza por el consumo de alimentos típicos como el arroz blanco, el verde, el plátano y la yuca.

Servicios básicos

La población de Pedro Vicente Maldonado cuenta con agua entubada y servicio de alcantarillado. El municipio gestiona la recolección de basura. Además dispone de servicio eléctrico continuo.

Enfermedades prevalentes

Predominan patologías propias de la zona, como la leishmaniasis, el paludismo, el dengue y otras enfermedades febriles (Área de Salud No.11, Pedro Vicente Maldonado, citado en Schriefer, 2016).

Servicios de salud

Hasta el momento, el cantón dispone de:

- Un Subcentro de Salud del MSP, el mismo que brinda atención médica gratuita de primer nivel.
- Un hospital privado, llamado Pedro Vicente Maldonado, que atiende los casos más graves durante las 24 horas del día y todos los días a la semana. Los casos que ameritan son referidos a los hospitales de mayor complejidad, en otros cantones.
- Dos consultorios médicos privados.
- Una dependencia de la Cruz Roja Ecuatoriana, que se encarga de la referencia de pacientes graves.
- Una Fundación de origen alemán, llamada FAME (Fundación para Asistencia Médica al Ecuador), que brinda atención médica general (Municipio de Pedro Vicente Maldonado citado en Schriefer, 2016).

Hospital Pedro Vicente Maldonado

Andean Health & Development (AHD) es una fundación internacional que ha estado presente en Pedro Vicente Maldonado (PVM) desde 1997.

En aquella época los servicios de salud eran escasos, por lo que uno de sus miembros, el Dr. Gaus de nacionalidad estadounidense y su equipo, decidieron crear un hospital en esta área rural del Ecuador. De esta forma, en diciembre del año 2000, con la ayuda del Padre Hesburgh y

voluntarios de los Estados Unidos, el Hospital Pedro Vicente Maldonado (HPVM) abrió sus puertas para la población pedro vicentina (Andean Health & Development, 2016).

Desde su inicio, el hospital cuenta con 15 camas hospitalarias y otros servicios básicos. Se calcula que en los primeros ocho años de trabajo brindó atención a más de 75.000 pacientes (Ibíd).

El HPVM se plantea como misión apoyar a las comunidades rurales a través del desarrollo de servicios de salud integrales y de la formación de profesionales que practican una medicina basada en el paciente y su comunidad (Ibíd).

Su visión es impulsar la equidad social, transformando los servicios de salud rural (Ibíd).

De forma complementaria, en el año 2008 y en convenio con la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), la fundación AHD comenzó un programa de residencia médica dirigido a los médicos ecuatorianos, el mismo que continúa hasta la actualidad y ha formado algunas promociones de Médicos de Familia, a cargo del Dr. Diego Herrera (Salud y Desarrollo Andino, 2016).

5. RESULTADOS

5.1 LA DIABETES MELLITUS TIPO II DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES

En este capítulo se muestran los resultados de las preguntas planteadas con el objeto de describir la enfermedad diabetes desde la perspectiva de los pacientes. En primer lugar se expone un cuadro con las ideas núcleo identificadas en las respuestas de los participantes, según la Metodología de Análisis de los Mensajes de Daniel Prieto Castillo (1986) (Cuadro1).

5.1.1 Lo que los pacientes creen sobre la diabetes

Cuadro 1

Lo que los pacientes creen sobre la Diabetes

1.1 ¿Qué cree usted sobre la diabetes?		
Entrevistas	**Ideas núcleo**	**Respuestas**
1	Enfermedad maligna	*"…es como un cáncer a la sangre. El azúcar ataca directamente a la sangre. Es peligrosa."*
2	Alteración de la sangre: dulce *Estados emocionales negativos.*	*"…consiste en mucha azúcar a la sangre"* *"no sé en lo emocional cómo funcione, porque cuando me estreso me sube la diabetes… me enfermé por los problemas.*
3	Alteración de la sangre: dulce *Estados emocionales negativos.*	" En que aumenta el azúcar…tiene que ver con la sangre… Proviene de tanto coraje, preocupación, coraje que yo paso
4	Alteración del páncreas e insulina	*"… consiste en un desorden por la falta de producción de insulina por el páncreas"*
5	Alteración de la sangre: grasa	*"…se crea una grasa en las arterias que se pega y obstruye el paso de la sangre y genera molestias… es lo que he leído. Técnicamente nadie me lo ha dicho."*
6	Alteración de la sangre: dulce *Estados emocionales negativos.*	*"…la diabetes es por el azúcar…* *"Tanto pensar. La preocupación…mis familias me dicen que no me aflija, que tiene que luchar, que estoy joven… de ahí un doctor me dijo que ha sido lo mucho que he sufrido y me ha desarrollado esa enfermedad…"*
7	Alteración del páncreas e insulina	*"… la diabetes consiste en que el páncreas no produce la insulina. Como tenemos azúcar en el organismo, este no asimila el proceso y se hace una contaminación…"*
8	Alteración del páncreas	"No sé. Dicen que del páncreas…es una enfermeada crónica"
9	Alteración de la sangre: dulce	"… en una alteración de los niveles del azúcar en la sangre…que las personas tienen azúcar en la sangre"
10	Alteración del páncreas e insulina *Estados emocionales negativos.*	"Daño del páncreas por no tener insulina. Se da por comer mucha grasa, cola, azúcar y a veces por el sufrimiento"
11	Desconoce	"No sé…creo hereditario…me gustaba comer dulces, creo que es eso"
12	Enfermedad maligna	*"… todo el cuerpo se daña. Es una enfermedad catastrófica, porque no se cura"*
13	Alteración de la sangre: grasa dulce Enfermedad maligna	*"…fui al hospital y me dijeron que estaba gorda, que tenía ciento cincuenta de colesterol y que tenía diabetes… es la gordura... Pero, yo bajé de peso y sigo con diabetes…y también la sangre se vuelve con azúcar. Se vuelve dulce… tenía un entenado cuyo hijo nació diabético y hasta el sudor era dulce…"*

		"…como un cáncer ha de ser… tengo miedo de quedarme ciega"
14	Enfermedad maligna *Estados emocionales negativos.*	*"Todos los órganos se van destruyendo"* *"Dicen que hay diabetes emocional. Tengo iras o preocupación y se me sube la diabetes… yo no sé qué será la diabetes… yo cuido a una nieta, pero estos días estoy mal con el chikungunya…"*
15	Enfermedad maligna	*"es mortal…hace daño…me puse a llorar… porque esta enfermedad es mala y hace daño"*
16	Alteración del páncreas e insulina	*es por la falta de insulina, como el montesito*

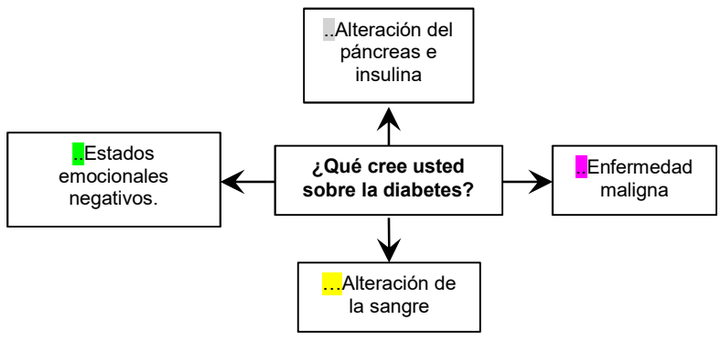
Fuente: Entrevistas, agosto 2016 a septiembre 2016
Elaborado por: Mónica Vásquez Quezada
Pamela Sánchez Sandoval

Como se observa en el Cuadro 1, los participantes expresaron cuatro ideas núcleo sobre lo que piensan de la enfermedad diabetes (Figura 1). Así pues, se refirieron a la diabetes como:

- Una consecuencia de alteraciones en el páncreas o la insulina.
- Una alteración de la sangre.
- Una enfermedad maligna y la compararon con el cáncer.
- Una consecuencia de estados emocionales negativos.

Figura 1

Diabetes: Alteración del páncreas y la insulina



Fuente: Entrevistas, agosto 2016 a septiembre 2016
Elaborado por: Mónica Vásquez Quezada
Pamela Sánchez Sandoval

La primera idea núcleo registrada califica a la DM (Diabetes Mellitus) como una consecuencia de *alteraciones en el páncreas o la insulina*. Así por ejemplo, Pablo, que tiene DM desde hace 15 años y sufrió la amputación de su pierna derecha, comentó: *"… la diabetes consiste en que el páncreas no produce la insulina. Como tenemos azúcar en el organismo, este no asimila el proceso y se hace una contaminación…"* (7 Entrevista H,c,Pr,AMa). Pablo es director de un colegio privado que él mismo fundó. Los conocimientos sobre esta enfermedad los ha adquirido de su propia vivencia (Ibíd).

Igualmente, Manuel de 40 años, profesor, con nivel de estudios superior y con siete años de diabetes señaló *"... consiste en un desorden por la falta de producción de insulina por el páncreas"* (4 Entrevista H,c,Pr,A,Me).

En cambio, Carlos de 66 años y con primaria incompleta, mencionó "… [La diabetes] *es por la falta de insulina, como el montesito*[1]*..."* (16 Entrevista H,a,Rb,AMay). Él y otros entrevistados relacionan a la diabetes con la insulina y con un monte que popularmente lleva el mismo nombre y que científicamente corresponde a una planta llamada costus igneus, que crece a nivel de la tierra y que está siendo estudiada por sus posibles efectos hipoglicemiantes (Akhila J., Divya C., Rejeesh, Vinod N., Maria K. y Shashidhar K., 2010).

En cuanto al modo de prédica se lo catalogó como de estado, puesto que los entrevistados no hablan directamente de la diabetes, sino del páncreas, de la insulina e incluso de un monte popularmente llamado insulina.

El grado de referencialidad es distorsionante, ya que los participantes no identifican una fuente informativa clara; más bien nombran como fuente a su propia experiencia o a sus lecturas, como en el caso de Guido, que además fue un migrante retornado de España: "*... es lo que he leído. Técnicamente nadie me lo ha dicho"* (5 Entrevista H,b,Ch,AMam).

La segunda idea núcleo reconocida vincula a la diabetes con una *alteración de la sangre*. Por un lado, los participantes la explicaron como una enfermedad relacionada con el colesterol y el sobrepeso. Por otro lado, la explicaron como un trastorno asociado a una "perturbación del azúcar" en la sangre o "sangre dulce" (Figura 2).

Con respecto a la diabetes como *alteración de la sangre*, relacionada con el colesterol y el sobrepeso, afirman *"...fui al hospital y me dijeron que estaba gorda, que tenía ciento cincuenta de colesterol y que tenía diabetes… es la gordura... Pero, yo bajé de peso y sigo con diabetes…"* (13 Entrevista M,d,Qu,AMay) .

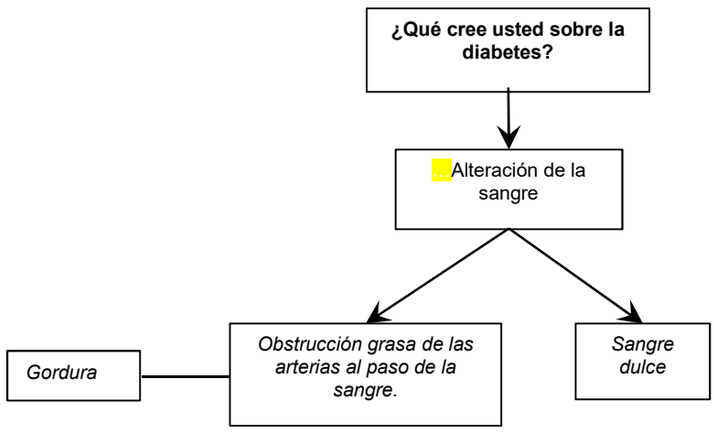
"…se crea una grasa en las arterias que se pega y obstruye el paso de la sangre y genera molestias… es lo que he leído. Técnicamente nadie me lo ha dicho." (5 Entrevista, H,b,Ch,AMa) (Figura 2).

En cuanto a "perturbación del azúcar", los entrevistados relacionan a la diabetes con lo dulce o el azúcar de las comidas: *"...consiste en mucha azúcar a la sangre"* (2 Entrevista H,b,Av,Ame,m).

[1] Con el término "Montesito", se refiere a la planta llamada insulina, que es consumida en el sector y que se la describe como un monte que crece a pocos centímetros del suelo y que tiene unas flores rosadas; que serviría para el tratamiento de la diabetes (Entrevista 16, 2016)

Figura 2

Diabetes: alteración de la sangre



Fuente: Entrevistas, agosto 2016 a septiembre 2016
Elaborado por: Mónica Vásquez Quezada
Pamela Sánchez Sandoval

"la sangre se vuelve con azúcar. Se vuelve dulce… tenía un entenado cuyo hijo nació diabético y hasta el sudor era dulce…" (13 Entrevista M,d,Qu,AMay).

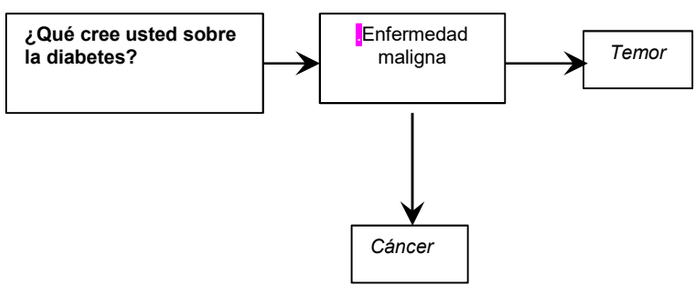
En cuanto al modo de prédica se lo catalogó como de estado, dado que los participantes se refieren a la diabetes a través de explicaciones variadas. El grado de referencialidad igualmente es bajo, para esta idea núcleo.

La tercera idea núcleo registrada en los testimonios, es la idea de la diabetes como una *enfermedad maligna* y su comparación con el cáncer (Figura 3).

Los entrevistados señalan a la diabetes como una *enfermedad maligna,* que afecta a todo el organismo y que puede ser mortal; por lo que genera muchos temores.

Figura 3

Diabetes: enfermedad maligna



Fuente: Entrevistas, agosto 2016 a septiembre 2016
Elaborado por: Mónica Vásquez Quezada
Pamela Sánchez Sandoval

Así por ejemplo, Daniel de 38 años, con instrucción primaria y agricultor de profesión comentó: *"…es como un cáncer a la sangre. El azúcar ataca directamente a la sangre. Es peligrosa."* (1 Entrevista H,a,Ag,A,Me).

Martina de 82 años, también agricultora, dijo*: "…como un cáncer ha de ser… tengo miedo de quedarme ciega"* (13 Entrevista M,d,Qu,AMay).

Josefa de 72 años, ama de casa, expresó: *"… es mortal…hace daño…"* (15 Entrevista M,d,Ag,AMay).

José de 62 años mencionó: *"… todo el cuerpo se daña. Es una enfermedad catastrófica, porque no se cura"* (12 Entrevista H,b,Pr,AMa).

"Todos los órganos se van destruyendo" (14 Entrevista M,a,Qu,AMay).

En esta idea núcleo el modo de prédica nuevamente es de estado, con un bajo grado de referencialidad.

La cuarta idea núcleo se refiere a los *estados emocionales negativos*. Tanto los hombres como las mujeres entrevistadas relacionaron a la diabetes con las preocupaciones o las emociones intensas.

Así pues, la diabetes sería una consecuencia de situaciones adversas que provocan sufrimiento, ira o frustración; tal como en el caso de Juan, que hace unos años y en medio de un problema económico presentó una crisis sintomática: *"…no se en lo emocional cómo funcione, porque cuando me estreso me sube la diabetes… me enfermé por los problemas…"* (2 Entrevista H,B,Av,Ame,m).

"Dicen que hay diabetes emocional. Tengo iras o preocupación y se me sube la diabetes… yo no sé qué será la diabetes… yo cuido a una nieta, pero estos días estoy mal con el chikungunya…" (14 Entrevista M,a,Qu,AMay).

Bremilda de 50 años vive con su esposo de 65 años. Se siente agobiada por sus dolencias; porque no puede trabajar como antes, en la Palma africana. Sobre la pregunta planteada comentó: *"…la diabetes es por el azúcar. Tanto pensar. La preocupación…mis familias me dicen que no me aflija, que tiene que luchar, que estoy joven… de ahí un doctor me dijo que ha sido lo mucho que he sufrido y me ha desarrollado esa enfermedad…"* (6 Entrevista M,a,Qu,Ama).

Como en la anterior idea núcleo, en ésta el modo de prédica también es de estado, con un bajo grado de referencialidad.

5.1.2 Lo que los pacientes creen sobre el diagnóstico de la diabetes

En relación a esta temática, se identificó una idea núcleo en todas las entrevistas, por lo que esta pregunta cumple con el criterio de saturación de la muestra. Esta idea se refiere al diagnóstico de la diabetes mediante exámenes y en el contexto hospitalario. Se determinó como categoría: *uso de tecnología* (Cuadro 2).

Cuadro 2

Lo que los pacientes creen sobre el diagnóstico de la diabetes

1.2 ¿Qué cree usted sobre el diagnóstico de la diabetes?			
Entrevistas	**Idea núcleo**	**Idea latente**	**Respuestas**
1	El diagnóstico es mediante exámenes y en el contexto hospitalario: "Uso de tecnología".	síntomas	*"… orinaba mucho, me probé la orina dulce… me hicieron un examen de sangre… Bajé de peso. Me atacó la vista…"*
2	"Uso de tecnología".	síntomas	"me dieron calambres…me hicieron un examen en el subcentro, tuve 450 de glucosa, 300 de colesterol, 700 de triglicéridos… me dijeron que tenia diabetes"
3	"Uso de tecnología".	síntomas	"me hicieron un examen de glucosa… fui por los dolores del abdomen y me salió diabetes. Estaba embarazada. La niña me salió con diabetes"
4	"Uso de tecnología".	síntomas	"me apareció una mancha en el ojo…acudí a consulta con glucosa de 400… me hice el examen de forma particular… con pedido médico en una clínica"
5	"Uso de tecnología".	síntomas	*"Me diagnosticaron por un examen, porque se me nublaba la vista. No veía bien"*
6	"Uso de tecnología".	síntomas	*"Hace 9 años, me desmayé. Estuve dormida una semana y me resultó la diabetes"*
7	"Uso de tecnología".	síntomas	*"…orinaba bastante. Probé la orina y era dulce. Como mi madre murió con diabetes,… yo estaba enfermo y me hicieron los exámenes y salió positivo"*
8	"Uso de tecnología".	síntomas	"me dolía la cabeza, veía borroso. Fui al hospital y me hicieron examen"
9	"Uso de tecnología".	síntomas	"…mediante un control de sangre, por un malestar que tuve"
10	"Uso de tecnología".	síntomas	"mediante exámenes en una clínica con azúcar de 500, porque tomaba mucha agua y orinaba mucho"
11	"Uso de tecnología".	síntomas	"vine por un problema que tenia del riñón y me hicieron un examen de sangre"
12	"Uso de tecnología".	síntomas	"Cuando subía una pendiente y no avanzaba, mi glucosa estaba alta… me hacía examen"
13	"Uso de tecnología".	Chequeo pre quirúrgico	*"Me diagnosticaron hace veinte años, en un chequeo para la cirugía de una hernia, por exámenes"*
14	"Uso de tecnología".	síntomas	"ya no me sanaba de la operación de la vista y me hicieron una prueba de azúcar"
15	"Uso de tecnología".	Chequeo pre quirúrgico	*"Fui al hospital para una cirugía de la vesícula… luego me dijeron que tenía diabetes"*
16	"Uso de tecnología".	síntomas	"tenía mucha sed, desmayo y aquí me hicieron el azúcar que estaba en 400"

Fuente: Entrevistas, agosto 2016 a septiembre 2016
Elaborado por: Mónica Vásquez Quezada
Pamela Sánchez Sandoval

También se reconoció una idea latente, que en todos los casos se refiere a la confirmación del diagnóstico en el contexto de algún tipo de emergencia médica o complicación de la diabetes:

"… orinaba mucho, me probé la orina dulce… me hicieron un examen de sangre… Bajé de peso. Me atacó la vista…" (1 Entrevista H,a,Ag,A,Me). Es decir, que ningún paciente señaló un diagnóstico temprano de la enfermedad.

"Me diagnosticaron por un examen, porque se me nublaba la vista. No veía bien" (5 Entrevista H,b,Ch,AMam).

"Hace 9 años, me desmayé. Estuve dormida una semana y me resultó la diabetes" (6 Entrevista M,a,Qu,Ama).

En el caso de Martina, su diagnóstico fue el hallazgo de un chequeo prequirúrgico: *"Me diagnosticaron hace veinte años, en un chequeo para la cirugía de una hernia"* (13 Entrevista M,d,Qu,AMay).

"Fui al hospital para una cirugía de la vesícula… luego me dijeron que tenía diabetes" (15 Entrevista M,d,Ag,AMay).

Ninguno de los participantes mencionó haberse realizado chequeos médicos previos, a pesar de que algunos de los entrevistados dijeron conocer sobre la enfermedad y su relación con la herencia (Ver Cuadro 3): *"…orinaba bastante. Probé la orina y era dulce. Como mi madre murió con diabetes,… yo estaba enfermo y me hice los exámenes y salió positivo"* (7 Entrevista H,c,Pr,AMa).

A pesar de las circunstancias (emergencias médicas con claros síntomas de Diabetes Mellitus y/o factores hereditarios) en las cuales se dieron los diagnósticos, muchos pacientes comentaron haber sufrido una fuerte impresión cuando se enteraron que tenían diabetes (Ver Cuadro 1), *"…me puse a llorar… porque esta enfermedad es mala y hace daño"* (15 Entrevista M,d,Ag,AMay).

En cuanto al modo de prédica, corresponde al de acción, ya que los entrevistados mencionan que el diagnóstico de la enfermedad fue realizado por un sujeto, que en este caso lo llamaremos "otros": *"Me diagnosticaron hace veinte años…"* (13 Entrevista M,d,Qu,AMay).

En relación al grado de referencialidad, encontramos que es alto, ya que todos los entrevistados conocen que el diagnóstico lo hacen en el hospital y con un examen de laboratorio.

Por último, se puede afirmar que sobre el diagnóstico de la Diabetes Mellitus tipo II, si existe una Representación Social, ya que todos los entrevistados conocen que el diagnóstico médico se realiza mediante exámenes de laboratorio y en el contexto hospitalario.

5.1.3 Lo que los pacientes creen sobre las causas para enfermarse de diabetes

Los entrevistados mencionaron diversas causas, agrupadas en tres ideas núcleo o categorías: *la emocional, la biomédica y la cotidiana* (Cuadro 3 y Figura 4).

Cuadro 3

Lo que los pacientes creen sobre las causas para enfermarse de diabetes

1.3 ¿Qué cree usted sobre las causas para enfermarse de diabetes?		
Entrevistas	**Ideas núcleo**	**Respuestas**
1	Cotidiana	*"por tomar mucha cola, más de cuatro vasos por día, toda mi vida. Especialmente desde hace cuatro años, por mis amigos del trabajo… y por mucha comida chatarra…"*
2	Emocional: sufrimiento Cotidiana Biomédica: herencia *Crisis laboral, económica*	*"… se me murieron los pollos. Perdí cuatro mil dólares. Tomaba tampico y V220, sin comer ni dormir… me enfermé por los problemas…bajé cuarenta libras de golpe. Me dieron calambres…así he nacido, quizá"*
3	Emocional: sufrimiento Crisis familiares Biomédica: embarazo	*"los médicos dicen que proviene de tanto coraje, preocupación. Coraje que yo paso. Por media cosita y ya me pongo mal… ahora tengo a mi hija de 29 años embarazada e hinchada en el hospital… ella se metió tiernita a marido, de doce años… las dos [hijas] se me metieron tiernitas [se unieron a un hombre]… ellas se me fueron de la casa y a los tiempos que las veo* … yo en entonces que fui por los dolores del abdomen y me salió diabetes. Estaba embarazada. La niña me salió con diabetes y ya me ligué"*"*
4	Biomédica: herencia; Cotidiana	*"Esta enfermedad es hereditario… Y por tomar bastante cola"*
5	Emocional Cotidiana Biomédica: herencia *Crisis laboral*	*"… por el trabajo que me toca en las noches… por stress y por la mala alimentación…comía muchos caramelos…me enfermé por la mala alimentación, por las harinas y por comer carne roja…" también es hereditario"*
6	Emocional: sufrimiento	"no sé por qué. Un doctor dijo que ha sido lo que mucho he sufrido me ha desarrollado esa enfermedad"
7	Biomédica: herencia Emocional: sufrimiento *Crisis económica*	*"…orinaba bastante. Probé la orina y era dulce. Como mi madre murió con diabetes,… yo estaba enfermo…* *…me imagino que luego de mis problemas, de las deudas, se complicó todo y me dio diabetes… creo que es por la depresión"*
8	Emocional: sufrimiento	"creo que por el mucho sufrimiento, problemas de familia… me quitan a mi nieto que yo lo crié"
9	Biomédica: herencia	*"Mi madre que tiene diabetes y presión…por eso me enfermé grave y por mi familia que es diabética… yo sé que es hereditario"*
10	Emocional: sufrimiento Crisis familiares	*"Por mi esposo. Presenté depresión al enterarme de su traición con otra mujer"*
11	Biomédica: herencia Cotidiana	*"Esto es hereditario… además me gustaba comer dulces, tomar bien dulce, creo que por eso me enfermé"*
12	Emocional: sufrimiento Duelo	"Después de que falleció mi madre me dio tristeza, me dolió el pecho y me indicaron que tenía diabetes"
13	Causa Emocional: sufrimiento Crisis familiares Duelo	*"…me enfermé por mucha tensión, mucho sufrimiento moral. Porque falleció mi esposo hace 7 años"*
14	*Emocional: incertidumbre*	*"no sé, pero me daba fiebre, tomaba mucha agua, orinaba mucho…"*
15	Emocional: sufrimiento Incertidumbre Crisis familiares	*"Porque una hija mía se casó… Me dio decepción… "No tenía sed, ni sueño. No sé por qué me haya enfermado,… pero me sentía mal"*
16	Cotidiana	*"tomaba mucho guarapo en la infancia…, también agua con panela… desde los 20 años tomaba unos cuatro litros de cola al día"*

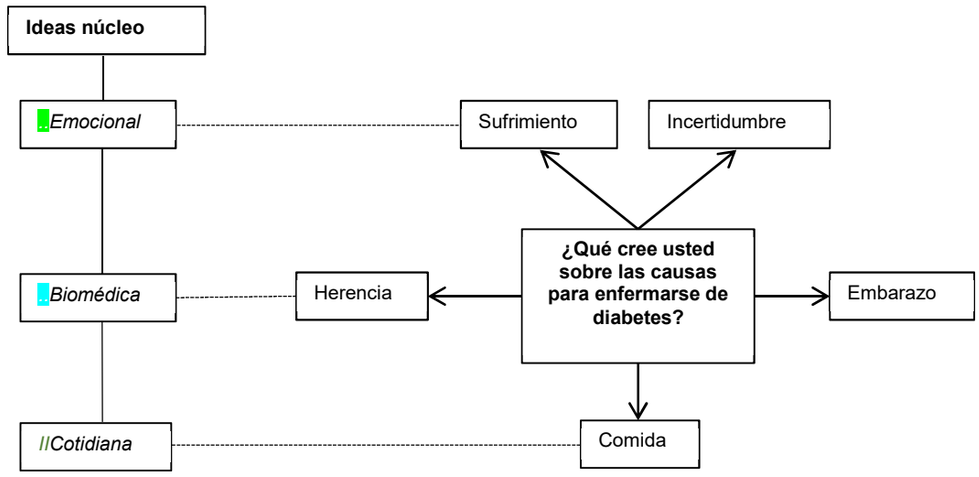
Fuente: Entrevistas, agosto 2016 a septiembre 2016
Elaborado por: Mónica Vásquez Quezada
Pamela Sánchez Sandoval

La primera idea núcleo se la denominó *emocional.* Incluye dos ideas latentes, que son el sufrimiento y la incertidumbre, mencionados como causas de la Diabetes Mellitus (DM).

Los participantes se refirieron a diferentes situaciones que provocan preocupación y /o sufrimiento; como el trabajo, las dificultades económicas y las crisis familiares.

Figura 4

Causas de diabetes

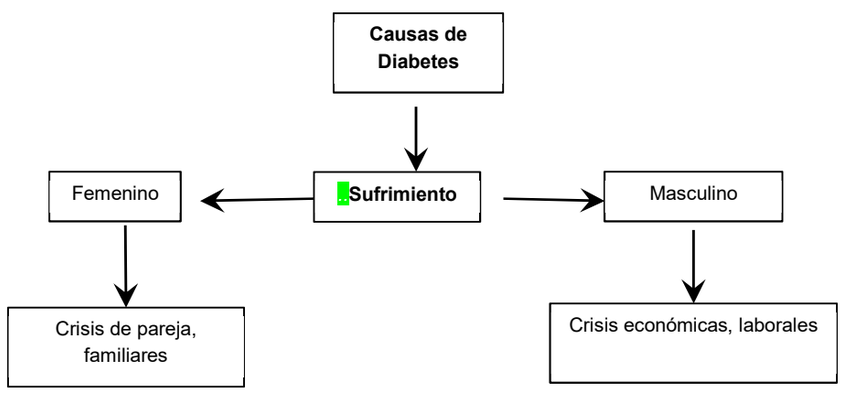


Fuente: Entrevistas, agosto 2016 a septiembre 2016
Elaborado por: Mónica Vásquez Quezada
Pamela Sánchez Sandoval

De forma complementaria, esta categoría permitió evidenciar una diferencia en cuanto al género, su relación con la ocupación y las causas de sufrimiento. Así pues, todas las mujeres entrevistadas se dedican a los quehaceres domésticos; pero tres de ellas realizan también actividades diferentes fuera del hogar: Purísima (9 Entrevista M,c,Cons,Ama) trabaja en consultoría. Victoria (11 Entrevista M,b,Conj,Ama) es conserje de un colegio y Josefa, de 72 años, señaló dedicarse también a la agricultura (15 Entrevista M,d,Ag,AMay). Como se evidencia, las actividades de las mujeres están bastante relacionadas con el ambiente doméstico, en consecuencia ellas identifican especialmente a las crisis familiares como las causas de sufrimiento y finalmente de la enfermedad DM (Figura 5).

Figura 5

Diabetes: causas de sufrimiento en relación al género



Fuente: Entrevistas, agosto 2016 a septiembre 2016
Elaborado por: Mónica Vásquez Quezada
Pamela Sánchez Sandoval

Desde esta perspectiva, Martina de 82 años dijo: *"…me enfermé por mucha tensión, mucho sufrimiento moral. Porque falleció mi esposo hace 7 años"* (13 Entrevista M,d,Qu,AMay).

Por su parte, Carmen de 60 años, ama de casa, comentó: *"Por mi esposo. Presenté depresión al enterarme de su traición con otra mujer"* (10 Entrevista M,a,Qu,AMa).

Para Josefa de 72 años, analfabeta, agricultora, el motivo de su enfermedad radica en una decepción provocada por su hija: *"Porque una hija mía se casó… Me dio decepción"* (15 Entrevista M,d,Ag,AMay).

> Hilda, de 40 años, ama de casa, que pudo estudiar hasta cuarto grado, dijo: *los médicos dicen que proviene de tanto coraje, preocupación. Coraje que yo paso. Por media cosita y ya me pongo mal… ahora tengo a mi hija de 29 años embarazada e hinchada en el hospital… ella se metió tiernita a marido, de doce años… las dos [hijas] se me metieron tiernitas [se unieron a un hombre]… ellas se me fueron de la casa y a los tiempos que las veo* (3 Entrevista M,aQu,Ame).

En contraste, todos los hombres entrevistados mencionaron como ocupación principal las actividades que realizan fuera del contexto doméstico, como agricultor, profesor, chofer y recolector de basura. Tal circunstancia contribuye a que se hayan referido a las crisis económicas y al trabajo excesivo como los causantes de las preocupaciones o sufrimientos.

Así por ejemplo, Juan de 40 años, quien vive solo desde hace un año y hace 5 años regresó de España, mencionó que la causa de su enfermedad radica principalmente en los problemas económicos: *"… se me murieron los pollos. Perdí cuatro mil dólares. Tomaba tampico[2] y V220[3], sin comer ni dormir… me enfermé por los problemas…bajé cuarenta libras de golpe. Me dieron calambres…*" (2 Entrevista H,B,Av,Ame,m).

Guido de 57 años es chofer. Conoce sobre su enfermedad desde hace más de 5 años y también identifica al trabajo como un factor que provocó su enfermedad *"… por el trabajo que me toca en las noches, por stress…"* (5 Entrevista H,b,Ch,AMam).

Pablo de 55 años, profesor, dijo: *"…yo me imagino que luego de mis problemas, de las deudas, se complicó todo y me dio diabetes… creo que es por la depresión"* (7 Entrevista H,c,Pr,AMa).

Tanto hombres como mujeres reconocen al sufrimiento como la probable causa de la diabetes. La diferencia en cuanto al género estriba en los motivos que provocan tales sufrimientos y su relación con las actividades que desempeñan.

[2] Tampico: bebida procesada con sabor a naranja.
[3] V220: bebida energizante.

La categoría *emocional* abarca además a la incertidumbre, mencionada también como una causa de diabetes. Bajo la dimensión incertidumbre fueron agrupadas aquellas respuestas mediante las cuales los participantes manifestaron desconocer las causas de su enfermedad; pero al mismo tiempo mostraron la certeza de que, en el momento del diagnóstico, algo en su salud no estaba bien, ya que presentaron síntomas físicos diversos: *"No sé, pero me daba fiebre, tomaba mucha agua, orinaba mucho…"* (14 Entrevista M,a,Qu,AMay) (Figura 3).

"No tenía sed, ni sueño. No sé por qué me haya enfermado,… pero me sentía mal" (15 Entrevista M,d,Ag,AMay).

En cuanto al grado de referencialidad se lo calificó como alto, ya que el discurso sí se aproxima a las características que los sujetos tienen fuera del mismo (Prieto, 1986). Así por ejemplo, en una visita domiciliaria, se pudo observar a Mercedes (8 Entrevista M,d,Qu,Ama) y el papel que cumple como ama de casa y cuidadora de sus nietos. Para Mercedes, la causa de su enfermedad es el sufrimiento por los problemas familiares que vive diariamente. Acorde con este pensamiento, Mercedes vive en compañía de su esposo, una hija y cinco nietos. Incluso a uno de ellos lo adoptó como hijo propio. Ya que Mercedes se identifica con la maternidad y uno de sus nietos tuvo que ser devuelto a la madre biológica; sufrió una gran pérdida, con un impacto emocional importante y con repercusiones que le llevaron a una descompensación metabólica. Sobre el modo de prédica, se lo calificó como de estado.

La segunda idea núcleo denominada *biomédica* incluye al factor hereditario y al embarazo, mencionados como causas de DM. Con respecto al primer factor, algunos de los entrevistados lo reconocen como la causa de su diabetes: *"… así he nacido, quizá"* (2 Entrevista H,B,Av,Ame,m).

"*Es hereditario… mi madre murió con diabetes"* (7 Entrevista H,c,Pr,AMa).

"Mi madre que tiene diabetes y presión…por eso me enfermé grave y por mi familia que es diabética… yo sé que es hereditario" (9 Entrevista M,c,Cons,Ama).

"Esta enfermedad es hereditario… Y por tomar bastante cola" (4 Entrevista H,c,Pr,Ame*).*

"Esto es hereditario… además me gustaba comer dulces, tomar bien dulce, creo que por eso me enfermé" (11 Entrevista M,b,Conj,Ama).

En cuanto al factor embarazo, solo una participante reconoció que su diabetes se presentó como una complicación de su embarazo, hace 7 años (3 Entrevista M,aQu,Ame).

En esta idea núcleo, se identificó un modo de prédica de estado y un bajo grado de referencialidad.

A la tercera y última categoría se la designó como *cotidiana*. Se refiere a los hábitos identificados como factor de riesgo para la DM; en este caso a la comida.

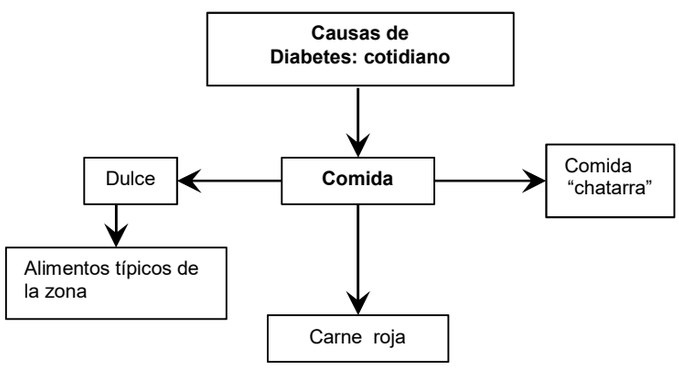
Los participantes nombraron varios tipos de alimentos causantes de la diabetes: "las harinas", la carne roja, los dulces, la ingesta de guarapo o panela (típicos de la zona) y la comida "chatarra": como las papas fritas y la ingesta abundante de gaseosa o cola (Figura 6).

Para Carlos, la causa de su diabetes también tiene que ver con los alimentos dulces: *"tomaba mucho guarapo en la infancia…, también agua con panela… desde los 20 años tomaba unos cuatro litros de cola al día"* (16 Entrevista H,a,Rb,AMay).

Daniel de 38 años comentó: me *enfermé "por tomar mucha cola, más de cuatro vasos por día, toda mi vida. Especialmente desde hace cuatro años, por mis amigos del trabajo… y por mucha comida chatarra…"* (1 Entrevista H,a,Ag,A,Me).

Figura 6

Causas de diabetes y lo cotidiano: la comida



Fuente: Entrevistas, agosto 2016 a septiembre 2016
Elaborado por: Mónica Vásquez Quezada
Pamela Sánchez Sandoval

Guido de 57 años de edad mencionó: *"comía muchos caramelos…me enfermé por la mala alimentación, por las harinas y por comer carne roja…"* (5 Entrevista H,b,Ch,AMam).

En esta idea núcleo el modo de prédica nuevamente es de estado, con un grado de referencialidad distorsionante.

5.1.4 Lo que los pacientes creen sobre las complicaciones de la diabetes

Cuadro 4

Lo que los pacientes creen sobre las complicaciones de la diabetes

1.4 ¿Qué cree usted sobre las complicaciones de diabetes?		
Entrevistas	**Ideas núcleo**	**Respuestas**
1	Biológica	*"afecta a todo el cuerpo"*
2	Biológica	*"… las partes que hacen trabajo fuerte…pero no quisiera insulina. Le tengo temor… Un familiar usaba insulina, pero ya no quiere…será las piernas, todo"*
3	Biológica	"dicen que se daña los riñones, el hígado, la vista, el colon dicen…"
4	Biológica	"complica los riñones, los dedos de los pies, daño cerebral. Las heridas no cicatrizan"
5	Biológica	"daña las piernas. El sistema cardíaco"
6	Biológica	"daña el hígado"
7	Biológica	"amputación de las extremidades… yo perdí la pierna derecha".
8	Emocional: Crisis familiar Pluralismo médico: Combinación de tratamientos Biológica	*"…yo creo que más bien fue un problema de familia… eso que uno se pone a estar pensando y a uno se le sube la enfermedad; y como que ya me encontraba enferma con eso del hígado… y el suero que me puse…, ya me hizo mal pues."* (Entrevista 8, 2016). *"…daña todo, riñones, corazón, pies o se pierde un brazo."*
9	Biológica	"complica todo el cuerpo. Los dedos de los pies"
10	Biológica	"la diabetes que daña el páncreas. Hay dificultad visual, cambios en la coloración de las piernas. Daña los riñones, el hígado"
11	Biológica	"complica las piernas, el hígado"
12	Biológica	*"…daña todo el cuerpo."*
13	Biológica *Diabetes buena y mala* Diabetes emocional	*"Esta enfermedad daña todo, la vista, oídos, pulmón, riñones. Quedamos ciegos, en silla de ruedas".* *"…ataca al intestino y el oído porque me duele…"* *"… yo tengo la diabetes emocional, pero es la benigna, porque la mala no se sana las heridas y he sido feliz, porque a otros les cortan las piernas…"*
14	Biológica	*"Todos los órganos se van destruyendo…"*
15	*Desconoce*	"no sé cómo se complica. No conozco"
16	*Diabetes buena y mala* Biológica	*"…dicen que hay la diabetes buena y la mala. La mala es cuando no se cura la herida y hasta se pudre… lo seca a uno. Mi hermano se murió seco… Yo me corto y si se curan mis heridas" "La pierna se hace un corte y se va mochando [cortando]… no cura la herida y hasta se pudre… primero un dedo. Luego un pie, como a mi hermano que murió seco…"*

Fuente: Entrevistas, agosto 2016 a septiembre 2016
Elaborado por: Mónica Vásquez Quezada
Pamela Sánchez Sandoval

Todos los entrevistados señalaron que las complicaciones de la DM se asocian a múltiples sintomatologías; por lo que a estas respuestas se las agrupó en una idea núcleo o categoría *biológica* (Cuadro 4).

Los pacientes refirieron que las complicaciones de la diabetes se relacionan con órganos del sistema digestivo, del sistema cardiovascular, del sistema músculo esquelético y del oftálmico. Uno de los entrevistados indicó el pulmón y los oídos como órganos que se complican con la diabetes: *"…ataca al intestino y el oído porque me duele…La vista, oídos, pulmón, riñones, quedamos ciegos, en silla de ruedas…"* (13 Entrevista M,d,Qu,AMay)

"La pierna se hace un corte y se va mochando… no cura la herida y hasta se pudre… primero un dedo. Luego un pie, como a mi hermano que murió seco…" (16 Entrevista H,a,Rb,AMay).

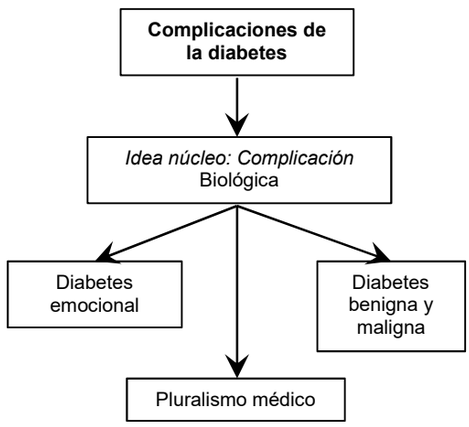
Como se observa, los pacientes mencionan adecuadamente varias de las complicaciones; pero también confunden los síntomas de otras enfermedades con los de la diabetes.

Por último, se evidencia un aprendizaje basado en la experiencia, más que en el discurso médico científico: *"...ataca al intestino y el oído porque me duele..."* (13 Entrevista M,d,Qu,AMay).

Como ideas latentes se identificaron: la *diabetes emocional*, la diferenciación entre una *diabetes benigna y maligna* y la idea del *pluralismo médico*[4] (Figura 7).

Figura 7

Complicaciones de la diabetes



Fuente: Entrevistas, agosto 2016 a septiembre 2016
Elaborado por: Mónica Vásquez Quezada
Pamela Sánchez Sandoval

Diabetes emocional: al igual que lo observado en el tema sobre las causas de la diabetes (Figura 4), algunos de los entrevistados se refirieron a las complicaciones como asociadas a emociones intensas, secundarias a crisis familiares o sufrimientos. El caso de Mercedes es muy ilustrador. En los meses previos a la entrevista, vivió un conflicto por la tenencia de un nieto a quien ella había criado desde el mes de nacido; ya que su madre no lo quería. Ahora que el niño tiene cinco años de edad, la nuera, madre del niño, acudió para llevarse a su hijo. Mercedes no está de acuerdo: "*...yo creo que más bien fue un problema de familia... eso que uno se pone a estar pensando y a uno se le sube la enfermedad..." (*8 Entrevista M,d,Qu,Ama).

Por su parte, Martina insistió en que tiene la *diabetes emocional* y benigna y por eso no ha presentado como complicación un pie diabético: *"... yo tengo la diabetes emocional, pero es la benigna, porque la mala no se sana las heridas y he sido feliz, porque a otros les cortan las piernas..."* (13 Entrevista M,d,Qu,AMay).

[4] "La capacidad que los grupos tienen […] para utilizar indistintamente y en más de una forma, la posible solución o atención de sus padecimientos" (Menéndez, 1994; en Mosquera, 2003).

Diabetes benigna y maligna: según la capacidad de cicatrización de las heridas, los entrevistados diferenciaron entre dos tipos de diabetes, la *buena y la mala* o *benigna y maligna*.

*"…dicen que hay la diabetes buena y la mala. La mala es cuando no se cura la herida y hasta se pudre… lo seca a uno. Mi hermano se murió seco… Yo me corto y si se curan mis heridas… La pierna se hace un corte y se va mochando [cortando]… no cura la herida y hasta se pudre…" (*16 Entrevista H,a,Rb,AMay).

Pluralismo médico[5]: esta categoría se refiere a la combinación de tratamientos fundamentados en visiones diferentes de la medicina; como lo ilustra el caso de Mercedes.

En la visita domiciliaria, Mercedes comentó que hace un mes acudió a la emergencia de un hospital porque, en medio del conflicto familiar ya mencionado, presentó síntomas que alarmaron a su familia: mareo, debilidad y confusión. Su empeoramiento fue el resultado de la irregularidad en la toma del ADO y la aplicación de tratamientos diversos como la colocación de un "suero con vitaminas" (dextrosa al 5% y complejo B). Esta situación le llevó a sufrir una elevación drástica de la glucosa (549mg/dl) y un probable estado hiperosmolar hiperglucémico.

Por último, según lo descrito, se infiere que los pacientes no diferencian entre las complicaciones tempranas y las tardías de la diabetes. Más bien se refieren a niveles de gravedad sintomática y según esto a la elección de tratamientos y visiones médicas.

Sobre el grado de referencialidad, se lo calificó como bajo, ya que los pacientes confunden los síntomas de otras enfermedades con los de la diabetes; mezclan ideas del discurso médico científico con ideas de la medicina popular y expresan argumentos basados en la experiencia.

Sobre el modo de prédica, se lo catalogó como de estado, ya que no señalan directamente al sujeto de acción.

5.1.5 Análisis interpretativo

En este capítulo se analizaron las respuestas planteadas a cuatro cuestionamientos sobre la Diabetes Mellitus tipo II, con el objeto de describir la Diabetes desde las perspectivas de los pacientes, que acuden a la consulta del HPVM.

[5] Pluralismo Médico: "existencia de sistemas paralelos o alternativos […] en donde los enfermos eligen el uso de dos o tres sistemas y en igual forma los terapeutas […] de incorporar elementos de dos o de los tres" (Cosminsky, citado en Mosquera, 2003).

A través de las cuatro preguntas, se indagó sobre las siguientes temáticas: la comprensión de la enfermedad Diabetes Mellitus, su diagnóstico, sus causas y sus complicaciones.

La primera pregunta estuvo enfocada en indagar lo que creen los pacientes sobre la enfermedad diabetes. Como resultado, se obtuvo cuatro ideas núcleo:

- La diabetes entendida como una alteración en el páncreas o la insulina.
- Una alteración de la sangre.
- Una enfermedad maligna, comparada con el cáncer.
- Y como una consecuencia de estados emocionales negativos.

En estas ideas se determinó un modo de prédica de estado, con un bajo e incluso distorsionante grado de referencialidad; por lo que se trataría de un tema emergente, desconocido para la población estudiada. En otras palabras, no se determinó la existencia de una Representación Social.

La segunda pregunta estuvo enfocada en las creencias sobre el diagnóstico de la diabetes.

En las respuestas a esta pregunta se estableció una idea núcleo, referida a la necesidad de exámenes para el diagnóstico, dentro de un contexto hospitalario. Como idea latente, se reconoció que todos los entrevistados se refirieron a un diagnóstico tardío, en el contexto de alguna complicación médica o una patología diferente de la diabetes. En cuanto al modo de prédica, corresponde al de acción, con un alto grado de referencialidad; por lo que en este caso si logramos establecer una Representación Social.

Además, las respuestas a esta pregunta sí permitieron saturar la muestra de forma adecuada.

La tercera pregunta aludió a las creencias sobre las causas de la enfermedad. Las respuestas mencionaron tres ideas núcleo o categorías: la emocional, la biomédica y la cotidiana (Figura 4).

La categoría emocional incluyó dos ideas latentes: el sufrimiento y la incertidumbre. Además, esta categoría nos permitió observar una diferencia en cuanto al género, su relación con la ocupación y las causas de sufrimiento. Las mujeres se refirieron a los problemas familiares como causas de sufrimiento y desencadenantes de la diabetes. En cambio los hombres señalaron a los problemas económicos y laborales.

La categoría biomédica incluyó al factor hereditario y al embarazo, como causas de diabetes.

La categoría cotidiana sugirió algunos alimentos de consumo diario identificados como causas de la enfermedad.

En este tema se constató un modo de prédica de estado con un grado de referencialidad distorcionante.

La **cuarta** y última pregunta expuso las creencias sobre las complicaciones. Las respuestas obtenidas se agruparon en una idea núcleo o categoría llamada biológica, por lo que se cumplió con el criterio de saturación de la muestra.

Además se identificaron tres ideas latentes: la diabetes emocional, la diferenciación entre una diabetes benigna y maligna y la idea del pluralismo médico.

Sobre el grado de referencialidad, se lo calificó como bajo y sobre el modo de prédica, se lo catalogó como de estado.

A partir de lo descrito, se determinaron los siguientes aspectos:

- Los entrevistados desconocen algunos de los conceptos básicos de la diabetes.
- La principal fuente informativa sobre la enfermedad está por fuera del sistema médico formal.
- Ninguno de los participantes tuvo acceso a un diagnóstico temprano.
- Los entrevistados no están familiarizados con estrategias preventivas eficaces contra la Diabetes Mellitus.
- Para los participantes, el entorno social y familiar influye directamente en la vivencia de la enfermedad; “situación que resalta la importancia de los aspectos subjetivos de la medicina” (Ceitlin, 2009).
- Desconocen varias de las complicaciones de esta enfermedad.
- No diferencian entre complicaciones tempranas y tardías.

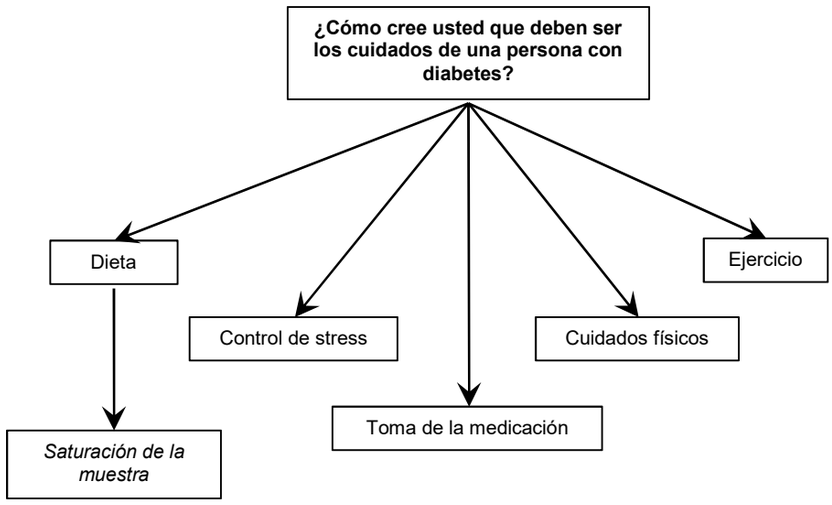
5.2 REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE EL CONTROL COTIDIANO DE LA ENFERMEDAD

5. 2.1 Lo que los pacientes creen sobre los cuidados de una persona con diabetes

Al referirnos a los cuidados de los pacientes con Diabetes Mellitus, los entrevistados mencionaron aspectos relacionados con la *dieta, el control del stress, la toma de la medicación, los cuidados físicos y el ejercicio* (Figura 8 y Cuadro 5).

Figura 8

Cuidados de una persona con diabetes



Fuente: Entrevistas, agosto 2016 a septiembre 2016
Elaborado por: Mónica Vásquez Quezada
Pamela Sánchez Sandoval

La primera idea núcleo se refiere a la *dieta*. Todos los participantes creen que la *dieta* es parte de los cuidados de una persona con diabetes; por lo que esta respuesta permite cumplir con el criterio de saturación de la muestra.

Como se ve en el cuadro 5, los pacientes mencionan varios tipos de alimentos que según ellos, no deberían ingerir las personas con la enfermedad diabetes: *"No comer cosas dulces, solo ensaladas, no arroz, no verde…"* (3 Entrevista M,aQu,Ame).

En esta idea núcleo se identificó una idea latente: la prohibición; pues los entrevistados se refieren a la *dieta* como una estrategia que limita el consumo de varios alimentos habituales, entre los que se incluyen el azúcar. Además, señalan la necesidad de "comer saludable", como una forma de referirse al consumo de ensaladas y de ratificar la prohibición de los alimentos mencionados (9 Entrevista M,c,Cons,Ama).

Cuadro 5

Lo que los pacientes creen sobre los cuidados de una persona con diabetes

2.1 ¿Cómo cree usted que deben ser los cuidados de una persona con diabetes?		
Entrevistas codificadas	**Ideas núcleo**	**Respuestas**
1	Dieta: prohibición	"Cuidarse en la comida no comer fritos, no comer grasas no comer azúcar".
2	Dieta: saludable Control del stress Ejercicio	"comer saludable, el doctor me dice que no tenga problemas, que tire todo al piso, que me relaje… Un médico me dijo que tome solo agua… hacer ejercicio"
3	Dieta: prohibición Opción:ensaladas Cuidados físicos	"No comer cosas dulces, solo ensaladas, no arroz, no verde, es una enfermedad que hay que cuidarse, cuidarme las uñas".
4	Dieta: prohibición	"No tomar coca cola, no endulzar con azúcar, no comer papas, no comer harinas".
5	Dieta Toma de la medicación	"Mi amigo me dice que me cuide en la comida". Yo se que debo cuidar en la comida, tomar las pastillas
6	Dieta:prohibición	"Cuidarme en la comida, no pan, no cola, no arroz, no verde en gran cantidad".
7	Dieta: prohibición Cuidados físicos	"Control en la comida, no grasas, no harinas, no colas, no fritos, lavado de pies para que no me de hongos, uso de crema en la piel".
8	Dieta: saludable Control del stress Cuidados físicos	"El médico me dice que coma saludable, que controle el stress… Debo usar botas para no lastimarme los pies"
9	Dieta:saludable Ejercicio, peso	"Hacer ejercicio, comer saludable y bajar de peso".
10	Dieta:prohibición Control del stress	"Cuidarme en la comida, no comer grasas, no comer harinas. No dulces, y sobre todo tener tranquilidad".
11	Dieta:prohibición	"controlarme no debo comer, plátano, no yuca, no arroz, no fideos, no pan, aumentar las legumbres".
12	Dieta:prohibición	"cuidarme en la alimentación, no colas, no grasas, no chancho, no comida chatarra como las salchipapas
13	Dieta:prohibición	" No comer fritos, no carne roja , no comer pescado, el pollo puedo comer pero sin cuero, café puedo tomar pero solo desabrido"
14	Dieta Toma de la medicación	" Si me cuido en la comida, no harina, no carne y así puedo vivir unos años más… tomar los remedios, no olvidar"
15	Dieta:prohibición Cuidados físicos Ejercicio,	"no comer cosas dulces, no yuca, no maduro, el café sin azúcar comer 5 veces por día. Cuidarse los pies. Caminar".
16	Dieta:prohibición Peso Toma de la medicación	"controlarme en el azúcar, cuidar mi dieta no comer plátano, no yuca, no arroz, bajar de peso… tomar la medicina

Fuente: Entrevistas, agosto 2016 a septiembre 2016
Elaborado por: Mónica Vásquez Quezada
Pamela Sánchez Sandoval

"controlarme en el azúcar, cuidar mi dieta no comer plátano, no yuca, no arroz…" (16 Entrevista H,a,Rb,AMay).

En cuanto al grado de referencialidad se lo catalogó como alto, ya que todos conocen los tipos de alimentos que no deberían ingerir. Sobre el modo de prédica es de estado, ya que las personas no muestran con un verbo las estrategias alimentarias de cambio de hábitos.

La segunda idea núcleo se refiere al *control del stress*. Algunos de los participantes nombran esta categoría como parte de los cuidados de una persona con diabetes, lo que concuerda con lo mencionado en el capítulo anterior, sobre las causas de la diabetes y sus complicaciones en relación a lo emocional (ver Cuadro 3 y 4): *"…y sobre todo tener tranquilidad…"* (10 Entrevista M,a,Qu,Ama).

Para esta idea núcleo el grado de referencialidad es bajo y el modo de prédica es de estado.

La tercera idea núcleo se refiere a la *toma de la medicación*. Sin embargo no indican qué tipo de medicina toman, ni la regularidad de la misma; por lo que la fuente de información no queda clara. En este caso, nuevamente el grado de referencialidad es bajo y el modo de prédica es de estado. Al respecto se anota: *"…tomar las pastillas…"* (5 Entrevista H,b,Ch,AMam).

"… tomar la medicina" (16 Entrevista H,a,Rb,AMay).

La cuarta y quinta idea núcleo que se identificó son los *cuidados físicos y el ejercicio*, respectivamente. En relación a la primera los pacientes aluden especialmente el cuidado de los pies y el uso de calzado cerrado*: "…lavado de pies para que no me de hongos, uso de crema en la piel"* (7 Entrevista H,c,Pr,AMa).

"Debo usar botas para no lastimarme los pies" (8 Entrevista M,d,Qu,Ama).

En relación al ejercicio mencionan la necesidad de caminar y bajar de peso: *"Hacer ejercicio, comer saludable y bajar de peso"* (9 Entrevista M,c,Cons,Ama)

En estas dos ideas núcleo el grado de referencialidad se calificó como bajo y el modo de prédica de estado.

5.2.2 Lo que los pacientes creen que una persona con diabetes debe comer

Cuadro 6

Lo que los pacientes creen que una persona con diabetes debe comer

2.2 ¿Qué cree usted que debe comer una persona que tiene diabetes?		
Entrevistas	**Idea núcleo**	**Respuestas**
1	Come de todo Prohibición de alimentos cotidianos	"Los alimentos que dañan la salud son los carbohidratos, como arroz, la harina, pero yo como de todo, cocino lo que hay en el día".
2	Come de todo Prohibición de alimentos cotidianos	"Comer poco harinas, no comer azúcar, y entonces que será de comer… uno [un médico] me dijo que tome solo agua… yo como de todo. No me limito. Hasta chancho como. Verde, yuca, arroz, pollo, carne y papas, a veces. Todo esto es lo que tengo en mi casa… *He bajado el arroz, haba, lenteja, mote, empanadas de verde, de harina; el caldo de fideo como, pero poco. Tostado, chochos, carne y frutas… en la merienda me como una agüita con patacón o café con empanada… el mucho dulce, la mucha harina es malo; especialmente el arroz, porque engorda… No como fritos, no café. Tomo el jugo desabrido. Tampoco como carne roja, ni pescado. El pollo como sin cuero… y el café si tomo un poquito, pero desabrido, porque así si puedo tomar… Me gusta la acelga, el nabo… lo que es malo, es el ají; pero sí como… De ahí mi familia me apoya, me dice que no coma cola, guineo, piña. Ellos me hablan; pero entonces, qué como"*
3	Prohibición de alimentos cotidianos	" No comer harinas, no fideos, el arroz es como una harina, si como, suelo comer un poco"
4	Come de todo Prohibición de alimentos cotidianos	" comer poco arroz, poco papa, poco fideo, pero yo como de todo
5	Prohibición de alimentos cotidianos	"comer verduras, tomates, cosas naturales, No comer harinas eso es malo, no grasas, no fritos, no mantequillas,"
6	Prohibición de alimentos cotidianos	"…El desayuno tomo agua con splenda o con media cucharada sopera de azúcar negra, porque no puedo endulzar con azúcar blanca".
7	Come de todo Prohibición de	"Como de todo, poco maduro, no remolacha tengo un gotero de azúcar y eso pongo, a veces endulzo con panela".

	alimentos cotidianos	
8	Come de todo Prohibición de alimentos cotidianos	"No comer harinas, no comer guineo, sandia, remolacha, pero yo como de todo lo que hay."
9	Come de todo Prohibición de alimentos cotidianos	" No azúcar, no caramelos, no gaseosas, yo como de todo un poco, como pescado y pan integral"
10	Prohibición de alimentos cotidianos	"Poco arroz, poco plátano, poco fideo, no consumir harinas, por eso yo como arroz un poco, y alimentos sin sal".
11	Prohibición de alimentos cotidianos	"comer pescado, pollo, legumbres, ensaladas, no comer azúcar".
12	Prohibición de alimentos cotidianos	"No harinas, no papas, comer verduras, hortalizas, frutas, granos, no tabaco, no alcohol, yo como poco fideo, poco arroz. *...Yo he tomado coca cola a veces, pero mezclo con agua para disminuir el azúcar."*
13	Come de todo Prohibición de alimentos cotidianos	"No harinas, no fritos, no café, no alcohol, Pero yo como de todo, Además de comer frutas y verduras. *...Bueno, sí tomo coca cola [gaseosa con alto contenido de azúcar] a veces, porque mi familia siempre toma. Ellos me dicen que no tome, que me hace mal, me hablan… pero le pongo sal para que baje el dulce… Cosas dulces no como, solo cuando me siento con cansancio"*
14	Come de todo Prohibición de alimentos cotidianos	"Lo que es malo, es el pan, la harina, el verde, el arroz… pero si como… mi hijo me dice que no coma arroz y mi hija me ayuda a cocinar. Me hace legumbres. Me hostiga con eso todos los días"
15	Prohibición de alimentos cotidianos	"Todo sin dulce, No Harinas, no arroz, no verde, no carne de chancho, no queso, no pescado salado"
16	Prohibición de alimentos cotidianos	"Nada de azúcar, no colas, nada de fritos, yo he bajado el arroz, he bajado el arroz, haba, lenteja, mote, empanadas de verde, de harina; el caldo de fideo como, pero poco".

Fuente: Entrevistas, agosto 2016 a septiembre 2016
Elaborado por: Mónica Vásquez Quezada
Pamela Sánchez Sandoval

Sobre lo que las personas con la enfermedad diabetes deben comer, los entrevistados se refirieron a los alimentos cuya ingesta deben disminuir o incluso anular. Pero, contrariamente, señalaron que en la práctica consumen todo tipo de alimentos. Por lo tanto se identificó dos ideas núcleo, aunque contradictorias, que se catalogaron como *prohibición de alimentos cotidianos* y *come de todo* (Cuadro 6).

Sobre la *prohibición de alimentos cotidianos*, mencionaron el pan, la harina, el verde, el arroz, la yuca: *"Lo que es malo, es el pan, la harina, el verde, el arroz… pero si como… mi hijo me dice que no coma arroz y mi hija me ayuda a cocinar. Me hace legumbres. Me hostiga con eso todos los días…"* (14 Entrevista M,a,Qu,AMay).

"… los alimentos que dañan la salud son los carbohidratos, como arroz, harina… pero yo como de todo. Cocino lo que hay al día" (1 Entrevista H,a,Ag,AMe).

> *"He bajado el arroz, haba, lenteja, mote, empanadas de verde, de harina; el caldo de fideo como, pero poco. Tostado, chochos, carne y frutas… en la merienda me como una agüita con patacón o café con empanada… el mucho dulce, la mucha harina es malo; especialmente el arroz, porque engorda… No como fritos, no café. Tomo el jugo desabrido. Tampoco como carne roja, ni pescado. El pollo como sin cuero… y el café si tomo un poquito, pero desabrido, porque así si puedo tomar… Me gusta la acelga, el nabo… lo que es malo, es el ají; pero sí como… De ahí mi familia me apoya, me dice que no coma cola, guineo, piña. Ellos me hablan; pero entonces, qué como* (2 Entrevista H,b,Av,AMe,m).

Cabe señalar que por tratarse de una población rural, la alimentación de la mayoría de los entrevistados se caracteriza por un gran aporte calórico. Todos los entrevistados señalaron ingerir por lo menos 3 comidas diarias, en las cuales se incluye una gran porción de arroz, verde, yuca y fritos. Solo Dina de 70 años (14 Entrevista M,a,Qu,AMay) mencionó a las legumbres como parte de su dieta habitual; y no así del resto de su familia. Pero expresó desagrado por verse obligada a ingerir alimentos diferentes a los del resto de su familia (Cuadro 6).

Sobre la segunda idea núcleo *come de todo*, los entrevistados indicaron que en un nivel práctico solo pueden ingerir lo que tienen disponible en sus hogares; por lo que a pesar de contar con un discurso sobre una dieta ideal para las personas con diabetes, ingieren justamente lo que estaría prohibido: *"... De ahí mi familia me apoya, me dice que no coma cola, guineo, piña. Ellos me hablan; pero entonces, qué como"* (2 Entrevista H,b,Av,AMe,m).

Por lo mencionado, las indicaciones sobre la dieta se constituyen en un discurso ya conocido por los pacientes, que guarda poca relación con su realidad cotidiana. Los cuidados de la dieta se limitan a un nivel discursivo de deseo o aspiración, que no logra hacerse práctico. En un nivel concreto o práctico, los entrevistados disponen y consumen los mismos alimentos que según ellos, deberían rechazar, los cuales incluyen carbohidratos de consumo habitual y de fácil adquisición.

Se recuerda además que por las características climáticas de la zona, existe una abundante producción de alimentos como yuca y verde; los cuales están típicamente disponibles en la gastronomía de la zona (Gobierno autónomo, 2016).

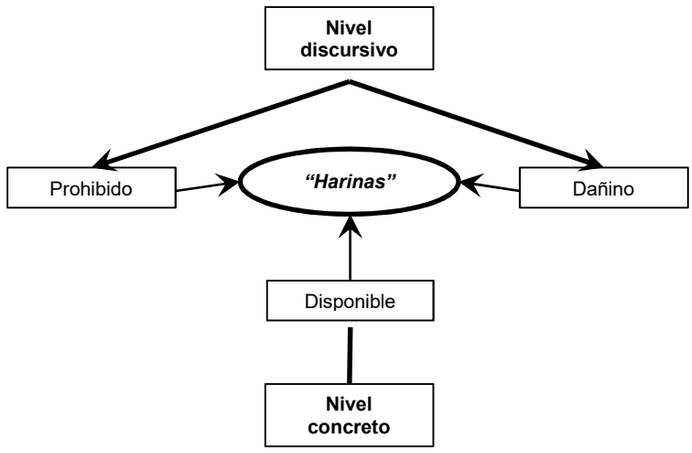
En los testimonios sobre las medidas dietéticas, se evidenció como idea latente, la predominancia de un discurso sobre *"las harinas"* o carbohidratos, considerados alimentos prohibidos o dañinos (Figura 9). Sin embargo, como ya se mencionó, estos mismos alimentos constituyen un componente importante de la dieta cotidiana de los pacientes con la enfermedad Diabetes Mellitus; por lo que se constata una contradicción entre el discurso médico institucional reproducido por los pacientes y la realidad concreta.

Otra idea latente identificada en los testimonios hace referencia a "*lo dulce*" vs "*lo amargo".* Los participantes describieron a "*lo dulce*" del azúcar como lo perjudicial para la diabetes (Figura 9 y Cuadro 3). En correspondencia, buscan estrategias que contrarresten el sabor dulce de las comidas y que les ayuden a justificar su ingesta; de este modo logran un acuerdo con el resto de la familia que censura la ingesta de ciertos alimentos. Así por ejemplo añaden sal a una bebida azucarada o la mezclan con agua, tal como se lee en los siguientes comentarios*: "...bueno, sí tomo coca cola [gaseosa con alto contenido de azúcar] a veces, porque mi familia siempre toma. Ellos me dicen que no tome, que me hace mal, me hablan… pero le pongo sal*

para que baje el dulce… Cosas dulces no como, solo cuando me siento con cansancio" (13 Entrevista M,d,Qu,AMay).

Figura 9

Cuidados de una persona con diabetes



Fuente: Entrevistas, agosto 2016 a septiembre 2016
Elaborado por: Mónica Vásquez Quezada
Pamela Sánchez Sandoval

"Yo he tomado coca cola a veces, pero mezclo con agua para disminuir el azúcar" (12 Entrevista H,b,Pr,AMa).

En definitiva, se observa que la temática sobre las creencias de lo que una persona con diabetes debe comer, consta de dos ideas núcleo**:** *prohibición de alimentos cotidianos* y *come de todo*. A través de la primera idea núcleo, se hizo posible la saturación de esta pregunta, ya que todos los entrevistados mencionaron una lista de alimentos que no deberían ingerir. Asimismo, se encontró dos ideas latentes: *"las harinas"* o carbohidratos, considerados alimentos prohibidos o dañinos, pero al mismo tiempo disponibles en la mesa familiar y "*lo dulce*" vs "*lo amargo*". Esta última idea permite a los familiares tener actitudes de control sobre la ingesta de los pacientes. Pero, también permite a los pacientes buscar estrategias para justificar la ingesta de alimentos prohibidos, como las bebidas dulces (coca cola).

El grado de referencialidad se lo catalogó como bajo, ya que no hay una idea clara sobre los cuidados dietéticos para las personas con diabetes. El modo de prédica es de estado; por lo que no cumple con los criterios para constituir una Representación Social.

La segunda idea núcleo, *come de todo*, no permitió la saturación de la muestra. Pero, su grado de referencialidad es bajo, con un modo de prédica es de estado.

5.2.3 Lo que los pacientes creen sobre los controles médicos

Cuadro 7

Lo que los pacientes creen sobre los controles médicos

2.3 ¿Qué cree usted sobre los controles médicos?		
Entrevistas	**Idea núcleo**	**Respuestas**
1	Beneficios de la consulta Acude a control médico: ayudan con medicación.	"acudo a los controles cada mes y medio. Los médicos ayudan con las pastillas a controlar el páncreas para activar la insulina… yo tomo la medicina casi siempre".
2	Beneficios de la consulta Acude a control médico: ayudan con medicación Reclama exámenes	"Voy al control a los 3 o 4 meses. No es tan bueno. Solo me dan pastillas… nada de exámenes… Tomo las pastillas todos los días"
3	Beneficios de la consulta Acude a control médico: ayudan con medicación	"a los controles iré cada 4 a 6 meses. Los médicos nos dan las pastillas para bajar el azúcar y con eso basta cuando se me terminan voy a otro lugar y las compro… y tomo casi siempre"
4	Acude a control médico: ayudan con medicación, consejos sobre la dieta	"los médicos nos dan las pastillas para que baje la glucosa, y me dice que no coma harinas… voy cada mes al hospital Nanegalito y aquí también… y tomo las pastillas todos los días".
5	Beneficios de la consulta No acude a control Reclama exámenes	*"… no voy a los controles con el doctor… siempre preguntan y nunca me hacen exámenes… yo me hago los controles del azúcar en el laboratorio de un amigo… ahora vine porque no veo mejoría"*
6	Beneficios de la consulta Acude a control médico: ayudan con medicación, consejos sobre la dieta	"me dan medicamentos para la diabetes, y que me cuide en la comida, por que curar no me voy a curar… pero si voy cada mes a los controles… la medicina tomo todos los días, mañana y tarde".
7	Beneficios de la consulta Acude a control médico: ayudan con medicación, consejos sobre la dieta	"me indican que me controle en la comida, no harinas, no grasas y que tome la medicación que eso me ayuda a bajar el azúcar… y voy cada mes al control, desde hace un año. También he tomado todos los días las pastillas".
8	Beneficios de la consulta No acude a control Reclama exámenes Lo químico es malo	"no voy al control médico, solo tomo las pastillas, pero no todos los días. Mi hija dice que tanto químico hace daño… Exámenes casi no hacen, yo me hago afuera".
9	Beneficios de la consulta Acude a control médico: ayudan con medicación	" acudo al control cada 5 meses o cada vez que me veo mal, me dan las pastillas para bajar la glucosa… si tomo las pastillas todos los días"
10	Beneficios de la consulta No acude a control	"no voy no más al médico, tomo las pastillas [metformina]… no todos los días".
11	Beneficios de la consulta Acude a control médico: ayudan con medicación	"en los controles me dan pastillas para bajar el azúcar… Como ahora si se venir cada mes"
12	Beneficios de la consulta Acude a control médico: ayudan con medicación	"voy al médico cada mes, de forma particular… me dan pastillas para disminuir la glucosa,… tomo casi siempre…"
13	Beneficios de la consulta No acude a control	" acudo cuando me pongo mal… de ahí a control no vengo… no he tomado pastilla"
14	Beneficios de la consulta Acude a control médico: ayudan con medicación	"He ido al subcentro. Me dicen que tome los remedios y que no los olvide… he ido cada mes".
15	Beneficios de la consulta Acude a control médico: ayudan con medicación	"al control vengo cada mes… me ayudan con pastillas, para matar el azúcar que hay en mi cuerpo. Si tomo la medicina"
16	Beneficios de la consulta Acude a control médico: ayudan con medicación	"al control si voy. Me dan pastillas que sirven para controlar mi azúcar, pero de repente esta se me baja mucho, pero yo trato de mantenerme entre 140".

Fuente: Entrevistas, agosto 2016 a septiembre 2016
Elaborado por: Mónica Vásquez Quezada
Pamela Sánchez Sandoval

Los entrevistados que afirmaron acudir a los controles médicos con regularidad, destacaron como elemento útil de la consulta la adquisición de los medicamentos, por lo que esta noción se reveló como la idea núcleo de esta temática, bajo la categoría *beneficios de la consulta* (Cuadro 7).

Aunque todos los pacientes fueron captados en la consulta médica y todos retiran antidiabéticos orales y algunos incluso afirman ingerirlos con regularidad; todos los pacientes

presentan un mal control de su diabetes, evidenciada por las cifras de la hemoglobina glicosilada (HbA1c), tal como vemos en el siguiente cuadro.

Cuadro 8

Niveles de HbA1c, según la edad cronológica de los entrevistados

Edad cronológica	**Total de entrevistados**	**Nivel de HbA1c**
Adulto medio (35 a 49 años)	4	> 11,2 %
Adulto maduro (50 – 64 años)	8	> 8,6%
Adulto mayor (65 - 85 años)	4	> 8,4%

Fuente: Historias clínicas HPVM, 2016
Elaborado por: Mónica Vásquez Quezada
Pamela Sánchez Sandoval

Los cuatro adultos medios entrevistados mostraron como valor mínimo una HbA1c igual al 11,2%. Los ocho adultos maduros mostraron una HbA1c mínima del 8,6%. Y los cuatro adultos mayores entrevistados mostraron una HbA1c mínima del 8,4% (Cuadro 8).

La cifra más alta de hemoglobina glicosilada fue del 15%, presentada por Guido (5 Entrevista H,b,Ch,AMam). Si se recuerda, Guido es un paciente que acudió a la consulta porque luego del uso de varios tratamientos naturales, no ha visto resultados favorables. En el control médico señaló sentirse mal porque no puede trabajar y porque ha perdido peso.

Estos datos son preocupantes y evidencian el mal control que los entrevistados tienen de su enfermedad.

Aunque los diálogos hayan sido iniciados en el contexto de la consulta médica, algunos pacientes señalaron no acudir de forma regular. Reconocieron acudir solo en caso de presentar síntomas que no pudieron controlar por otros medios. Este es el caso de Mercedes, quien admitió la utilización de varios sistemas médicos para el control de su diabetes y el uso del sistema médico alopático como última opción:

> *Ya tenía dolor de cabeza, ya veía borroso, que no veía. Y ya me fui hacer ver; como un decaimiento al cuerpo tenía yo. Y así una señora que cargaba unos medicamentos y como 200 dólares me dio en remedios. Me dio una pastillita para chupar, otra pastilla que le llaman ajo, un frasquito así como un juguito, como sábila, no sé cómo llamaba ese frasquito y así a los 15 días que ya me encontraba mejor yo. Y ahí andaba dándome remedios ella y luego ya me subió el azúcar como a 200 y así que me hice otro examen y así me daban remedios para eso y yo continuaba con los remedios que eran buenos; yo ya compraba mes a mes a mes…esos eran remedios naturales, puro naturales…. Y como ya estaba mal, me empeoré con los disgustos. Cosas de matrimonio y eso que uno se pone a estar pensando y a uno se le sube la enfermedad y como que ya me encontraba enferma con eso del hígado y el suero que me puse aquí ya me hizo mal pues… mi esposo me llevó al hospital (*8 Entrevista M,d,Qu,Ama).

Quienes declararon no acudir de forma regular a las consultas, reclamaron que los médicos no les realizan exámenes, por lo que no ven utilidad en los controles. Además, como ya

se mencionó, los pacientes están familiarizados con otros sistemas salud, con los que reemplazan al sistema médico oficial.

Como Mercedes, el caso de Guido es muy ilustrador. Tiene 57 años y conoce sobre su enfermedad desde hace unos cinco años. Actualmente se queja de parestesias en los miembros inferiores y ha bajado alrededor de veinte libras en el último año. Sobre sus cuidados comentó: *"… no voy a los controles con el doctor… siempre preguntan y nunca me hacen exámenes… yo me hago los controles del azúcar en el laboratorio de un amigo… ahora vine porque no veo mejoría"* (5 Entrevista H,b,Ch,AMam).

Guido gasta unos setenta dólares por mes a cambio de pastillas "naturales", plantas y una terapia que consiste en masajes. Afirmó que hace unos cuatro años tomó la metformina por un mes (porque el diagnóstico de diabetes le "asustó") y luego optó por la medicina natural. Al momento se siente muy desmejorado. Tiene dificultades para trabajar como chofer y su familia está preocupada. Por estos motivos acudió a la consulta médica, en compañía de su cuñada y de su hermano.

A través de estos testimonios se hizo la siguiente lectura: Dado que los pacientes cuentan con distintas opciones médicas (Pluralismo Médico), muchos de ellos se acercan al sistema médico formal con el objeto de buscar beneficios prácticos, que en este caso se relaciona con el acceso a la tecnología (ya sea medicinas o exámenes). Cuando no logran el acceso a cierta tecnología, los controles médicos resultan en una actividad rutinaria, ya que no obtienen ninguna respuesta práctica inmediata, acorde con sus expectativas: "… [En la consulta médica] *siempre me preguntan y nunca me hacen exámenes…"* (5 Entrevista H,b,Ch,AMam).

Además, se observó que los entrevistados tienden a diferenciar entre niveles de afectación de su salud, según sus propios criterios. En un nivel de escasa sintomatología, acuden a los remedios caseros, a curanderos o incluso a la farmacia más cercana. En niveles de síntomas graves o incapacitantes y luego del fracaso de los primeros tratamientos, acuden a la medicina formal o alopática; tal como en el caso de Mercedes *(*8 Entrevista M,d,Qu,Ama), ya mencionado.

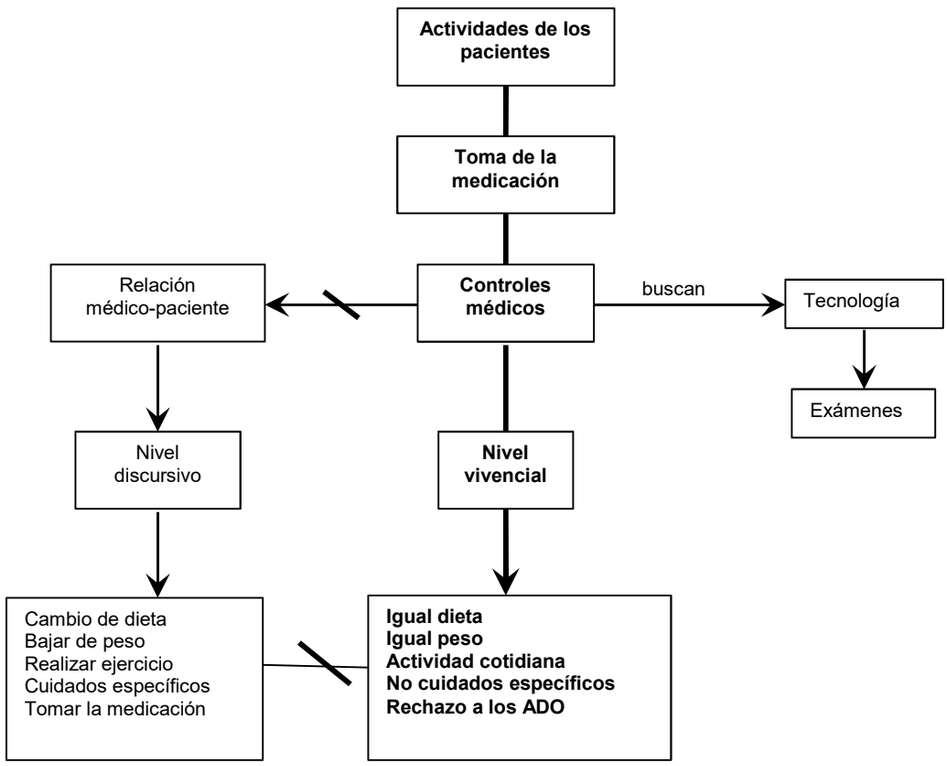
De estas reflexiones se obtuvo la siguiente figura (10), con la cual se quiere ilustrar la contradicción entre el nivel discursivo de la medicina formal y la realidad cotidiana de los entrevistados, calificada como nivel vivencial.

Como ya se anotó, al acudir a los controles, los entrevistados buscan un beneficio útil, representado por el acceso a la tecnología *"…En ese lugar no es tan bueno. Solo me dan pastillas… nada de exámenes"* (2 Entrevista H,B,Av,Ame,m). En contraste, el resto de las recomendaciones sobre la dieta, la toma de la medicación o los cuidados locales (Cuadros 5 Y 6)

son discursos que difícilmente los hacen prácticos, dada la realidad social y cultural de los participantes.

Figura 10

Utilidad de la consulta médica



Fuente: Entrevistas, agosto 2016 a septiembre 2016
Elaborado por: Mónica Vásquez Quezada
Pamela Sánchez Sandoval

Por todo lo descrito, se determina que los pacientes no logran un control adecuado de la enfermedad, tal como se evidencia con los niveles de HbA1c. En este sentido, la relación médico-paciente se torna conflictiva.

En definitiva, a partir de la pregunta planteada ¿Qué cree usted sobre los controles médicos?, se destaca la siguiente idea núcleo: *beneficios de la consulta*; que permitiría a los pacientes valorar la utilidad de los controles médicos.

Como ideas latentes identificamos:

- Reclamos por la falta de acceso a la tecnología.
- Un cierto nivel de rechazo al sistema médico formal.
- Un antagonismo entre el nivel vivencial de los pacientes y el nivel discursivo de los médicos.
- La utilización de varios sistemas médicos, estrategia conocida como Pluralismo Médico.

Sobre el grado de referencialidad, se lo calificó como distorsionante, ya que los pacientes mezclan varias visiones sobre la medicina y no logran un control adecuado de su enfermedad.

En esta temática el modo de prédica es de estado; por lo que no cumple con los criterios para constituir una Representación Social sobre las creencias que los pacientes tienen de la consulta médica.

5.2.4 Lo que los pacientes creen sobre las medicinas naturales para la diabetes

Cuadro 9

Lo que los pacientes creen sobre el uso de medicinas naturales para la diabetes

2.4 ¿Qué cree usted sobre las medicinas naturales para la diabetes?		
Entrevistas	**Idea núcleo**	**Respuestas**
1	Si consume "medicina natural"	"la sábila ayuda, yo la tome por un tiempo, ahora no. Además la hoja de mango, de teca, limón con pimiento y rábano".
2	Si consume "medicina natural"	*"Yo tomo montes y agüitas. No sé los nombres… ayer en Santo Domingo, me pusieron una inyección que cura todas las enfermedades. No sé qué será…* [La dirección] *es por el banco… tengo que ponerme dos más".* "El agua de tronquito es muy buena la tomaba hace 4 años. Me siento bien cuando la tomo..."
3	Si consume "medicina natural": lo amargo contrarresta lo dulce	"…lo amargo es bueno para la diabetes".
4	Si consume "medicina natural"	"consumo una planta de insulina natural, la tomo en infusión, la pata de vaca es otra que ayuda a controlar".
5	Si consume "medicina natural"	"las 29 plantas….y pastillas de jalea real es medicina natural…".
6	Si consume "medicina natural": lo amargo contrarresta lo dulce	"yo como una hojita diaria de una planta amarga, si ayudan pero son fuertes y amargas y se puede perder la visión, aunque a veces no creo parece que quieren sacar dinero… *el desayuno tomo agua con splenda o con media cucharada sopera de azúcar negra, porque no puedo endulzar con azúcar blanca, por el mucho químico…*".
7	Si consume "medicina natural"	"hierba life – omnilife antes usaba hace 2 años, es bueno pero es caro aunque sigo igual, a ratos mejora…".
8	Si consume "medicina natural"	*"…Tomo un paquete de veinte y dos plantas… mi hijo me ayuda… he de gastar unos treinta dólares por mes…"*
9	Si consume "medicina natural"	"la caña agria, sábila, manzanilla, gasto como 25 dólares cuando compro pero si baja los niveles de glucosa".
10	Si consume "medicina natural"	"la planta de insulina, y la miel limeña es muy cara, pero si curaba, antes tomaba, ahora no tomo por problemas del estómago, y por eso ya no gasto.
11	Si consume "medicina natural"	"tomo un monte amargo mi hijo me trajo que le han dicho que es bueno, y eso ayuda".
12	Si consume "medicina natural": lo amargo contrarresta lo dulce	"la hoja de 3 puntas, agua de palo santo, saragoza, esto suelo tomar el agua amarga , la hiel de guanta, pero si controla tomando 15 días cada 2 meses, hay otro señor que cura con agüitas, yo iré en octubre"
13	Si consume "medicina natural": lo amargo contrarresta lo dulce	"sirve, el agua de achiotillo que es bien amarga es para la diabetes…Tomo sábila con miel…"
14	Si consume "medicina natural"	"el omnilife es para la diabetes, y porque esto cura todo".
15	Si consume "medicina natural": lo amargo contrarresta lo dulce	"el monte amargo baja el azúcar, este se llama tres dedos esto sirve para la diabetes la cura, pero no puedo tomar por la gastritis…".
16	Si consume "medicina natural"	"…dicen que hay un remedio que cura. Es un ivomec que es para el ganado… no me he puesto. Unos amigos se han puesto en santo domingo y dicen que están bien…"

Fuente: Entrevistas, agosto 2016 a septiembre 2016
Elaborado por: Mónica Vásquez Quezada
Pamela Sánchez Sandoval

Sobre las creencias a cerca de la "medicina natural", prácticamente todos los entrevistados mencionaron la utilidad de este tipo de tratamientos y señalaron conocer o haber utilizado algún tipo de planta o preparado natural (Cuadro 9).

Como se puede apreciar en el cuadro 9, los pacientes utilizan varios tipos de hierbas y preparados como parte de su tratamiento: *"Yo tomo montes y agüitas. No sé los nombres… ayer*

en Santo Domingo, me pusieron una inyección que cura todas las enfermedades. No sé qué será… [La dirección] *es por el banco… tengo que ponerme dos más" (*2 Entrevista H,B,Av,Ame,m).

> *…tomo plantitas… un tiempo tomé cinco hojitas de una plantita que se hace dulce, en lugar de azúcar. Es pequeñita. Venden en los naturistas…agua de achiotilla, planta fruto de pan, cáscara de plátano… tomo sábila con miel, frente al banco del Pichincha. Es bueno para la diabetes. Tomo en ayunas… [El día de hoy] solo con ese vaso aguanté hasta las tres de la tarde, sin comer nada. Me sentí bien… pero ahora no lo veo [se refiere al vendedor del agua de sábila con miel]… (*13 Entrevista M,d,Qu,AMay).

Mencionaron varios nombres de plantas y preparados, que por su sabor amargo las consideran útiles en el tratamiento de la diabetes: hoja de mango, limón con pimiento y rábano, teca, agua de tronquito, Zaragoza, cáscara de mandarina gruesa licuada, agua del monte del campo, pata de vaca, agua de planta de insulina natural, preparado de 29 plantas, hierbalife, caña agria, planta de insulina llamada insulinex, hiel de guanta, achiotillo, zamba-zamba (Entrevistas, 2016).

Uno de los participantes comentó sobre un fármaco de uso animal. Según él, este curaría la diabetes y afirmó que varios conocidos suyos ya lo han utilizado con buenos resultados: *"… tomo zamba zamba… es amargo… afecta la vista. Tomo solo tres días cada mes, porque puede dejar ciego... Dicen que hay un remedio que cura. Es un "ivomec[6]", que es para el ganado… no me he puesto. Unos amigos se han puesto en Santo Domingo y dicen que están bien"* (16 Entrevista H,a,Rb,AMay).

Como se aprecia, los entrevistados están inmersos en un contexto en el cual abundan las opciones médicas no oficiales y quizá algún tipo de charlatanería. En sus testimonios se evidencia un sinnúmero de opciones que se fundamentan básicamente en las ideas sobre lo "*amargo*" y lo "*natural*". Al parecer, la idea de lo "*natural*" estaría en contradicción con las prácticas de la medicina oficial.

En la siguiente figura (11) se integra los recogido en el acápite sobre el diagnóstico de la DM mediante técnicas de la medicina oficial (ver Cuadro 2), con las creencias sobre el tratamiento. Estas últimas están relacionadas con la variedad de opciones de la "Medicina natural" a la cual tienen un fácil acceso (Figura 11). La "Medicina natural" estaría más relacionada con el contexto cotidiano de los pacientes. La Medicina oficial pertenecería a la institucionalidad y a un nivel discursivo, no práctico.

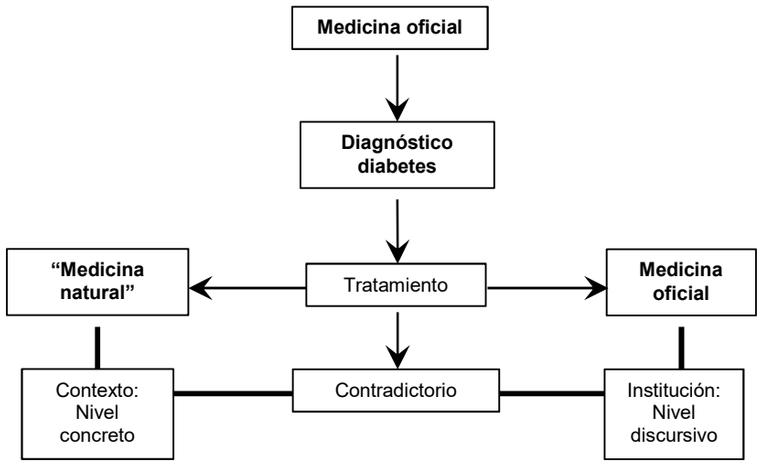
En las respuestas de los pacientes, lo "*natural*" se relaciona con la tierra, con las plantas, con un contexto campesino. Al contrario, los fármacos son un producto químico, resultado de la

[6] Antiparasitario de uso en veterinaria.

tecnología de la medicina oficial, que en cierta forma "contamina y daña": *"… no voy no más al médico, tomo las pastillas* [metformina]… *no todos los días. Es mucho químico. Mi hija dice que es malo mucho químico… tengo mis plantas. Tomo un paquete de veinte y dos plantas… mi hijo me ayuda… he de gastar unos treinta dólares por mes…"* (8 Entrevista M,d,Qu,Ama).

Figura 11

Brechas entre la "medicina natural" y la medicina oficial



Fuente: Entrevistas, agosto 2016 a septiembre 2016
Elaborado por: Mónica Vásquez Quezada
Pamela Sánchez Sandoval

En algunos casos, los entrevistados reconocieron la ingesta habitual de "aguas de remedio" con sábila (*amargo*) y miel de abeja o panela (*natural*). Justificaron la ingesta de este tipo de preparados por su origen "*natural*" y como parte del tratamiento de las múltiples enfermedades que sufren, incluida la diabetes. En base al origen "*natural*" diferenciaron el azúcar blanca de otros tipos de dulce, como el azúcar negra, la panela y la miel de abeja. Atribuyeron a la primera mayores efectos negativos, ya que para su producción se aplican varios procesos químicos: *"el desayuno tomo agua con splenda o con media cucharada sopera de azúcar negra, porque no puedo endulzar con azúcar blanca, por el mucho químico… "* (6 Entrevista M,a,Qu,Ama).

El caso de Guido (Entrevista 5, 2016) es muy ilustrativo. Dice conocer sobre su estado de diabetes desde hace más de cinco años. Tomó medicamentos solamente por un mes ya que, en ese entonces, la noticia sobre la enfermedad le alarmó. Pero decidió reemplazar los antidiabéticos orales por "*pastillas naturales"*. Se ha realizado los controles de la glucosa por su cuenta, en un laboratorio cercano a su casa, en donde labora un amigo suyo y dijo mantenerse con glucemias menores a 150mg. Acudió a la consulta porque, desde hace un año, está perdiendo mucho peso y cada vez se siente peor:

> *Yo me controlo en un laboratorio... Mi amigo me dice que me cuide en la comida. Me hago glucosa, colesterol y triglecéridos y me mantengo bien… iba a un centro naturista cada mes, pero no vi mejoría. Me hacían masajes, me daban pastillas naturales… me costaba como 60 a 70 dólares por consulta…ahora vengo porque me estoy apeorando…* (Entrevista H,b,Ch,AMam) (Cuadro 7).

Lo "*amargo*" constituye un principio importante del tratamiento informal, ya que contrarresta lo dulce; pero, según algunos entrevistados, también tendría efectos adversos: *"...yo si tomaba un monte amarguísimo, pero ya no tomo por la gastritis" (*15 Entrevista M,d,Ag,AMay).

"... tomaba unas plantas amargas que son productos fuertes y se puede perder la visión..." (7 Entrevista H,c,Pr,AMa).

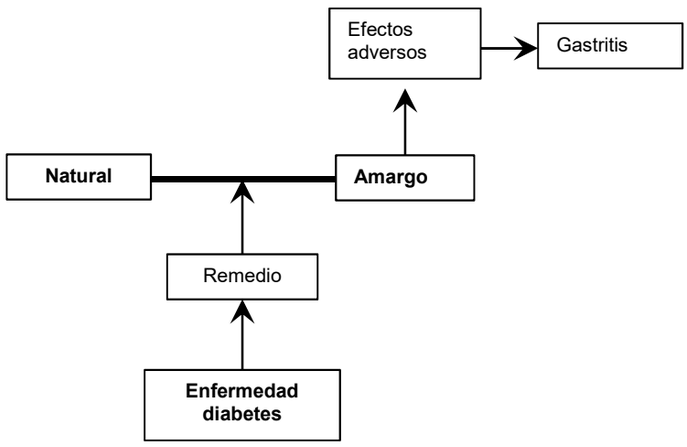
"Tomo sábila con miel... es buena para la diabetes. Tomo en ayunas" (13 Entrevista M,d,Qu,AMay).

Lo "*amargo*" se suma a lo "*natural*" de las medicinas alternativas, potenciando el efecto beneficioso.

La idea de lo "*natural*" explicaría el uso de productos como la miel de abeja o la panela en el tratamiento de la diabetes (Figura 12).

Figura 12

Lo "amargo" y lo "natural" en la diabetes



Fuente: Entrevistas, agosto 2016 a septiembre 2016
Elaborado por: Mónica Vásquez Quezada
Pamela Sánchez Sandoval

Contrariamente, en el capítulo anterior, los pacientes describieron a la diabetes como un trastorno del azúcar en la sangre (Cuadro 1). Además, al inicio de este capítulo, se anotó a la suspensión de los azúcares como parte del tratamiento (Cuadro 5; 1 Entrevista H,a,Ag,A,Me). Pero, como se explicó, los conceptos de lo "*amargo*" y lo "*natural*" permitirían la construcción de estrategias que justifican el consumo de lo dulce. En este sentido, tomar miel de abeja es bueno porque es *natural*. Tomar coca cola no es tan malo, si se mezcla con algo que contrarreste lo dulce*: "...bueno, sí tomo coca cola [gaseosa con alto contenido de azúcar] a veces,... pero le pongo sal para que baje el dulce..."* (13 Entrevista M,d,Qu,AMay) (Cuadro 6).

En definitiva, en este acápite se evidenció como idea núcleo la categoría: *Pluralismo Médico*, ya que prácticamente todos los pacientes han utilizado por lo menos dos sistemas médicos diferentes. Esta idea si permitió saturar la muestra.

Como ideas latentes se señalan la idea de lo "*amargo*" y lo "*natural*"; como principios complementarios y beneficiosos para el tratamiento de su enfermedad.

La idea de lo "*natural*" serviría en algunos casos para justificar el rechazo a la medicina oficial; que sin embargo, se la considera útil en casos graves.

Sobre el grado de referencialidad se lo calificó como distorsionante, con un modo de prédica de estado.

5.2.5 Análisis interpretativo

En este capítulo se analizaron las respuestas planteadas a cuatro cuestionamientos sobre el control cotidiano de la Diabetes Mellitus tipo II. Los cuestionamientos planteados hicieron referencia a lo que los pacientes creen sobre los cuidados de una persona con diabetes, a lo que piensan sobre la alimentación, sobre los controles médicos y sobre el uso de medicinas naturales.

La primera pregunta se enfocó en los comentarios sobre los cuidados de una persona con diabetes. Como resultado, se obtuvo cinco ideas núcleo:

- La dieta.
- El control del stress.
- La toma de la medicación.
- Los cuidados físicos.
- El ejercicio.

Para la primera idea núcleo denominada dieta, se determinó como idea latente la *prohibición* de ciertos alimentos. Esta idea si permitió saturar la muestra. Sobre el grado de referencialidad se lo catalogó como alto, con un modo de prédica de estado; por lo que no cumple con los criterios para constituir una Representación Social.

Sobre las cuatro siguientes ideas núcleo, se definió un grado de referencialidad bajo y un modo de prédica de estado; por lo que no se determina la existencia de otras Representaciones Sociales sobre los cuidados de una persona con diabetes.

La segunda pregunta se enfocó en indagar sobre lo que los pacientes creen que una persona con diabetes debe comer. Como resultado se obtuvieron dos ideas núcleo, aunque contradictorias, que las catalogamos como *prohibición de alimentos cotidianos* y *come de todo*.

A través de la primera idea núcleo, se hizo posible la saturación de la información, ya que todos los entrevistados mencionaron una lista de alimentos que no deberían ingerir.

Como ideas latentes se identificaron las siguientes:

- Una contradicción entre un nivel discursivo sobre la dieta y un nivel práctico del consumo de alimentos. Es decir, los entrevistados señalaron varios tipos de alimentos *prohibidos*; pero al mismo tiempo, mencionaron que diariamente ingieren estos mismos alimentos, ya que son parte de la mesa familiar y de la gastronomía de la zona.
- La predominancia de un discurso sobre *"las harinas"* o carbohidratos, considerados alimentos prohibidos o dañinos; pero, al mismo tiempo, disponibles en la mesa familiar, tales como el verde, la yuca y el arroz.
- Las ideas de "*lo dulce*" y "*lo amargo*", que permiten a los familiares tener actitudes de control sobre la ingesta de los pacientes. Pero, también permite a los pacientes buscar estrategias para justificar la ingesta de los alimentos que consideran prohibidos, como las bebidas dulces (coca cola).

Sobre el grado de referencialidad se lo catalogó como bajo, ya que no hay una idea clara sobre los cuidados cotidianos para las personas con diabetes. El modo de prédica es de estado.

Por todo lo anotado, se concluye que no existe una Representación Social sobre lo que los pacientes creen que una persona con diabetes debe comer.

La tercera pregunta se enfocó en el estudio de las creencias sobre los controles médicos.

Como idea núcleo se identificó: *los beneficios de la consulta*; que permitiría a los pacientes valorar la utilidad de los controles médicos. Esa idea si permitió saturar la muestra.

Como ideas latentes se identificaron:

- Reclamos por la falta de acceso a la tecnología.
- Un nivel de rechazo al sistema médico formal.
- Un antagonismo entre el nivel vivencial del tratamiento de la Diabetes y el nivel discursivo del tratamiento, ubicado en el contexto médico institucional (Figura11).
- El uso de varios sistemas médicos o Puralismo Médico.

- La diferenciación entre niveles de afectación de la salud, que determina la elección de uno u otro sistema médico (“Medicina natural” o Medicina oficial).

Sobre el grado de referencialidad se lo calificó como distorsionante, con un modo de prédica de estado; por lo que no cumple con los criterios para constituir una Representación Social.

La **cuarta pregunta** estuvo orientada en averiguar a cerca de las creencias sobre las “medicinas naturales” para la diabetes.

En este acápite se evidenció como idea núcleo al Pluralismo Médico, ya que prácticamente todos los pacientes han utilizado la medicina alópata más algún tipo de “medicina natural” para la diabetes. Se definió que todos los entrevistados han utilizado por lo menos dos sistemas médicos diferentes, por lo que esta idea si permitió saturar la muestra.

Como ideas latentes, se determinó:

- La idea de lo “*amargo*” y lo “*natural*”, como principios complementarios y beneficiosos para el tratamiento de su enfermedad.
- La idea de lo “*natural*” sirve en algunos casos para justificar el rechazo a la medicina oficial; que sin embargo, se la considera útil en casos graves.

Sobre el grado de referencialidad se lo calificó como distorsionante, con un modo de prédica de estado.

En definitiva, sobre el control cotidiano de la enfermedad Diabetes Mellitus tipo II, en los pacientes que acuden a los servicios del HPVM, no se identificaron Representaciones Sociales; ya que el modo de prédica y el grado de referencialidad no concuerdan con las ideas núcleo identificadas.

La muestra fue saturada con las siguientes ideas núcleo: *prohibición de alimentos cotidianos*, búsqueda de *beneficios de la consulta* y *Pluralismo Médico*.

A partir de lo descrito, se determinaron los siguientes aspectos:

- Los pacientes no cuentan con estrategias eficaces para el control de la enfermedad diabetes.
- Existe confusión sobre la alimentación para los pacientes con diabetes.
- Faltan estrategias médicas y sociales que aborden los conflictos y problemas catalogados bajo la categoría “stress”, que dificultan la vivencia o el control cotidiano de la Diabetes Mellitus.

- Se evidencia una confusión entre opciones médicas y una falta de compromiso para los tratamientos médicos formales.

5.3 REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE EL APOYO FAMILIAR.

5.3.1 Lo que los pacientes creen sobre el apoyo familiar para las personas con diabetes

Los participantes caracterizaron al apoyo familiar en relación a cuatro categorías que se las denominó: *apoyo emocional, apoyo instrumental, apoyo informacional y sin ayuda* (Cuadro 10).

Cuadro 10

Lo que los pacientes creen sobre la ayuda familiar para una persona con diabetes

3.1 ¿Cómo cree usted que la familia ayuda a una persona con diabetes?		
Entrevistas	**Idea núcleo**	**Respuestas**
1	Apoyo emocional	"Me estimulan me dan ánimo, además de cuidarme en la comida, aconsejarme que no coma algo malo"
2	Sin ayuda: soledad	"Nadie me ayuda, estoy solo…"
3	Apoyo instrumental: alimentos, dinero Apoyo informacional: supervisión	"Mi familia me traen frutas, me dan ensaladas… que no consuma azúcar, con dinero me ayudan mis hijos…"
4	Apoyo instrumental: alimentos	"Mi esposa me ayuda en la preparación de alimentación con jugos simples, poca azúcar… tratan de darme en menor porción… "
5	Apoyo instrumental: alimentos	"En el cuidado, las comidas, preparando cosas que no tengan grasa…las invitaciones quedan a un lado…"
6	Apoyo emocional	"Me apoyan, me dicen que no me aflija… tiene que luchar esta joven… yo tengo rabia de las enfermedades, si de una salgo me cae otra…".
7	Apoyo emocional	"Me ayudan en la comida no fritos, y a vivir en armonía sin preocupaciones".
8	Sin ayuda: soledad	"Nadie me apoya. Si salgo a caminar salgo sola…"
9	Apoyo instrumental: medicinas, plantas	"Mi hijo me trae remedios, mi esposo me trae plantas…"
10	Sin ayuda: soledad	"Nadie ni siquiera a ponerme la insulina…yo mismo me la pongo"
11	Apoyo informacional: supervisión	"Ellos me cuidan en la dieta, me dicen que no coma porque me hace daño, una de mis ñietas me controla un poco en la medicación"
12	Apoyo informacional: supervisión	"Me dicen que no ingiera alcohol, no cigarrillos. Hacer deporte…"
13	Apoyo instrumental: dinero Apoyo informacional: supervisión	"Económicamente una hija que vive en New Jersy me ayuda con dinero para los gastos…[me dicen que] *no coma cosas como: coca cola, guineo, piña, ellos me hablan, pero entonces… ¿Qué cómo?..*"
14	Apoyo instrumental: medicinas, alimentos. Apoyo informacional: supervisión	"Mi hijo me trae remedios, me dice que no coma arroz, mi hija me ayuda a cocinar, me hace legumbres me hostiga con eso todos los días…"
15	Sin ayuda: no recibe dinero, maltrato?	"No me ayudan. No me dan nada de dinero… mi esposo… es grosero conmigo. Me dice que me muera"
16	Apoyo instrumental: alimentos	"Me ayudan en la dieta evitando fritos , evitando azúcar"

Fuente: Entrevistas, agosto 2016 a septiembre 2016
Elaborado por: Mónica Vásquez Quezada
Pamela Sánchez Sandoval

Sobre la categoría *apoyo emocional*, los pacientes señalaron como apoyo el hecho de recibir exhortaciones de ánimo por parte de sus familiares cercanos: *"… Me apoyan, me dicen que no me aflija… tiene que luchar esta joven… yo tengo rabia de las enfermedades, si de una salgo me cae otra…"* (6 Entrevista M,a,Qu,Ama).

La segunda categoría denominada *apoyo instrumental*, se refiere a la ayuda en medicinas, alimentos, dinero o plantas: *"Mi hijo me trae remedios…" (*14 Entrevista M,a,Qu,AMay).

"*Mi esposo me trae plantas…"* (9 Entrevista M,c,Cons,Ama).

“ … Mi esposa [me ayuda] *en la preparación de alimentación con jugos simples, poca azúcar… tratan de darme en menor porción… ”* (4 Entrevista H,c,Pr,Ame).

“… en el cuidado, las comidas, preparando cosas que no tengan grasa…las invitaciones ya quedan a un lado, por el alcohol que es fatal…” (5 Entrevista H,b,Ch,AMam).

“… [Mi familia] *me traen frutas, me dan ensaladas… que no consuma azúcar…con dinero me ayudan mis hijos…” (*3 Entrevista M,aQu,Ame).

“… económicamente una hija que vive en New Jersy me ayuda con dinero para los gastos…” (13 Entrevista M,d,Qu,AMay).

En la tercera categoría denominada *apoyo informacional*, se identificó como idea latente a la supervisión, ya que en algunos casos, los familiares tienen actitudes de control y prohibición sobre el consumo de ciertos alimentos, por lo que proveen a los pacientes de varios consejos: “… [Me dicen] *que no ingiera alcohol, no cigarrillos. Hacer deporte…”* (12 Entrevista H,b,Pr,AMa).

*“…que no coma cosas como: coca cola, guineo, piña, ellos me hablan, pero entonces… ¿Qué cómo?.. (*13 Entrevista M,d,Qu,AMay).

La última categoría denominada “*sin ayuda*”, tiene como idea latente a la *soledad*, ya que muchos pacientes sienten que su enfermedad la viven solos. Este es el caso de Josefa, de 72 años, quien nos relató: *“…No me ayudan. No me dan nada* [dinero]*… mi esposo… es grosero conmigo. Me dice que me muera” (*15 Entrevista M,d,Ag,AMay). Josefa destaca la falta de ayuda, como una falta de apoyo económico por parte de sus hijos. Además, al parecer, sufre violencia doméstica.

Juan vive solo y nos comentó *“…nadie me ayuda, estoy solo…”* (2 Entrevista H,B,Av,Ame,m).

Carmen reciente la falta de asistencia sanitaria por parte de sus familiares: *“…nadie ni siquiera a ponerme la insulina…yo mismo me la pongo”* (10 Entrevista M,a,Qu,Ama).

En otros casos, los entrevistados recienten la falta de apoyo para cumplir con las recomendaciones médicas *“…nadie me apoya. Si salgo a caminar salgo sola…”* (8 Entrevista M,d,Qu,Ama).

En conclusión, en esta temática se identificaron cuatro ideas núcleo: *apoyo emocional, apoyo instrumental, apoyo informacional y sin ayuda.*

Como idea latente se evidenció la necesidad de un reconocimiento social de la condición de enfermo; acción que se considera parte del apoyo familiar. Es decir, los pacientes se sienten apoyados cuando alguien de sus familiares recuerda, a través de alguna acción o comentario, que son diferentes porque padecen diabetes.

También se evidenció que existe una individualización de la enfermedad. No se considera a la familia como un sistema que padece diabetes; y en consecuencia no existen estrategias de cambio de hábitos, como los alimentarios para el conjunto del sistema familiar. Más bien, se tiende al aislamiento del paciente y a prácticas de supervisión y prohibición hacia la persona enferma.

Sobre el grado de referencialidad se lo calificó como bajo, ya que los pacientes no describen estrategias claras sobre el apoyo familiar. Sobre el modo de prédica se lo catalogó como de estado.

5.3.2 Análisis interpretativo

En este capítulo se analizaron las respuestas planteadas al cuestionamiento sobre las opiniones acerca del apoyo familiar, para una persona con Diabetes Mellitus tipo II; con el objetivo de describir las creencias sobre el apoyo familiar, que expresan los pacientes con DM, que acuden a los servicios del HPVM.

Como resultado se identificaron cuatro ideas núcleo: *apoyo emocional, apoyo instrumental, apoyo informacional y sin ayuda.*

Como ideas latentes se evidenció la necesidad de un reconocimiento familiar de la condición de enfermo y una individualización de la enfermedad.

En este acápite no se determinó una Representación Social sobre el tema planteado.

A partir de lo descrito, se evidenciaron los siguientes aspectos:

- No existen estrategias familiares eficaces que contribuyan al apoyo integral de la persona con la enfermedad diabetes.
- El paradigma de la medicina científica se hace evidente en el contexto familiar, ya que se tiende a una individualización de la enfermedad, depositando solo en el enfermo las causas y las soluciones del problema médico (Menendez, citado en Vásquez, 2013, p. 34). Además, se evidencia una tendencia hacia actitudes de control y coerción sobre los pacientes.

- Tanto los pacientes como los familiares desconocen aspectos de la enfermedad diabetes y sus cuidados.
- Se evidenció que algunos pacientes sufren carencias económicas, situación que dificulta la adherencia terapéutica.
- Se evidenció un aparente caso de violencia, pero es necesario ahondar en esta temática.

6. INTERPRETACION Y DISCUSION

En los últimos años, se han desarrollado varios estudios que buscan conocer la experiencia vital de los enfermos crónicos. Esta visión tiene como fin el planteamiento de estrategias eficaces que permitan mejorar la atención médica y lograr la prevención de patologías como la diabetes (Torres-López, Sandoval y Pando, 2005); así como de incorporar el discurso y la práctica cotidiana de los sujetos en el abordaje médico (Rangel, 2007, p.28).

Desde esta perspectiva, Torres-López et al. (2005, p: 102) destacan el punto de vista "emic" (visión desde dentro del problema), para los estudios cualitativos en salud. Este punto de vista "… resalta la vivencia del padecimiento de la persona como actor, que tiene que enfrentarse todos los días del resto de su vida con la dolencia y su atención. Toma en cuenta la subjetividad y los significados que el enfermo y su familia le otorgan al padecimiento,…". Asimismo, los autores mencionan el estudio de las Representaciones Sociales, como una estrategia para la aplicación de esta visión.

Acorde con lo mencionado, el presente estudio se enmarca dentro de la Teoría General de Sistemas (GST) y de la Teoría de las Representaciones Sociales.

Se escogió la GST por ser un paradigma de investigación contextual, multidimensional y cualitativo, que permite mirar la problemática en salud desde una perspectiva distinta de la biológica; como una manera de plantear conceptos e ideas que permitan crear condiciones de aplicación de nuevas propuestas, en la realidad concreta.

La GST parte del concepto de sistema como un orden dinámico de partes y procesos en interacción mutua. Constituye un enfoque interdisciplinario y una herramienta que permite explicar los fenómenos de la realidad desde el análisis de las totalidades y a partir de las interacciones entre los componentes del sistema en cuestión (Bertalanfy, 2007a).

Desde este punto de vista, en este trabajo se parte de una reflexión sobre el aumento en la prevalencia de los pacientes con DM y las dificultades que experimentan en lograr un adecuado control glicémico. Se considera que estos fenómenos están relacionados no solo con el quehacer médico institucional y por tanto con el aspecto biológico; sino con una realidad local, familiar, social y cultural diversa; lo que determina una mayor complejidad de la problemática en cuestión y la necesidad de un abordaje más integral, mediante las herramientas propuestas.

Así pues, la Teoría de las Representaciones Sociales se refiere a cómo la gente piensa y organiza su vida. Se trata de un conocimiento construido socialmente como un sistema de códigos y principios que guían las prácticas de los individuos en su vida cotidiana. La importancia de su estudio radica en que el reconocimiento de los procesos de la realidad social permite una aproximación a la "visión del mundo" de los grupos poblacionales. Trata de explicar de qué forma el pensamiento del sentido común, basado en lo perceptivo, recibe la información que proviene de la ciencia; y cómo la nueva información científica se transforma en un conocimiento popular, que incide sobre la forma de actuar y de ver el mundo. Pues, como afirma Moscovici (citado en Cruz, 2012), la principal característica de una Representación Social es la "transformación de lo no familiar en familiar".

En una primera aproximación para este trabajo, se pudo identificar que la Diabetes Mellitus es vista por los pacientes como una enfermedad grave, que acarrea fatalidades y que tiene un tratamiento complejo, confuso y desconocido. Tal visión de la realidad determina prácticas y actitudes que favorecen o no el control cotidiano de la enfermedad, así como el compromiso con el sistema médico formal.

En relación a lo anotado, en un estudio sobre la influencia del contexto sociocultural y las creencias de la enfermedad en el autocontrol de la diabetes, realizado en el sur asiático-británico (Patel, N., Chew, C., Bundy, C., Kennedy, A., Blickem, C. y Reeves, D., 2015), se concluyó que la concepción de la diabetes como una enfermedad fatalista, puede influir de forma negativa en las actitudes y prácticas de control domiciliario. Los autores de dicho estudio, reconocen la importancia del trabajo emocional como una forma de mejorar el auto-control de la enfermedad.

La presente investigación se sitúa en una población rural del Noroccidente de Pichincha, conocida como Pedro Vicente Maldonado. Está enfocada en el conocimiento de las Representaciones Sociales, que determinan las prácticas cotidianas en el control de la Diabetes Mellitus, en los pacientes con esta enfermedad y que acuden a la consulta externa del Hospital del mismo nombre.

La población rural de Pedro Vicente se caracteriza por una tradición agrícola. Los pobladores se dedican a múltiples cultivos, como el de cacao, la palma africana, el palmito; frutas como la papaya, sandía, guineo, maracuyá, pitahaya y otros. Muchos de estos alimentos son destinados a la exportación, con un bajo consumo local, como es el caso del palmito. Otros como el verde y la yuca forman parte del consumo habitual.

En el cantón Pedro Vicente Maldonado existe solo un Hospital, en el cual se ubica este estudio. Este centro hospitalario cuenta con una gran afluencia de pacientes que pertenecen al seguro social general y al seguro social campesino, que habitan en los más de treinta recintos aledaños.

Sobre el aspecto salud, en los últimos años se ha observado un cambio en el perfil epidemiológico de esta región, con un aumento preocupante de los casos de Diabetes Mellitus (SABE II, Ecuador, citado en Herrera, 2016).

Además, se ha reconocido el importante papel de la familia en el afrontamiento de las situaciones médicas, dado que se trata de una población especialmente rural, migrante y con difícil acceso a los sistemas médicos.

En este contexto, la familia se constituye en un recurso médico de gran valor. Sin embargo, Gaus, Herrera, Heisler, Cline y Richmond (2008) plantean que, desde el punto de vista médico científico, las creencias que sobre la salud y la enfermedad tienen estos grupos familiares, pueden ser vistas como obstáculos para una buena salud.

Partiendo de la realidad descrita, para el presente estudio se plantearon preguntas referidas a tres temáticas, con el objetivo de conocer las Representaciones Sociales en torno a la Diabetes Mellitus tipo II; es decir, la manera de afrontar esta enfermedad en la vida cotidiana. Las temáticas planteadas fueron: lo que los pacientes entienden sobre la enfermedad Diabetes Mellitus, sobre el control cotidiano y sobre el apoyo familiar ante la enfermedad.

En este punto, se recuerda que este trabajo se enmarca dentro de lo que se conoce como Competencias Culturales en salud; que como Médicos de Familia nos permite el desarrollo de algunas capacidades: una comprensión respetuosa de la realidad en la cual laboramos; el desarrollo de una relación médico-paciente efectiva y el planteamiento de estrategias educativas y espacios interdisciplinarios adecuados al entorno del paciente (Gross et al. 2014).

Como ya se mencionó, el primer capítulo aborda la Diabetes Mellitus tipo II desde la perspectiva de los pacientes. Incluye las opiniones sobre el concepto de la diabetes, su diagnóstico, sus causas y sus complicaciones.

En el desarrollo del trabajo, se identificó únicamente una Representación Social, referida al diagnóstico de la enfermedad en un contexto hospitalario o médico institucional y con exámenes de laboratorio (categoría: *uso de tecnología*). Por tanto,

aunque los pacientes hacen uso de medicinas alternativas, siempre regresan al sistema médico institucional para realizarse dichos exámenes (Pluralismo Médico).

Esta primera deducción se determinó luego de la aplicación de la Metodología de Análisis de los Mensajes, de Daniel Prieto Castillo (1986); la cual plantea tres requisitos para la constitución de una Representación Social:

- La misma idea núcleo como respuesta a una pregunta.
- Alto grado de referencialidad o socialización.
- Modo de prédica de acción.

Por lo tanto, con la categoría *uso de tecnología* de la Medicina Científica para el diagnóstico de la enfermedad Diabetes Mellitus, se infiere que la población entrevistada se ha apropiado de este conocimiento científico y que cumple con las funciones de una Representación Social, que son: la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos, poseer una utilidad práctica y constituir una guía para la acción (Moscovici, citado en Mora, 2002).

Sobre el concepto de Diabetes, se evidenció su identificación con una *enfermedad emocional,* por lo que tanto las causas como las complicaciones estarían relacionadas con situaciones de stress emocional, que provocan sufrimiento e incertidumbre.

Para el caso de las mujeres, se evidenció que las causas de sufrimiento están relacionadas especialmente con los problemas de familia. Para el caso de los hombres, con los problemas laborales o económicos.

En este sentido, el papel de la medicina formal quedaría cuestionado si no es capaz de proporcionar un enfoque integral para el tratamiento de la Diabetes Mellitus. Al respecto, y desde la Medicina de Familia y de la Teoría Sistémica, se resalta la importancia de considerar los aspectos subjetivos de la medicina (Ceitlin, 2009) a la hora de aplicar los tratamientos. El establecimiento de una adecuada relación médico-paciente permitiría abordar esta temática y brindar una opción de atención integral. Además, admitiría conocer el punto de vista de los usuarios y plantear estrategias interdisciplinarias enfocadas en la reflexión y el abordaje de las situaciones dolorosas de vida, que influyen en el control de las enfermedades crónicas. Así pues, Moore, Gómez, y Kurtz (2010) mencionan que una adecuada estrategia comunicacional influye en la mejoría de los niveles de glucemia en los pacientes diabéticos. Al contrario, el rechazo de las realidades culturales y sociales ahonda las brechas entre el discurso médico formal y los conocimientos médicos populares, lo que complejiza el tratamiento médico.

A través de esta reflexión, se reconoce que las situaciones dolorosas de la vida familiar y laboral sumadas al diagnóstico de una enfermedad crónica no son fáciles de llevar y que los pacientes requieren espacios de apoyo social efectivos (Cifuentes & Yefi, 2005).

En otro estudio sobre las Representaciones Sociales de la Diabetes en México, también se menciona la diferencia de género en cuanto a las causas y los efectos de la enfermedad. Así, los hombres destacan los aspectos de la vida social y pública. En cambio, las mujeres destacan la vida doméstica y familiar, como ámbitos que influyen en el desarrollo de la Diabetes Mellitus (Torres-López et al., 2005, p: 106).

En otro estudio sobre Representaciones Sociales y enfermedades crónicas, en relación al género (Ofman, Pereyra, Cófreces, y Stefani, 2015) los autores identificaron que las mujeres acusan como causas frecuentes de su enfermedad a los problemas emocionales, como stress, angustia, miedo y mala sangre. En cambio, los hombres se refieren a los problemas biológicos, como la herencia. En correspondencia, las mujeres mencionan como parte del tratamiento al médico y la medicación. En cambio los hombres mencionan nuevamente los aspectos biológicos como la dieta y ejercicio.

En la primera pregunta sobre el concepto, la Diabetes también fue descrita como una *enfermedad maligna* y algunos pacientes incluso la relacionaron con el cáncer. También mencionaron su relación con una "*alteración de la sangre*", secundaria a la "*obstrucción grasa de las arterias"* o a la *"sangre dulce*" (Cuadro 1).

Las percepciones de la diabetes como una *enfermedad emocional* o como un *trastorno de la sangre* coinciden con el estudio ya mencionado (Torres-López et al., 2005, p: 104). Por un lado, los autores identifican concepciones de la diabetes que la califican como "… un padecimiento con connotaciones *"femeninas*"… por ser "*voluble, lábil, sorpresiva*"; en otras palabras: *emocional.* Por otro lado, señalan que "la diabetes mellitus se representa también, como el "*tener azúcar*", "*lo que enferma la sangre para toda la vida*"… en estas condiciones [mencionan, la sangre] es un vehículo de trastornos de la salud, que en su paso por el cuerpo va afectando órganos y capacidades del organismo por entero". Igualmente, en el estudio de Rangel (2007) se concluye como causa de las enfermedades crónicas como la diabetes, a la preocupación y la angustia. Pero, se añade al factor violencia doméstica y carencia de recursos económicos, como parte del origen de los conflictos emocionales.

La comprensión de la diabetes como una enfermedad maligna determina que, en un primer momento, su diagnóstico haya sido motivo de gran preocupación para los

entrevistados. En consecuencia, el tratamiento médico fue aceptado por un tiempo. Luego los pacientes parecen acostumbrarse a la idea de tener la enfermedad diabetes. No descubren problemas de salud graves e inmediatos, por lo que se habitúan y deciden optar por otras opciones médicas.

Sobre las causas para enfermar, los participantes señalaron varios aspectos que los englobamos en tres categorías: *emocional, biomédica y cotidiana* (Ver figura 4). La segunda categoría incluye la idea de la herencia. La *categoría* cotidiana incluye la ingesta de alimentos como las gaseosas o los dulces. Estas observaciones coinciden con lo mencionado en el artículo "Sangre y azúcar" (Torres-López et al., 2005, p: 105), que señala como causas de diabetes: los estados emocionales alterados, *"la herencia*" y el estilo de vida. Este último incluye el consumo de "los refrescos (gaseosas),… y diferentes formas de dulces, así como comer demasiado".

En relación a las complicaciones, los entrevistados diferenciaron entre una *diabetes buena y una diabetes mala*. La primera estaría definida por lo que los pacientes consideran una adecuada capacidad de cicatrización de las heridas. La segunda estaría definida por lo contrario. Es decir, por la falta de cicatrización de una herida o incluso por la amputación de una parte del cuerpo.

Algunos pacientes reconocen ser portadores de una *diabetes buena*, lo que constituye un alivio emocional, ya que conservan la capacidad de trabajar.

Sobre los tipos de diabetes, el estudio de Torres-López et al. (2005, p: 104), también identifica la idea de varios tipos de Diabetes Mellitus; aunque no especifican cuáles son estos.

Otras complicaciones como la pérdida de peso inintencional o las parestesias no están relacionadas con la "*diabetes mala*". Sin embargo, son motivo de preocupación. Por lo que luego de la falla de los tratamientos alternativos, los pacientes optan por el sistema médico formal.

En el segundo capítulo se abordan las Representaciones Sociales sobre el control cotidiano de la enfermedad. Abarca cuatro temáticas: las creencias sobre los cuidados cotidianos, los controles médicos, la dieta y el uso de medicinas naturales.

Sobre los cuidados cotidianos, todos los entrevistados coinciden en la *prohibición de la ingesta* de ciertos alimentos. Luego mencionan el control del stress, la toma de la medicación, los cuidados locales de los pies y el ejercicio.

Sobre los controles médicos, resaltan la idea de utilidad, para referirse al *acceso a la tecnología*: realización de los exámenes de laboratorio o provisión de medicamentos gratuitos.

Sobre los cuidados dietéticos, los pacientes mencionaron varios *alimentos prohibidos* para las personas con diabetes. Estos alimentos los agrupan bajo el término "*harinas*", para referirse a los carbohidratos, como la yuca, el verde o el arroz. Sin embargo, reconocieron su ingesta habitual; ya que son alimentos de fácil adquisición en la zona, y que forman parte de una variedad de preparados para el desayuno, el almuerzo y la merienda familiar. Con esta realidad se evidencia una separación entre un nivel discursivo sobre la dieta y un nivel práctico cotidiano. Es decir, los conocimientos sobre los cuidados dietéticos para los pacientes con diabetes son ajenos y no logran calar en los hábitos alimentarios; por lo que no se constituyen en una Representación Social.

Igualmente, otros alimentos como las bebidas dulces, entre las que se mencionan las gaseosas (la típica "coca-cola") y el azúcar, son productos que los pacientes con diabetes no logran suprimir de la dieta, ya que sus familias las consumen diariamente.

Las contradicciones entre un ideal sobre la dieta y la realidad cotidiana se resuelven con estrategias que permiten justificar el consumo de los alimentos azucarados. Así pues, algunos pacientes agregan sal o agua a las bebidas dulces. Con esto, el paciente disminuye su ansiedad por sentirse relegado de la mesa familiar y los familiares atenúan sus actitudes de supervisión.

Sobre el control de la enfermedad, el estudio de Torres-López et al., (2005, p: 105) coincide en algunos elementos: lo referido al "control de la dieta y el peso corporal". El uso de sistemas médicos diversos: ""tratamiento médico y no médico" a través de remedios". Y la sensación de segregación de la mesa familiar, que el paciente experimenta a la hora de la comida.

En otro estudio sobre la transmisión intergeneracional de conocimientos y conductas sobre diabetes, se evidencia que el tema de la dieta implica "tensiones con los profesionales de salud, pues favorecen la cultura del regaño, de la prohibición y de la imposición" (García de Alba, Salcedo, Hayes, Milke, 2015, p. 313). Estas observaciones concuerdan con la idea sobre la prohibición de alimentos identificada en esta investigación.

Igualmente el estudio de Troncoso, Sotomayor, Ruíz y Zúñiga (2008), realizado en una zona rural de la población chilena, hace referencia a los factores "restricción" y

“alto costo”, como obstáculos para lograr una adecuada adherencia terapéutica. También señalan que el mayor conocimiento de la patología diabetes, no determina un mayor apego a la dietoterapia, excepto en pacientes con secuelas graves de la enfermedad.

Sobre las medicinas naturales, ya se mencionó que los pacientes hacen uso regular de esta opción médica. Tal lógica se explica por el contexto de *Pluralismo Médico* del que forman parte los entrevistados; ya que, tanto las familias como la población en general gozan de un sinnúmero de conocimientos y opciones terapéuticas que tienen como fundamento los paradigmas de lo “*natural*” y de lo “*amargo*”. En estos paradigmas se basan los principios terapéuticos - alternativos aplicados.

El hecho de que la Diabetes Mellitus, en un inicio, provoque escasa sintomatología o que los pacientes desconozcan sus síntomas o sus complicaciones, determina que los sujetos manejen su enfermedad de acuerdo a sus propios criterios de afectación de la salud. En un primer nivel, dado por síntomas leves, deciden optar por medicinas “*naturales*”, que contribuirían a sanar gran parte de sus dolencias.

En un segundo nivel, dado por el empeoramiento sintomático y/o la falla de la “medicina natural”, los entrevistados optan por la biomedicina y la atención hospitalaria.

En esta lógica, además, se evidencia un cierto *rechazo a la medicina científica* o biomedicina, relacionada con lo artificial, lo invasivo, la tecnología o lo “químico”; como ellos lo llaman. Por lo que los tratamientos médicos a largo plazo no son totalmente aceptados por todos los pacientes.

Las observaciones mencionadas coinciden con el estudio de (Torres-López et al., 2005, p: 107), que mencionan el rechazo al uso de medicamentos y de la insulina y “…una aceptación importante del uso de remedios, que se refleja en la variedad de hierbas que se consideran llegan a controlar la diabetes mellitus e incluso *“aliviarla*””.

Otro estudio mexicano sobre el control de la diabetes (Luján, Pérez, Romero, Barraza, 2009), menciona la importancia del consumo de hierbas medicinales. Anotan que, según los usuarios, estas plantas controlan o alivian la diabetes, por lo que las sustituyen por los fármacos recetados en los centros de salud. Además, señalan que una gran variedad de plantas con efectos hipoglucemiantes son de uso común en distintos países; pues el 75% de la población mundial usa algún tipo de plantas medicinales para el control médico. Las razones por las cuales va en aumento el uso de este tipo de productos, son -entre otras- la “percepción… de la inadecuación de los tratamientos

convencionales, hasta el deseo de tener una autonomía en las decisiones del tratamiento" (Pagan, 2007 en Luján, Pérez, Romero, Barraza, 2009: 3).

Basurto, Jiménez y Gil (2006) también menciona que en países como México, la población de diabéticos, de zonas urbanas y rurales, utiliza plantas como el nopal, por considerar que cumplen con un efecto médico hipoglucemiante. Pero, añade: no existe suficiente información científica que fundamente tales efectos.

En otros contextos, como en el sur asiático-británico, también se consumen plantas como la Karella (Momordica charanita) o melón amargo, por la creencia de que su amargura mejora el control de la diabetes, mediante la regulación de los niveles de azúcar. Se las prefieren a los tratamientos alopáticos, pues prevalece la creencia de que al ser ingredientes naturales, tienen menos efectos secundarios (Patel et al., 2015).

Sin embargo, cabe recalcar que en el presente estudio, si bien los entrevistados rechazan la medicina científica, al mismo tiempo reclaman la utilidad de la tecnología durante los controles médicos y solicitan exámenes de laboratorio. Por lo que esta actividad más la dotación de medicinas, serían los aspectos que los pacientes valoran de la consulta médica.

En el último tema sobre el apoyo familiar, los entrevistados identifican como apoyo la dotación de dinero, alimentos o medicinas (sean "*naturales*" o no), por parte de los miembros de su familia. Asimismo, valoran como apoyo el acompañamiento en la realización de las recomendaciones no médicas: como caminar, los cuidados de los pies o la preparación de la dieta e incluso una diferenciación en la conformación del plato durante las comidas. La carencia de tales atenciones es vista como falta de apoyo; ya que ningún miembro de la familia estaría reconociendo la presencia de una persona en condición de enfermedad.

Es decir, por parte del paciente existe una necesidad de reconocimiento de su condición de enfermo. Por parte de la familia, este reconocimiento determina una individualización del padecimiento. Por lo tanto, este individuo es quien debe cambiar sus hábitos, para un buen control de su enfermedad. No se considera a la familia y al medio como parte del proceso patológico que vive el enfermo. Por lo que no se consiente que la familia deba acoplarse a un cambio de hábitos, ya sean alimenticios u otros. Esta situación determina un cierto aislamiento del paciente con diabetes.

Tal lógica explica que, aunque varios entrevistados señalaron conocer el papel hereditario de esta enfermedad, no hayan tomado medidas preventivas en cuanto a sus

hábitos de vida ni en cuanto a controles médicos preventivos. Pues, se considera que "el enfermo" es quien lleva el problema y no así el resto de la familia "saludable". Además, dado que se mencionaron diversas causas para la enfermedad y que se evidenció una confusión de conceptos sobre los síntomas médico-científicos de la diabetes, se entiende que no existan estrategias familiares concretas para el afrontamiento de este problema de salud.

Estudios como el de Torres-López et al. (2005, p: 105–106) en México, coinciden con algunas de estas observaciones. Mencionan la "sensación de segregación" que sienten los pacientes con diabetes a la hora de la comida, ya que no pueden consumir los mismos alimentos (como la tortilla de maíz) y los horarios de ingesta no coinciden con el resto de la familia. Además, mencionan el factor económico y el tiempo; ya que las restricciones médico-dietéticas exigen que los pacientes consuman otro tipo de alimentos que pueden o no ser de fácil adquisición y que exigen un tiempo extra de preparación.

En todo lo mencionado hasta aquí, sobre el apoyo familiar, se evidencia el reflejo del paradigma científico de la medicina tradicional, que como ya se mencionó en la introducción de este trabajo, se caracteriza por ser biologista, asocial, pragmático e individualista (Menéndez citado en Vásquez, 2013, p. 34). Por lo que se entiende la ausencia de estrategias grupales o sistémicas para el afrontamiento del problema de la Diabetes Mellitus.

Al contrario, desde una perspectiva integral, se considera que el diagnóstico de una enfermedad crónica como la diabetes afecta y desestabiliza el sistema familiar, por lo que el grupo en su conjunto moviliza mecanismos de adaptación para afrontar la enfermedad y así recuperar la homeostasis familiar. Cifuentes y Yefi (2005) consideran que el diagnóstico de la diabetes es un evento estresor que genera una crisis en todo el sistema familiar. Señalan que en todas las crisis existe un factor común, dado por "la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas formas y a veces nuevos papeles […con lo que] aparecen nuevos riesgos para otros miembros de la familia, lo que puede afectar a su vez al familiar enfermo".

Dado que el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II requiere diversas acciones que deben ser cumplidas fuera del entorno de la atención médica y dentro del hogar, se considera que la familia constituye un apoyo importante para el paciente; por lo que su tratamiento adecuado o su descompensación metabólica, estaría directamente relacionados con el tipo de apoyo familiar (Cifuentes y Yefi, 2005); y no solo con las acciones del individuo enfermo.

Desde esta perspectiva, el éxito terapéutico estaría condicionado no solo por la actitud del enfermo y por la relación sanitario/paciente, sino por la dinámica familiar. Cifuentes y Yefi (2005) consideran que el diagnóstico de Diabetes Mellitus en un miembro del grupo familiar, impacta no solo al individuo, sino a todo el conjunto. Las reacciones ante esta noticia dependerán del tipo de familia y de la fase de su ciclo vital. Según las autoras, el diagnóstico suele darse en la cuarta etapa del ciclo vital, cuando los cónyuges tienen alrededor de 50 años, su primer hijo ha salido del hogar y se enfrentan a otros acontecimientos estresantes como la jubilación o modificaciones en la relación de pareja. Por lo que la aparición de una enfermedad crónica como la diabetes, con todos los significados que tiene para la familia, añade un acontecimiento estresante que desestabiliza el funcionamiento familiar (Ibíd, p. 5).

En consecuencia, se requieren estrategias de apoyo que sostengan el funcionamiento adecuado del grupo y que ayuden a disminuir los sufrimientos y tensiones. Por tal motivo y desde la salud familiar, se han planteado sistemas de apoyo que pueden ser naturales y organizados. Dentro de los primeros se cuenta a los compañeros de trabajo, los compañeros de culto y creencias y amigos o vecinos. En el segundo grupo se menciona los servicios sociales institucionales, asociaciones de autoayuda y la ayuda profesional, entre otros (Ibíd, p. 3).

Para el caso que se estudia, surgen otras interrogantes en cuanto al tipo de familia y su ciclo vital; ya que se trata de familias rurales, muchas de las cuales suelen ser reconstituídas y extendidas. Además, las parejas suelen tener hijos a edades tempranas de la adolescencia. Sus hábitos alimenticios están condicionados por el tipo de actividad laboral en el campo y el acceso al sistema educativo y sanitario suele ser conflictivo. Todas estas circunstancias plantean nuevos interrogantes sobre cómo, el diagnóstico de la Diabetes Mellitus en el área rural, afecta al sistema familiar; cómo el paciente ruarl puede rodearse de sistemas de apoyo naturales y organizados; y sobre cómo se puede construir un sistema eficaz de ayuda profesional, en un contexto rural. Todos estos son temas para abordarlos en otras investigaciones.

En definitiva, en este trabajo, se determinó que existe solo una Representación Social, que se refiere al diagnóstico y al control laboratorial de la Diabetes Mellitus tipo II; ya que todos los pacientes reconocieron la necesidad de contar con exámenes de laboratorio para la determinación de los niveles de glucemia.

No se identificaron Representaciones Sociales que determinen las prácticas cotidianas en el control de la enfermedad; objetivo general de este estudio. Más bien se

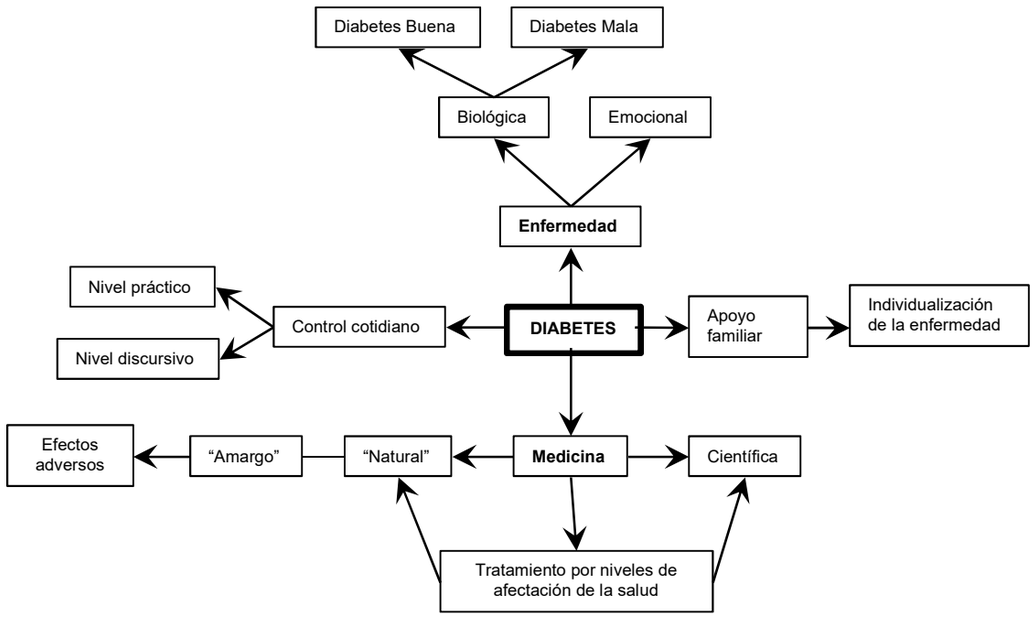
identificó un discurso de referencia, pero no de acción; por lo que se concluye que los pacientes no logran incorporar las recomendaciones médicas en sus prácticas cotidianas.

Existe una confusión de concepciones sobre la Diabetes Mellitus, que dificulta un control médico adecuado, tal como se evidenció con las cifras de hemoglobina glicosilada (Cuadro 8); situación muy preocupante por los riesgos biológicos que implica.

La concepción de la diabetes como una enfermedad "*buena*" o "*mala*", la dificultad para establecer estrategias eficaces en el control cotidiano, la individualización de la condición de enfermo y la multiplicidad de opciones médicas para el tratamiento (Figura 13), son aspectos que requieren una intervención educativa integral urgente; con el objeto de disminuir las brechas entre el discurso médico científico y la vida cotidiana de los pacientes.

Figura 13

La diabetes mellitus desde la perspectiva de los pacientes



Fuente: Entrevistas, agosto 2016 a septiembre 2016
Elaborado por: Mónica Vásquez Quezada
Pamela Sánchez Sandoval

Por todo lo mencionado, se determina que la enfermedad Diabetes Mellitus tipo II constituye un tema emergente, desconocido, ajeno a la realidad de una parte de la población pedro-vicentina.

Es decir, el control cotidiano de la Diabetes Mellitus tipo II, como un concepto médico científico, no es una Representación Social, porque no se ha logrado "la

transformación de lo no familiar en familiar"; porque no habido una incorporación de conceptos médicos a los universos conceptuales de la población. Lo que se evidencia más bien, es una mezcla confusa de visiones no científicas y otras científicas sobre el tema; pero que no producen actitudes de compromiso terapéutico y por lo tanto no redundan en un adecuado control de la enfermedad.

A partir de todo lo mencionado, se entiende que los conocimientos de origen informal o sentido común con los que cuentan los pacientes, intervienen en el tipo de relación que establecen con el personal de salud y en las actitudes de cuidado cotidiano de la enfermedad. A su vez, las actitudes hacia la enfermedad influyen en la forma en la que asumen los objetivos terapéuticos; percepción que en definitiva se ve determinada por la estructura social a la cual pertenecen y que se caracteriza por una lógica rural y de Pluralismo Médico.

7. CONCLUSIONES

Este estudio estuvo enfocado en el conocimiento de las Representaciones Sociales que determinan las prácticas cotidianas en el control de la Diabetes Mellitus tipo II.

En la primera temática, sobre la Diabetes desde la perspectiva de los pacientes, se plantearon cuatro preguntas, referidas a las opiniones sobre la enfermedad en sí, sobre su diagnóstico, sobre sus causas y sus complicaciones. Aquí se identificó una Representación Social sobre el diagnóstico, ya que las respuestas sí permitieron la identificación de una sola idea núcleo con un alto grado de referencialidad y un modo de prédica de acción. Además, se cumplió con el criterio de saturación de la muestra.

Sobre los demás asuntos referidos a las creencias de la enfermedad en sí, sus causas y sus complicaciones, no se determinó ninguna Representación Social, ya que las ideas núcleo identificadas no concuerdan con el grado de referencialidad ni con el modo de prédica. Más bien se identificó que existe confusión sobre el tema planteado.

En la segunda temática planteada: Representaciones Sociales sobre el control cotidiano de la enfermedad, se incluyó otras cuatro preguntas, que hicieron referencia a los cuidados, la alimentación, los controles médicos y el uso de “medicinas naturales”.

En este acápite no se reconoció ninguna Representación Social, ya que los pacientes plantearon ideas núcleo diversas que no concordaron ni con el grado de referencialidad ni con el modo de prédica analizados.

El tercer asunto sobre el apoyo familiar constó de una pregunta. En esta temática tampoco se registró una Representación Social. Pues, luego del análisis de las respuestas, se reconocieron cuatro ideas núcleo con un bajo grado de referencialidad y un modo de prédica de estado; según la Metodología de análisis de los mensajes de Daniel Prieto C. (1986).

Por lo tanto, se concluye que la hipótesis conceptual es falsa; ya que, la ausencia de Representaciones Sociales que determinen las prácticas cotidianas en el control de la Diabetes Mellitus tipo II, no nos permite describir la enfermedad diabetes, desde la perspectiva de los pacientes.

Cabe recalcar que se identificó solo una Representación Social referida al diagnóstico médico. Al contrario, no se evidenciaron Representaciones Sociales sobre la enfermedad en sí, el control cotidiano de la enfermedad, ni sobre el apoyo familiar.

Para determinar la hipótesis operativa se escogió una muestra de 16 personas con la enfermedad Diabetes Mellitus tipo II, que cumplieron con los criterios de inclusión. Se realizó un estudio cualitativo, mediante la aplicación de una guía de entrevista semiestructurada, con preguntas abiertas sobre la temática planteada, hasta la saturación de la muestra. Las respuestas obtenidas fueron estudiadas según la Metodología de Análisis de los Mensajes, de Daniel Prieto Castillo (1986). Mediante este procedimiento se determinó que no existen Representaciones Sociales que determinen las prácticas cotidianas en el control de la Diabetes Mellitus tipo II, por lo que no es posible describir la enfermedad desde la perspectiva de los pacientes; excepto en lo referido al diagnóstico.

Por lo tanto, la enfermedad Diabetes Mellitus tipo II y sus cuidados cotidianos, se considera un tema emergente, complicado, desconocido para la población estudiada; por lo que se requiere educación para los pacientes y sus familias.

En este contexto, se comprende lo señalado en el cuadro 8, sobre el mal control glucémico, evidenciado por los altos niveles de HbA1c. Pues a pesar de los esfuerzos que los pacientes realizan por cuidar su salud, el desconocimiento de la enfermedad y la confusión con otros conceptos médicos alternativos, determinan una falta de estrategias efectivas en el control cotidiano de la enfermedad.

Por tanto, a partir de los resultados de la primera temática, referida al estudio de la enfermedad diabetes desde la perspectiva de los pacientes, se concluye lo siguiente:

- Los entrevistados desconocen algunos de los conceptos básicos de la diabetes.
- La principal fuente informativa sobre la enfermedad está por fuera del sistema médico formal.
- Ninguno de los participantes tuvo acceso a un diagnóstico temprano.
- Los entrevistados no están familiarizados con estrategias preventivas eficaces contra la Diabetes Mellitus.
- Para los participantes, el entorno social y familiar influye directamente en la vivencia de la enfermedad; “situación que resalta la importancia de los aspectos subjetivos de la medicina” (Ceitlin, 2009).
- Desconocen varias de las complicaciones de esta enfermedad.
- No diferencian entre complicaciones tempranas y tardías.

A partir de los resultados de la segunda temática, sobre el control cotidiano de la enfermedad diabetes, se determinaron los siguientes aspectos:

- Los pacientes no cuentan con estrategias eficaces para el control de la enfermedad diabetes.
- Existe confusión sobre la alimentación para los pacientes con diabetes.

- Faltan estrategias médicas y sociales que aborden los conflictos y problemas catalogados bajo la categoría “stress”, que dificultan la vivencia o el control cotidiano de la Diabetes Mellitus.
- Se evidencia una confusión entre opciones médicas y una falta de compromiso para los tratamientos médicos formales.

A partir de los resultados de la tercera y última temática, referida al estudio de las Representaciones Sociales sobre el apoyo familiar, para el cuidado de la Diabetes Mellitus tipo II, se evidenciaron los siguientes aspectos:

- No existen estrategias familiares eficaces que contribuyan al apoyo integral de la persona con la enfermedad diabetes.
- El paradigma de la medicina científica se hace evidente en el contexto familiar, ya que se tiende a una individualización de la enfermedad, depositando solo en el enfermo las causas y las soluciones del problema médico (Menéndez, 1985, en Vásquez, 2013, p. 34). Además, se evidencia una tendencia hacia actitudes de control y coerción sobre los pacientes.
- Tanto los pacientes como los familiares desconocen aspectos de la enfermedad diabetes y sus cuidados.
- Se evidencia que algunos pacientes sufren carencias económicas, situación que dificulta la adherencia terapéutica.

Sobre la metodología: la visión cualitativa permitió abordar la problemática planteada de manera holística, a través de la Teoría General de Sistemas y la Teoría de las Representaciones Sociales. Así pues, el estudio se centró en el análisis de los aspectos sociales que afectan a los pacientes con la enfermedad Diabetes Mellitus.

El muestreo de tipo intencional permitió descubrir, conocer e interpretar el fenómeno de estudio. La muestra fue pertinente, puesto que se cumplió con los criterios de calidad de la información y la saturación de la misma.

Las limitaciones del estudio

- Al ser una investigación de tipo cualitativa los resultados obtenidos son útiles para el contexto en el cual fue realizada.
- Se optó por un muestreo de tipo opinático y de conveniencia, con lo que se dio importancia al ahorro de tiempo, dinero y esfuerzo.
- Por la limitación de los recursos, no fue posible la realización de entrevistas grupales, ni de la formación de grupos focales, que hubieran contribuido a la credibilidad de los resultados.

8. RECOMENDACIONES

Dado que no existe una Representación Social sobre la Diabetes Mellitus se recomienda lo siguiente:

- A los pacientes y familiares: los cuidados de la enfermedad dependen de las acciones de todos los miembros de la familia, vista como un sistema.

- Al personal médico: trabajar en un seguimiento continuo con estos pacientes, que incluya la realización planificada de visitas domiciliares.
- Favorecer el trabajo interdisciplinario, mediante la integración de profesionales de otras áreas, como salud mental y trabajo social, con el objeto de lograr un abordaje integral.
- Fomentar estrategias que permitan el desarrollo de las Competencias Culturales, con el fin de superar las falencias observadas en la consulta médica, que según Troncoso et al. (2008) son: la entrega de información poco clara, no entendida y superficial por parte del personal de salud; y el temor a preguntar y ser estigmatizado por parte del paciente.

- Al HPVM: contar con espacios educativos físicos y temporales definidos, a los cuales puedan acudir los pacientes con la enfermedad diabetes; pues como menciona Troncoso et al. (2008, p: 422), “se ha demostrado que la educación en diabetes logra un efecto positivo en los pacientes, reduciendo las tasas de morbilidad y mortalidad innecesarias debidas a su control deficiente”. Además, la Declaración de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (Declaración de Helsinki, Boletín de la Asociación Médica Mundial, 2000) señala que “la educación en diabetes es, en la actualidad, una prioridad mundial y constituye un derecho” de todos los pacientes (Selli, Kauffmann, Nazareth y Zapico, 2005).
- Contar con un programa de capacitación continua en el manejo de enfermedades crónicas.

- A los interesados, se les recomienda nuevas propuestas investigativas que contemplen las interrogantes surgidas en este estudio: ¿Cómo, el diagnóstico de la Diabetes Mellitus en el área rural, afecta al sistema familiar? ¿Cómo el paciente puede rodearse de sistemas de apoyo, tanto naturales como organizados? ¿Cómo se puede construir un sistema eficaz de ayuda profesional, en un contexto rural?

Otras propuestas investigativas que surgen a partir de este trabajo son:

- Influencia de la pobreza en el control de la Diabetes Mellitus.
- Violencia doméstica y control de enfermedades crónicas.
- Relación entre el nivel educativo y la adherencia terapéutica.
- Tipos de familias en el contexto rural actual y su relación con el control de las enfermedades crónicas.

9. BIBLIOGRAFÍA

Andean Health & Development (2016). Recuperado de http://andeanhealth.org/about-2/impact/hospital-pedro-vicente-maldonado/

Akhila J., Divya C., Rejeesh, Vinod N., Maria K. y Shashidhar K. (2010) Effect of the insulin plant (costus Igneus) leaves on dexamethasone induced hyperglycemia. En International Journal of Ayurveda Research. Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2924971/

Basurto, Jiménez y Gil (2006). Utilidad del nopal para el control de la glucosa en la diabetes mellitus tipo 2: *Revista de la Facultad de Medicina, 49* (4), 157- 162. Recuperado de http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2006/un064h.pdf

Bertalanffy, L. (2007a). *El significado de la teoría general de los sistemas.* En Teoría general de los sistemas: fundamentos, desarrollo, aplicaciones. Fondo de Cultura económica (pp. 30-53). México.

Bertalanffy, L. (2007b). *El isomorfismo de la ciencia.* En Teoría general de los sistemas: fundamentos, desarrollo, aplicaciones. Fondo de Cultura económica. (pp. 82-91). México.

Bertalanffy, L. (2007c). *Progresos en la teoría general de los sistemas.* En Teoría general de los sistemas: fundamentos, desarrollo, aplicaciones. Fondo de Cultura económica (pp. 92-123). México.

Bertalanffy, L. (2007g). *Teoría general de los sistemas en psicología y psiquiatría.* En Teoría general de los sistemas: fundamentos, desarrollo, aplicaciones. Fondo de Cultura económica (pp. 215-232). México.

Ceitlín, J. (2009). Capítulo II. *Orígenes de la Medicina Familiar*. Libros virtuales IntraMed.

Chiriboga, C. (2016). *Centro de desarrollo comunitario de Pedro Vicente Maldonado*, Pontificia Universidad Católica del Ecuador PUCE, Ecuador, Quito. Recuperado de http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/9514/VOLUMEN%20I.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cifuentes, J. y Yefi, N. (2005). *La Familia: ¿Apoyo o desaliento para el paciente diabético? Programa de diplomado en Salud Pública y Salud Familiar.* Módulo I: Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción. Osorno abril del 2005. Recuperado de http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno%202005/La_Familia_y_el_paciente_diabetico.pdf

Cruz, E. (2012). *Influencia de las representaciones sociales en el aprendizaje de la matemática.* Universidad Nacional, Liberia, Costa Rica. VIII Festival Internacional de Matemática. Recuperado de http://www.cientec.or.cr/matematica/2012/ponenciasVIII/Esmeralda-Cruz.pdf

Demon, J. (2006). *Un acercamiento al pluralismo médico en los Andes.* Flacso, Quito – Ecuador (pp. 99 - 118). Recuperado de http://www.flacsoandes.edu.ec/

Duran, J., Forero, J., Galvis, L., y Gezeth, P. (2010). *Una aproximación al tema de adherencia terapéutica desde lo cultural.* Trabajo de grado para optar por el título de enfermera. Universidad de Colombia. Bogotá (pp.1-155). Recuperado de: http://www.bdigital.unal.edu.co/8621/1/535904.2010.pdf

García de Alba, J. Salcedo, A., Hayes, D., Milke, M. (2015). Dominio cultural sobre causas de diabetes en tres generaciones de estratos populares en Guadalajara, México*. Revista Médica*

Instituto Mexicano de Seguro Social. Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud. Universidad de Guadalajara.

Gaus, D., Herrera, D., Heisler, M., Cline, B. y Richmond, J. (2008). Making secondary care a primary concern: the rural hospital in Ecuador. Rev Panam Salud Publica, 23(3), 212–7. Recuperado de http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v23n3/a13v23n3.pdf

Gobierno Autónomo (2016). Pedro Vicente Maldonado: *"tu lugar, tu destino".* Recuperado de: http://www.pedrovicentemaldonado.gob.ec/

Gross, M., Crespo, A., y Villegas, R., (2014). *Repensando la formación del médico generalista del nivel básico de atención en salud. Enfoque de desarrollo de competencias culturales.* Dirección de investigación y postgrados facultad de medicina. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito.

Herrera, D. (2016). La práctica de la salud en el mundo rural. Recuperado de http://www.saludrural.org/index.php/saludrural/article/view/126/174

International Diabetes Federation (2011). Diabetes: un problema mundial de salud y desarrollo. IDF (Federación Internacional de Diabetes). Recuperado de https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/PB_GlobalHealth_ES.pdf

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2014). Diabetes y enfermedades hipertensivas entre las principales causas de muerte en el 2013. Recuperado de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/diabetes-y-enfermedades-hipertensivas-entre-las-principales-causas-de-muerte-en-el-2013/

Luján, C., Pérez, H., Romero, A., Barraza, F. (2009). Uso de plantas medicinales y suplementos dietéticos para el control glucémico de la diabetes. *Revista Chapingo Serie Zonas Aridas.* Recuperado de file:///C:/Users/Jovany%20Bravo/Downloads/rchszaVIII1067.pdf

Martínez, L. (2011). *Teoría de las representaciones sociales: aportes metodológicos a la investigación sobre el homoerotismo.* Universidad de Caldas, Maestria en Estudios de Familia y Desarrollo. Manizales, Colombia. Recuperado de file:///C:/Users/PERSONAL/Downloads/1395-2886-1-SM%20(1).pdf

Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital, 2,* 1-25. Recuperado de http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/34106/33945.

Morales, S. (2009). *Teoría general de los sistemas.* Bertalalanffy, Ludwig Von. [Mensaje en un blog]. Recuperado de suang.com.ar/web/wp-content/uploads/2009/07/tgsbertalanffy.pdf

Moscoso, K. (2016). Metodología de análisis de los mensajes, según Daniel Prieto Castillo. En *Análisis de mensajes de la marca país "Ecuador ama la vida".* Tesis previa a la obtención del título de comunicación. PUCE. Pp: 6 – 7.

Mosquera Saravia, M. (2003). *Capítulo III: Lo tradicional cultural y el pluralismo médico. En: La articulación de saberes populares y bio-médicos entre las comadronas de Rabinal, Baja Verapaz, Guatemala.* (Memoria Postgrado en Antropología. Universitat Rovira i Virgili. Deartament d Antropologia, Filosofía i Treball Social). Recuperado de: http://www.tesisenred.net/handle/10803/8410.

Moore, P., Gómez, G. y Kurtz, A. (2010). La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *En Rev Med Chile, 138, 1047-1054.* Unidad de Comunicación y Relación en Atención en Salud. Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872010000800016&script=sci_arttext&tlng=pt

Noda, J., Perez, J., Malaga, G., y Aphang, M. (2008). *Conocimientos sobre "su enfermedad" en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales. Rev Med Hered.19* (2), 68-72. Recuperado de www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v19n2/v19n2ao4.pdf

Ofman, S., Pereyra, C., Cófreces, P., y Stefani, D. (2015). Estudio de las Representaciones Sociales de la Hipertensión Arterial según género. Instituto de investigaciones cardiológicas. Argentina. Recuperado de http://revistaliberabit.com/es/revistas/RLE_21_1_estudio-de-las-representaciones-sociales-de-la-hipertension-arterial-segun-genero.pdf

Osorio, J. (2008). *Introducción al pensamiento sistémico.* Programa Editorial Universidad del Valle. Primera Edición. Ciudad Universitaria Meléndez. Cali, Colombia.

Patel, N., Chew, C., Bundy, C., Kennedy, A., Blickem, C. y Reeves, D. (2015). Illness Beliefs and the Sociocultural Context of Diabetes Self-Management in British South Asians: a mixed methods study. *BMC Family Practice*. Recuperado de http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-015-0269-y

Perera, M. (2003). A propósito de las representaciones sociales. Apuntes teóricos, trayectoria y actualidad. *CIPS - Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas.* Recuperado de http://biblioteca.clacso.edu.ar/Cuba/cips/20130628110808/Perera_perez_repr_sociales.pdf

Prieto, D. (1986). Análisis del mensaje, introducción y metodología del análisis. Ediciones Ciespal.

Rangel, J. (2007). *Representaciones sociales del proceso salud/enfermedad/atención de participantes en programas sociales de salud pública. En Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*. Ciudad de México, 15, 28-56. Recuperado de http://www.ibero.mx/iberoforum/11/pdf/2.%20RANGEL%20ESQUIVEL%20IBEROFRORUM%20NO%2011.pdf

Salud y Desarrollo Andino (2016) Recuperado de http://saludesa.org.ec/index.php/component/content/category/78-art-quienes-somos

Salud y Desarrollo Andino. (s.f). El camino de Pedro Vicente Maldonado. *Revista conmemorativa de los 17 años de Saludesa en el ecuador*, 1-4. Recuperado de file:///C:/Users/PERSONAL/Downloads/117-312-1-SM%20(2).pdf

Schriefer, I. (2010). *Investigación y puesta en valor de los recursos gastronómicos del Ecuador – Cantón Pedro Vicente Maldonado* (Memoria Pregrado, Universidad Técnica Particular de Loja. Ecuador). Recuperado de http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/2445/1/640X262.pdf

Selli, L., Kauffmann, L., Nazareth, S. y Zapico, J. (2005). Técnicas educacionales en el tratamiento de la diabetes. En *Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(5), 1366 – 1372.* Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v21n5/08.pdf

Sierpitta, V. y Udani, J. (2009) "Diabetes", capítulo 36. Medicina Integrativa. David Rakel. Masson. Elsevier España. Barcelona. Segunda edición.

Torres-López, T., Sandoval., M. y Pando, M. (2005). "*Sangre y azúcar": representaciones sobre la diabetes en los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México.* Universidad de Guadalajara. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v21n1/12.pdf

Urbina, M., y González, M. (2012). *La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas.* Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México. Recuperado de: http://enfermeriacomunitaria.org/

Vasquez, M., Rejane,M., Mogollon, S., Sanmamed, M., Delgado, M., y Vargas.J. (2006). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud.* Editorial Universidad Autonoma de Barcelona (pp. 1-131). Recuperado de http://publicacions.uab.es/llibres/fitxa_web_llibres.asp?ID=981

Vásquez, M. (2011). Obstetricia y disciplinamiento violento. En: *Pluralismo Médico y parto biomédico en la maternidad Isidro Ayora de Quito.* FLACSO, sede Ecuador. 1 edición. Quito. P. 34. Recuperado de: http://www.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/54213.pdf

10. ANEXOS

10.1 Anexo 1

10.1.1 Registro de entrevistas

1. Daniel (1 Entrevista H,a,Ag,A,Men)
2. Juan (2 Entrevista H,B,Av,Ame,m)
3. Hilda (3 Entrevista M,aQu,Ame)
4. Manuel (4 Entrevista H,c,Pr,Ame)
5. Guido (5 Entrevista H,b,Ch,AMam)
6. Bremilda (6 Entrevista M,a,Qu,Ama)
7. Pablo (7 Entrevista H,c,Pr,AMa).
8. Mercedes (8 Entrevista M,d,Qu,Ama)
9. Purísima (9 Entrevista M,c,Cons,Ama)
10. Carmen (10 Entrevista M,a,Qu,Ama)
11. Victoria (11 Entrevista M,b,Conj,Ama)
12. José (12 Entrevista H,b,Pr,AMa)
13. Martina (13 Entrevista M,d,Qu,AMay)
14. Dina (14 Entrevista M,a,Qu,AMay)
15. Josefa (15 Entrevista M,d,Ag,AMay)

10.1.2 Codificaciones

- Sexo: M: mujer H: hombre
- Instrucción: a: primaria d: analfabeta b: secundaria c: superior
- Ocupación: Av: avicultor Ag: agricultor Qu: quehaceres domésticos Pr: profesor Ch: chofer Cons: consultoría Conj: conserje Rb: recolector de basura
- Antecedente: m: migrante
- Edad: Ame: 35 a 49 años Ama: 50 a 64 años AMay: mayor de 65 años

10.1.3 Abreviaturas

MSP: Ministerio de Salud Pública.
GST.: Teoría General de Sistemas.
HPVM: Hospital Pedro Vicente Maldonado.
DM: Diabetes Mellitus.
PVM: Pedro Vicente Maldonado.
AHD: Andean Health & Development.
PUCE: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
ADO: Antidiabético oral.
HbA1c: Hemoglobina glicosilada.

10.2 Anexo 2

10.2.1 Guía para entrevista

PUCE – POSTGRADO EN MEDICINA FAMILIAR

"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".

FECHA: ……..….

Previo la firma del consentimiento informado, se indagará sobre:

NOMBRE: ……

EDAD: ……..

INSTRUCCIÓN:..……

SEXO: ……

OCUPACION:……..

APF: ……

APP:……

TEMAS A TRATAR:

1. **LA DIABETES MELLITUS DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES.**
   ¿Qué cree usted sobre la diabetes?
   ¿Qué cree usted sobre el diagnóstico de diabetes?
   ¿Qué cree usted sobre las causas para enfermarse de diabetes?
   ¿Qué cree usted sobre las complicaciones de la diabetes?

2. **REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE EL CONTROL COTIDIANO DE LA ENFERMEDAD.**
   ¿Cómo cree usted deben ser los cuidados de una persona con diabetes?
   ¿Qué cree usted que debe comer una persona con diabetes?
   ¿Qué cree usted sobre los controles médicos?
   ¿Qué cree usted sobre las medicinas naturales para la diabetes?

3. **REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE EL APOYO FAMILIAR.**
   ¿Cómo cree usted que la familia ayuda a una persona con diabetes?

10.3 Anexo 3

10.3.1 Consentimiento informado

"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"

Propósito

Consentimiento informado dirigido a hombres y mujeres adultos con edades desde los 35 años en adelante, que cursen con Diabetes Mellitus tipo 2 y que acudan a la consulta externa del Hospital Pedro Vicente Maldonado de la provincia de Pichincha. Se les invita a participar en el proyecto de investigación "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 de 2016".

Investigadores principales

- Mónica Esmeralda Vásquez Quezada (Pontificia Universidad Católica del Ecuador-PUCE)
- Pamela Alexandra Sánchez Sandoval (Pontificia Universidad Católica del Ecuador-PUCE)

Organización

- Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Introducción

En vista que Ud. Tiene edades comprendidas entre los 35 años y 85 años de edad y es usuario del servicio de consulta externa en el Hospital Pedro Vicente Maldonado de la provincia de Pichincha, ha sido seleccionado para invitarle a participar en la siguiente investigación: "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 de 2016".

Este estudio incluye la realización de una entrevista semiestructurada referente al tema que consta de 3 temas abordados en 9 preguntas las cuales serán analizadas. Esto servirá para tener un mayor conocimiento sobre las representaciones sociales en el país. Su decisión de participar es totalmente voluntaria y puede hablar con quién usted tenga más confianza de entre los investigadores para solicitarle cualquier información adicional acerca del estudio.

Confidencialidad

La información que Usted nos proporcione y que se recogerá durante la investigación solamente la revisarán los investigadores. En la base de datos de este estudio usted tendrá un número asignado como participante, y **NO CONSTARÁ SU NOMBRE NI SU CÉDULA DE CIUDADANÍA**, para mantener su anonimato. La información será guardada en una computadora, asegurada con clave y codificada. Solo el equipo de investigación tendrá acceso a los datos del estudio. Las encuestas serán guardadas en un archivador bajo llave. El equipo de investigación hará todo lo posible para proteger su confidencialidad.

Componentes del estudio

Realizaremos una entrevista semiestructurada de 3 temas abordados en 9 preguntas que incluirá datos sobre su edad, instrucción, sexo, ocupación, antecedentes personales y familiares, diabetes mellitus desde la perspectiva de los pacientes, representaciones sociales sobre el control cotidiano de la enfermedad, y representaciones sociales sobre el apoyo familiar. Para lo cual contamos con la autorización de las autoridades respectivas. Usted puede decidir no contestar alguna de las preguntas o terminar la entrevista si desea.

Estos datos se guardaran en un archivo electrónico asegurado. Al final de la fase activa del estudio, borraremos este archivo para mantener su confidencialidad.

Los investigadores serán los encargados de analizar la información y al finalizar el estudio los resultados serán enviados al Director de la Institución y enviados a su correo electrónico si es que desea.

Riesgos sobre su Salud
El presente estudio no conlleva ningún riesgo para salud e integridad.

Tiempo de Participación
Hemos calculado que su participación en este estudio durará entre 30-40 minutos aproximadamente. Su participación en este estudio será sólo por una vez.

Los Resultados
Los resultados de la investigación los informaremos al final del estudio, en diciembre del 2016, a todos los interesados. La información sobre los resultados de este estudio será publicada, más NO sus datos personales.

Costos, incentivos y beneficios
Su participación en este estudio no tiene ningún costo y no recibirá ningún incentivo económico por participar en este estudio. El beneficio que Usted recibirá por su participación será conocer el resultado del análisis de las entrevistas realizadas en el Hospital Pedro Vicente Maldonado, además que ayudará a establecer una idea más clara de las representaciones sociales en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Si usted decidiera no participar, no le afectará de ninguna manera en el ámbito académico ni de conducta en su institución, y puede dejar de participar en el momento que desee.

Contacto
Si tiene dudas sobre cualquier aspecto puede ponerse en contacto con las directoras de la investigación, Mónica Esmeralda Vásquez Quezada y Pamela Alexandra Sánchez Sandoval. Si tiene dudas sobre asuntos éticos en relación a esta investigación, puede ponerse en contacto con el Comité de Bioética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, que ha aprobado esta investigación.

Mónica Esmeralda Vásquez Quezada
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
12 de Octubre y Roca
Quito, Ecuador
Cel: 0987613366
Email: monica.vasquez79@gmail.com

Pamela Alexandra Sánchez Sandoval
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
12 de Octubre y Roca
Quito, Ecuador
Cel: 0999919656
Email: sanchez.pame2504@gmail.com

Firma del consentimiento

He sido invitado a participar en la investigación: "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 de 2016".

Entiendo que tomarán en cuenta a los hombres y mujeres con edades comprendidas entre los 35 años y 85 años, que acuden al servicio de consulta externa del Hospital Pedro Vicente Maldonado, se me realizará una entrevista semiestructurada de 3 temas abordados en 9 preguntas las cuales serán analizadas. Estoy informado de que no tendrá ningún costo para mí o mi familia. Este estudio contribuirá a dar una idea más clara de las representaciones sociales en la diabetes mellitus tipo 2. Entiendo que este estudio no me dará ningún incentivo para participar. El beneficio directo que recibiré del estudio, es la publicación de los resultados al final de la investigación.

Conozco el número de teléfono y el correo electrónico de las personas que me puede informar sobre las preguntas o inquietudes que pueda tener sobre la investigación.

He leído (o me han leído) la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y me han contestado en forma sencilla y satisfactoria las preguntas que he tenido.
Acepto voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de no contestar el cuestionario si así fuese mi deseo, sabiendo que esto no repercutirá en el ámbito académico o de conducta.
Si ____ No ____ Quisiera ser informado de los resultados de este estudio.

Firmo, Acepto libre y voluntariamente participar en esta investigación.

Firma (o huella dactilar): _____Fecha _____
Número del teléfono celular: _____ casa: _____
Número de identificación: _____Fecha de nacimiento: _____
Testigo(a): _____Firma: _____

Datos del Investigador que toma la muestra:

Nombre y apellidos: _____ Firma: _____
Nombre y apellidos:_____ Firma: _____