



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

“REPRESENTACIONES SOCIALES DE
PACIENTES DE ORIGEN QUECHUA
CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES
MELLITUS TIPO 2 DE DOS
HOSPITALES DE CUSCO, PERU”

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
DOCTOR EN SALUD PÚBLICA

RAMON FIGUEROA MUJICA

LIMA - PERÚ

2022

ASESOR:

DR. WALTER HUMBERTO CASTILLO MARTELL

JURADO DE TESIS

DRA. MAHIA BEATRIZ MAURIAL MACKEE

PRESIDENTE

DRA. RUTH ANUNCIACION IGUIÑIZ ROMERO

VOCAL

DR. SEGUNDO NICOLAS SECLÉN SANTISTEBAN

VOCAL

DRA. MARIA AMALIA PESANTES VILLA

SECRETARIA

DEDICATORIA

A mi hija Adamariz por su protección desde lo Alto,

a mi hija Krupuskaya por su aliento y apoyo,

a Guísela por su aliento y apoyo.

AGRADECIMIENTOS

Al Doctor Walter Humberto Castillo Martell

Asesor de la presente tesis

Al Antropólogo José Canal Carhuarupay

de la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

A los Médicos Especialistas Marco Antonio Gamarra Contreras y

Humberto Alvizuri Zecenarro

A las Licenciadas de Enfermería Palmir Butrón Loayza y

Luz Marina Villacorta Valderrama

A la Antropóloga Ligia Alencastre Medrano y

al Profesor Rafael Mercado Ocampo

del Centro de Estudios Regionales Andinos Bartolomé de las Casas, Cusco

A la Magister en Biología Dulce Esperanza Alarcón Yaquetto

de la Universidad Peruana Cayetano Heredia

A la Doctora Guísela Yábar Torres

de la Universidad Ricardo Palma

A todos ellos por su amistad y apoyo para la realización de la presente tesis.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Tesis Autofinanciada

REPRESENTACIONES SOCIALES DE PACIENTES DE ORIGEN QUECHUA CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE DOS HOSPITALES DE CUSCO, PERU

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
2	core.ac.uk Fuente de Internet	<1%
3	www.scielo.org.mx Fuente de Internet	<1%
4	docplayer.es Fuente de Internet	<1%
5	www.scielo.sa.cr Fuente de Internet	<1%
6	idoc.pub Fuente de Internet	<1%
7	revistadecomunicacion.com Fuente de Internet	<1%
8	inicib.urp.edu.pe Fuente de Internet	<1%

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	3
III.	METODOLOGÍA	42
IV.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	53
V.	CONCLUSIONES	130
VI.	RECOMENDACIONES	135
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	139

ANEXOS

RESUMEN

Objetivos. Comprender las representaciones sociales sobre la experiencia de enfermar de los pacientes de origen quechua con diagnóstico de diabetes tipo 2 de los hospitales Regional y Antonio Lorena del Cusco

Metodología: Se trata de un estudio cualitativo basado en los principios de la interculturalidad y el paradigma interpretativo, utilizando la entrevista a profundidad. Las grabaciones de las entrevistas en quechua fueron transcritas y traducidas al español. Posteriormente las entrevistas fueron sometidas a un procesamiento informático para luego ser analizadas de acuerdo con las dimensiones del estudio.

Resultados: La identidad social de los pacientes es indígena-mestiza, en pobreza material, de género femenino y de la tercera edad en mayor porcentaje. En las representaciones sociales de los pacientes sobre las características de la diabetes está presente la influencia predominante de la medicina moderna; sin embargo, en las correspondientes al tratamiento es importante la presencia de la medicina tradicional andina como complemento a la moderna.

Conclusión: Las representaciones sociales sobre la diabetes de los pacientes de origen quechua, son un valioso aporte para una propuesta de educación y atención de salud interculturales.

PALABRAS CLAVE:

PUEBLOS INDÍGENAS, INTERCULTURALIDAD, DIABETES MELLITUS,
REPRESENTACIONES SOCIALES, EDUCACIÓN DIABÉTICA

ABSTRACT

Objectives. To understand the social representations about the experience of getting sick of Quechua origin patients, with diabetes type 2 diagnose from Regional and Antonio Lorena hospitals in Cusco.

Methodology: This is a qualitative study based on the principles of interculturality and the interpretive paradigm and using the deep interview. The recordings of the interviews in Quechua were transcribed and translated into Spanish. Subsequently, the interviews were subjected to computer processing and then analyzed according to the dimensions of the study.

Results: The social identity of the patients is that they are indigenous-mestizo, in material poverty, mostly female and elderly. In the social representations of patients about the characteristics of diabetes, the predominant influence of modern medicine is present, however, in those corresponding to treatment, the presence of traditional Andean medicine is important as a complement to the modern approach.

Conclusion: The social representations about diabetes of Quechua origin patients are a valuable contribution for an intercultural education and health care proposal.

KEYWORDS:

INDIGENOUS PEOPLES, INTERCULTURALITY, DIABETES MELLITUS,
SOCIAL REPRESENTATIONS, DIABETIC EDUCATION.

I. INTRODUCCIÓN

La diabetes en sus diferentes formas es considerada una epidemia a nivel mundial; así para el año 2019 aproximadamente 500 millones de personas de 20 a 79 años padecían de la enfermedad, de ellos 4 millones habrían muerto; asimismo su prevalencia se ha incrementado marcadamente en las últimas décadas en los países de ingresos medios y bajos (1). En ese contexto los pueblos indígenas de todo el mundo, que tienen en común un deficiente estatus social y estado de salud, están padeciendo de esta enfermedad de un modo desproporcionado, con el consiguiente sufrimiento humano (2).

En el Perú la diabetes adquiere también creciente importancia como problema de salud pública, así según el *Atlas de la Diabetes de la Federación Internacional de Diabetes* (FID) (1), para el 2019 habría una prevalencia del 6.7 % entre las personas de 20 y 79 años, no se conoce sin embargo la prevalencia de esta afección en la población indígena del país. Al respecto el proceso de modernización que ha experimentado el Perú en las últimas décadas así como la migración importante de la población indígena del ámbito rural al urbano, ha implicado cambios en sus estilos de vida incluyendo el cambio en el tipo de alimentación y el sedentarismo, esto estaría contribuyendo a la presencia creciente de la obesidad y diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en esta población (3), (4).

En relación al manejo de la diabetes se reconoce que si bien es necesario el aporte del profesional médico, la diabetes la controlan principalmente las propias personas con la enfermedad. Se señala también que la educación en el autocuidado del paciente diabético se centra en el cambio en estilos de vida especialmente en cuanto a alimentación y actividad física. La implementación de

un programa educativo para pacientes indígenas con diabetes significa un reto especial ya que se trata de una enfermedad foránea para dicha población y donde los programas educativos convencionales basados en la medicina moderna suelen no considerar los patrones culturales de esta población. Al respecto se reconoce que la educación diabética tiene que tomar en cuenta el origen cultural de los pacientes (5).

Es en base a lo señalado que el presente estudio busca conocer las representaciones sociales sobre la experiencia de enfermar de los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 de origen quechua de los hospitales Regional y Antonio Lorena del Cusco, Perú. En la región del Cusco, la población mayoritaria si bien ha experimentado un proceso importante de mestizaje tiene como lengua materna el quechua (6).

El conocimiento logrado en el presente estudio, debe servir no solo para profundizar en el análisis de cómo los pacientes perciben, sienten y actúan en relación a esta enfermedad, sino también para proponer estrategias educativas en salud dirigidas a esta población en el marco de un modelo de atención con enfoque intercultural. La interculturalidad en salud, reconoce la importancia de la cultura de los pacientes en el enfoque “salud-enfermedad-atención de salud” y busca una relación horizontal de dialogo y aprendizaje entre el sistema médico occidental y el sistema médico indígena (7), este enfoque debe ayudar al diseño de un programa educativo adecuado para esta población.

II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Planteamiento del Problema

Los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 de origen quechua de este estudio son atendidos en los hospitales Regional y Antonio Lorena del Ministerio de Salud, ubicados en la ciudad del Cusco, Perú. La cantidad de pacientes con esta afección que se atienden en estos establecimientos ha aumentado considerablemente en los últimos quince años, incluyendo a los de origen quechua, llegando estos a constituir aproximadamente el 40% de la atención con ésta enfermedad en ambos hospitales de acuerdo a lo informado por los médicos endocrinólogos que los atienden, si bien en la historia clínica de los pacientes no se consigna el origen étnico.

Es útil indicar que los pacientes con diagnóstico de diabetes de los dos hospitales reciben en las unidades de Endocrinología no solo atención médica especializada sino también la orientación necesaria para el manejo de su enfermedad. Esta orientación no solo se da durante la consulta médica sino también a través de sesiones educativas mensuales a cargo de los médicos especialistas así como de enfermeras y nutricionistas. Es necesario señalar que los contenidos y el material utilizados en dichas sesiones están en español y enfocados básicamente desde los patrones culturales y científicos correspondientes a la Medicina Moderna.

Los hospitales Regional y Antonio Lorena son los principales establecimientos de salud especializados del Ministerio de Salud (MINSA) de la región Sur Oriental del país y brindan servicios de salud a un porcentaje importante de pacientes de origen quechua, esto es que han tenido como lengua materna dicho idioma. Estos pacientes han migrado y viven en la ciudad del Cusco o proceden de distritos y

provincias cercanas, siendo derivados de los establecimientos de salud del primer nivel de su zona a los dos hospitales para recibir atención especializada. Estos hospitales cuentan dentro de sus Departamentos de Medicina con las unidades de Endocrinología ya señaladas.

La ciudad cuenta con más de 400 mil habitantes, siendo buena parte de su población migrante del ámbito rural, mestiza e indígena (quechua). Es importante destacar que la población regional, principalmente la urbana, como parte de la modernización de la sociedad peruana, ha experimentado en las últimas décadas cambios importantes en sus patrones culturales y en sus estilos de vida incluyendo su alimentación y en la actividad física (sedentarismo), estos hechos se asumen, que están incidiendo en la presencia creciente de enfermedades crónicas como la diabetes.

En relación al contexto epidemiológico de la región del Cusco se debe señalar que en la Región Cusco si bien aún figuran las enfermedades de los sistemas digestivo y respiratorio así como las enfermedades infecciosas y parasitarias como causas principales de morbilidad atendida en los establecimientos de salud, ya hay una presencia creciente de las enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas en los últimos años. Al respecto los casos totales tratados de diabetes mellitus tuvieron una clara tendencia creciente entre 2015-2019 (7463-10961), similar situación ocurre con los casos nuevos diagnosticados de diabetes mellitus entre esos años (1779-2447) (8). No se dispone sin embargo de la información estadística según condición étnica de los pacientes atendidos en los Hospitales Lorena y Regional, sin embargo, los médicos especialistas que atienden a los

pacientes con diabetes mellitus señalan un incremento marcado de los pacientes de origen quechua en los últimos años.

Asimismo, el sobrepeso y obesidad en la Región del Cusco presentan un incremento importante de su prevalencia. Así los casos de sobrepeso en los centros de salud detectados por tamizaje se incrementaron marcadamente entre 2015-2019 (9679-18705) y también los casos de obesidad (6464-10205). En relación a las diez primeras causas de mortalidad por grandes grupos, si bien las enfermedades del sistema respiratorio continuaban ocupando para los años 2017 y 2018 el primer lugar, las enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas ascendieron del séptimo a sexto (8).

El presente estudio busca comprender las representaciones sociales de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de origen andino (quechua) y que concurren a los dos hospitales ya señalados. Las representaciones sociales entendidas como el sentido común de las personas, deben permitir una aproximación a lo que estos pacientes piensan, sienten y actúan en relación a su enfermedad. En la revisión realizada no se ha encontrado a nivel del país estudios sobre las representaciones sociales sobre la diabetes en pacientes indígenas, si existen en cambio estudios de este tipo realizados en varios países latinoamericanos como México, Colombia, Venezuela, Argentina y Chile, los mismos que se reseñarán en la sección correspondiente.

El conocimiento logrado en este estudio, como se indicó previamente debe servir de base para plantear estrategias educativas en salud con enfoque de interculturalidad en los pacientes de origen quechua con diagnóstico de diabetes, a fin de contribuir a un control más efectivo de la DM2 en esta población. Es en

base a las consideraciones señaladas que se plantea la pregunta de investigación en los siguientes términos:

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las representaciones sociales sobre la experiencia de enfermar de los pacientes de origen quechua con diagnóstico de diabetes tipo 2 en los hospitales Regional y Antonio Lorena de Cusco, Perú?

2.2 Marco Teórico

2.2.1 Los pueblos indígenas

Los pacientes del presente estudio -pacientes de origen quechua con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en los hospitales Regional y Antonio Lorena de Cusco- pueden ser considerados, siguiendo a Marisol de la Cadena cuando caracteriza a los habitantes de origen rural de la ciudad del Cusco, como *indígenas mestizos* (9). Es por ello que es importante revisar los conceptos y los hechos más resaltantes sobre el bienestar y salud de los pueblos indígenas y de los mestizos.

Sobre el concepto de pueblos indígenas ha existido un amplio debate desde hace varias décadas hasta la actualidad. En el documento *State of World's Indigenous Peoples* 2009 (10), de las Naciones Unidas se señala el concepto que Roberto R. Martínez Cobo planteó en 1987:

“Las comunidades indígenas, pueblos y naciones son aquellas que, teniendo una continuidad histórica con las sociedades previas a la invasión y la colonización que se desarrollaron en sus territorios, se consideran ellos mismos distintos de otros sectores de la sociedad que ahora prevalecen en esos territorios o parte de ellos. Ellos forman al

presente los sectores no dominantes de la sociedad y están determinados en preservar, desarrollar y transmitir a las futuras generaciones sus territorios ancestrales, su identidad étnica, como la base de su continuidad como pueblos, en concordancia con sus patrones culturales, sus instituciones sociales y su sistema legal”.

El autor destaca la importancia central que tienen para estos pueblos, no solo la conservación de sus territorios sino también sus valores culturales para su continuidad como pueblos. En el citado trabajo se señala también que cualquier proyecto de desarrollo económico y social requiere tomar en cuenta los enfoques de pobreza y bienestar de los pueblos indígenas (10).

Al respecto se señala en el documento que en las últimas décadas en el contexto de la economía neoliberal se ha acentuado las desigualdades entre los diferentes países y al interior de ellos afectando los esfuerzos para un desarrollo sostenible. En ese marco se ha impulsado la privatización de las actividades estatales y se ha incrementado el rol del libre mercado, se ha flexibilizado el mercado laboral y se ha liberalizado el comercio. Los beneficios de estas políticas en general no han alcanzado a los pueblos indígenas del mundo quienes sufren los costos como son la degradación ambiental y de sus territorios (10).

En correspondencia con lo señalado también se deja establecido que los pueblos indígenas sufren las consecuencias de una injusticia histórica incluyendo la colonización, la desposesión de sus territorios y recursos, opresión y discriminación, así como la falta de control sobre sus propios modos de vida. De esta manera su derecho al desarrollo ha sido básicamente negado por los estados coloniales y modernos en busca del crecimiento económico. Como consecuencia

de ello los pueblos indígenas han ido perdiendo su poder y han devenido entre los grupos sociales más empobrecidos en sus respectivos países (10).

De otro lado se señala que los pueblos indígenas tienen culturas ricas y diversas basadas en una profunda relación espiritual entre ellos, con el territorio y los recursos naturales; la separación entre naturaleza y cultura no existe en las sociedades indígenas. Asimismo, las culturas indígenas están basadas en una perspectiva colectiva y consideran sus territorios y recursos como bienes colectivos. De otro lado las comunidades indígenas mantienen sus culturas vivas transmitiendo su cosmovisión, sus conocimientos y destrezas, sus artes, sus ritos y desempeños de una generación a otra (10).

En lo relacionado a la educación se indica también que los pueblos indígenas están particularmente afectados en su derecho a la educación por la pobreza, la marginalización, los servicios precarios y mal financiados, la distancia geográfica y los conflictos. Como resultado los estudiantes indígenas tienen menores niveles de matrícula, mayor deserción y resultados más pobres que la población no indígena en sus mismos países. La educación se recuerda es tanto un derecho por sí mismo como un medio indispensable para la realización de otros derechos y libertades así como un medio para superar la pobreza y participar plenamente en sus comunidades (10).

De otro lado con relación a la salud de los pueblos indígenas el documento señala que la “Declaración de la Naciones Unidas sobre los Pueblos Indígenas” reconoce que los indígenas tienen el derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física y mental alcanzable y que los estados deben tomar las acciones necesarias para lograr progresivamente la completa realización de este derecho. Asimismo se

indica que para los pueblos indígenas la salud es equivalente a “la coexistencia armoniosa de los seres humanos con la naturaleza, con ellos mismos, con los otros seres, orientada al bienestar integral, espiritual, individual y de toda la sociedad y a la tranquilidad” (10).

En correspondencia con lo señalado los sistemas de salud tradicionales son complejos y bastante estructurados en su contenido y en su lógica interna; en ese sentido se caracterizan por una combinación de prácticas y conocimientos acerca del cuerpo humano y la coexistencia con otros seres humanos, con la naturaleza y con los espíritus. Asimismo involucran la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento y la rehabilitación si bien con un abordaje integral y holístico. Indica también que muchas familias indígenas resuelven la enfermedad usando sea la medicina tradicional o la medicina occidental o una combinación de las dos (10).

En relación a la salud de los pueblos indígenas en el citado documento precisa que ellos sufren el peor estado de salud, están más expuestos a tener discapacidad y reducida calidad de vida y finalmente mueren más jóvenes que sus contrapartes no indígenas. Asimismo hace notar que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha señalado que el perfil epidemiológico actual de la población indígena está asociado con altos niveles de pobreza, desempleo, analfabetismo, migración, exclusión de la sociedad, pérdida de terrenos y de su territorio, destrucción de los ecosistemas, alteración de la dinámica de vida y no satisfacción de sus necesidades básicas (10).

En el Perú los pueblos indígenas han sido estudiados principalmente desde las Ciencias Sociales como la Antropología y la Sociología. Así nuestro país ha sido

calificado como pluricultural, existiendo numerosos pueblos indígenas como los andinos (quechuas y aimaras) y los amazónicos con sus variadas familias lingüísticas. Al respecto Bruno Ribotta 2008 (6), con datos del Censo Nacional 2007 precisa que los indígenas en el Perú eran 6'489,109 habitantes, lo que correspondía al 24.0% de la población nacional. En relación a los indígenas de lengua quechua señala que el departamento con mayor población era Cusco con 830,274 habitantes, lo que representaba el 72.4% de su población.

El mestizaje

En relación con los pueblos indígenas de América Latina es importante considerar que ellos han experimentado un proceso histórico de mestizaje biológico y cultural muy importante a partir de la Conquista y Colonia hasta el presente, lo que ha contribuido a configurar su identidad social. Al respecto para J.A. Batres en su trabajo *¿Decolonizar la identidad mestiza?* 2014 (11), señala que la identidad recibe múltiples influencias por lo que la misma tiene varias dimensiones: identidad nacional, política, étnica, de clase, religiosa, laboral, entre otros. Plantea también que un indígena se identifica como tal a partir adoptar las imágenes de ser indígena que se ha construido socialmente dentro y/o fuera de su grupo de referencia, un mestizo lo haría de igual manera; asimismo este proceso se da en respuesta a relaciones de poder intergrupales. Indica también que las imágenes con las cuales los y las mestizas se identifican corresponden en su mayoría al orden colonial, continuando en nuestros días con la colonialidad que persiste.

En efecto el autor indica que es necesario distinguir en primer lugar la “colonización”, esto es la expansión del imperio español desde finales del siglo

XIII y principios del siglo XIV, en territorios de Abya Ayala (América), África y Asia que significó ocupación, saqueo y sometimiento de los pueblos y naciones colonizadas. A diferencia de lo anterior la colonialidad es el patrón de relaciones de poder que emergió del largo proceso de sometimiento inacabado de los pueblos colonizados. Estos conceptos del autor se considera pueden ser útiles para entender la identidad de los pacientes del presente estudio.

Al respecto Catherine Walsh en su trabajo *Interculturalidad, colonialidad y educación* 2005(12), explica que la dominación colonial ha requerido en primer lugar de la *colonialidad del saber* que significa la negación de otras formas de conocimiento que no sean blancas, europeas y “científicas” en el sentido cartesiano y newtoniano. De esa manera están rehusados tanto el legado intelectual-ancestral de los pueblos indígenas y afro descendientes como sus formas no eurocéntricas de producción de conocimiento. Esta negación se ha extendido a la propia existencia humana con la *colonialidad del ser* que alude a la no existencia y la deshumanización de dichos pueblos, o sea una negación del estatus de ser humano que se inició con la esclavitud y luego con el racismo y la discriminación y que en cierta manera continúa hasta el presente.

En respuesta a dicha situación la autora plantea un *interculturalismo como proyecto ético-político* que, a diferencia del multiculturalismo que solo supone el reconocimiento de las minorías dentro del sistema social vigente, requiere el desarrollo de relaciones interétnicas horizontales a través de la creación de nuevos ordenes sociales. En ese sentido esta propuesta significa la construcción de un imaginario distinto de sociedad que permita pensar y crear no solo las

condiciones para un poder social diferente sino también otras condiciones tanto del conocimiento como de existencia orientado a la *descolonialidad* (12).

Asimismo la autora resalta la importancia de pensar, en nuestros países con fuerte presencia de población indígena, en *un giro decolonial en torno al conocimiento y a la educación*. Esto requiere tomar en cuenta las implicaciones de historias locales y epistemologías negadas y subalternizadas Asimismo señala que para confrontar la hegemonía y la colonialidad del pensamiento occidental es importante hacer visible nuestras propias subjetividades y prácticas incluyendo nuestras prácticas pedagógicas (12). Estas ideas de la autora se considera que pueden ser útiles en el presente trabajo para desarrollar una propuesta educativa con enfoque intercultural para los pacientes de origen quechua. En efecto se considera valiosa su propuesta de desarrollar una interculturalidad como proyecto ético-político para construir un nuevo orden social y en ese marco la importancia de un giro decolonial en torno al conocimiento y la educación incluyendo la necesidad de hacer visible “nuestras” subjetividades y prácticas.

2.2.2 La interculturalidad

El enfoque intercultural planteado en el presente estudio como base de una propuesta educativa para los pacientes con diabetes de origen andino requiere de una revisión sucinta de los abordajes más importantes sobre el tema. Al respecto es necesario tomar en cuenta en primer lugar el concepto de *aculturación* desarrollado Nathan Wachtel en su trabajo *La aculturación* 1978 (13), que sostiene que este proceso se dio históricamente en América a partir de la Conquista comprendiendo todos los fenómenos de interacción entre dos culturas diferentes siendo una de ellas dominante. Así según el autor en el Perú y México

se dio una “aculturación impuesta” a través del control directo de los españoles sobre la población indígena, en cambio con los araucanos se produjo una “aculturación espontánea” al haberse sometido a los dinamismos internos de la sociedad indígena.

Dice también el autor que los fenómenos de aculturación dieron como resultados sea a la “integración” de una parte o a la “asimilación” de otra parte. En el primer caso las innovaciones toman sentido dentro de una tradición indígena readaptada, en el segundo la adopción de los elementos europeos va de la mano con la eliminación de las tradiciones indígenas. Entre ambos polos señala hay tipos intermedio como el “sincretismo” donde se da una combinación de diversos elementos de las dos culturas pero que dan lugar a un nuevo sistema basado en otros principios (13).

Estos conceptos que se desarrollaron desde los años 50 del siglo pasado, han sido utilizados por la Antropología en las siguientes décadas para entender el proceso de cambio cultural que se dio en América Latina desde la Conquista y la Colonia hasta el presente. En los años 90 buscando explicar por qué el proyecto emancipador y democratizador de la modernidad aún no se había podido realizar García Canclini en su trabajo *Culturas Híbridas* 1989 (14), planteaba que “los países latinoamericanos eran resultado de la sedimentación, yuxtaposición y entrecruzamiento de las tradiciones indígenas (especialmente en las áreas mesoamericana y andina), del hispanismo colonial católico y de las acciones políticas, educativas y comunicacionales modernas”. Señala también que pese a los intentos de dar a la cultura de élite un perfil moderno, recluyendo lo indígena y

lo colonial en sectores populares, “un mestizaje interclasista ha generado formaciones híbridas en todos los estratos sociales”.

Desde una perspectiva más global y recogiendo el cuestionamiento a la modernidad incluyendo a su versión crítica Boaventura de Souza Santos en su trabajo *Refundación del Estado en América Latina. Perspectivas desde una epistemología del Sur 2010* (15), propone una epistemología del Sur que la entiende como “el reclamo de nuevos procesos de producción y de valoración de conocimientos válidos, científicos y no científicos, y de nuevas relaciones entre diferentes tipos de conocimiento, a partir de las prácticas de las clases y grupos sociales que han sufrido de manera sistemática las injustas desigualdades y las discriminaciones causadas por el capitalismo y por el colonialismo”.

Indica asimismo el autor que “la comprensión del mundo es mucho más amplia que la comprensión occidental del mundo” y que la transformación progresista del mundo puede ocurrir por caminos no previstos por el pensamiento occidental, incluso por el pensamiento crítico occidental (incluyendo el marxismo) y que “la diversidad del mundo es infinita, una diversidad que incluye modos muy distintos de ser, pensar y sentir, de concebir el tiempo, la relación entre seres humanos y entre humanos y no humanos”. Indica también que para desarrollar esta epistemología es necesario de una parte aprender otros conocimientos sin olvidar el propio (“ecología de saberes”) y de otra crear inteligibilidad recíproca entre las diversas experiencias del mundo, tanto las disponibles como las posibles (“traducción intercultural”) (15). Estos conceptos del autor que se consideran nos ayudan a entender mejor los retos que plantea una educación en salud incluyendo la diabética con enfoque intercultural. En efecto se puede asumir que los

conocimientos y prácticas de los pacientes del presente estudio sobre, indígenas mestizos de origen quechua, sobre su enfermedad, son válidos y podrían interactuar con los conocimientos y prácticas de la Medicina Moderna.

Es también importante señalar que en el Perú, el análisis del mestizaje tuvo en José María Arguedas a uno de sus representantes más destacados ya que no solo analizó sino vivió y sintió dicho proceso. Al respecto es conocida su expresión “yo no soy un aculturado, soy un peruano que orgullosamente, como un demonio feliz habla en cristiano y en indio, en español y en quechua” (16). Señalaba también el autor en uno de sus primeros trabajos “*Entre el kechwa y el castellano la angustia del mestizo*” 1939 (17), que este proceso de mestizaje que arrancó con la Conquista y la Colonia fue en el plano cultural muy lento durante dicho periodo e incluso durante la República del siglo XIX, recién en el siglo siguiente se dieron cambios importantes, así “los mestizos siguieron aumentando en número y en cultura y llegaron a ser pueblo, mayoría en el Ande del Perú como ciudadanos y como espíritu”. Continúa señalando que Occidente no pudo dominar a este mestizo porque su profunda entraña india lo defendió y siguió y sigue pugnando por crearse una propia personalidad cultural. Y por eso, porque “en el espíritu del mestizo es ya más lo indio que lo español y por eso el castellano puro no puede ser su idioma legítimo”.

En las décadas siguientes a la elaboración de estas reflexiones del autor, el fenómeno del mestizaje se desarrolló en nuestro país en forma paralela a otros procesos sociales como la migración de la población andina hacia las ciudades de la Costa y de la Sierra, la urbanización y un cierto tipo de desarrollo capitalista lo que ha configurado una sociedad multicultural (18). Estos cambios fueron a su

manera vividos y analizados por Arguedas y volcados tanto en sus trabajos literarios como en sus estudios antropológicos. Se reconoce que en una de sus últimas novelas “Todas las Sangres” el autor expresa con más claridad lo que ha llamado C.I. Degregori la “utopía arguediana”, de unir el caudal de las diferentes culturas del Perú sin que ello signifique la aculturación de los subalternos. Indica también éste autor que Arguedas logro intuiciones que lo convirtieron en el precursor de la interculturalidad como base para la construcción de un Perú diferente y que ella solo puede plasmarse entre ciudadanos con iguales derechos y con mínimos de equidad económica (19).

Al respecto es muy importante considerar lo planteado por Fidel Tubino en su libro *La interculturalidad en cuestión 2016* (20) en el sentido de que hay un interculturalismo funcional neoliberal que postula la necesidad del dialogo y el reconocimiento intercultural pero sin darle la debida importancia al estado de pobreza crónica y en muchos casos extrema en que se encuentran los ciudadanos que pertenecen a las culturas subalternas de la sociedad. Este interculturalismo funcional produce un discurso y una praxis legitimadora que se visibiliza mediante los Estados nacionales y las instituciones de la sociedad civil. Así señala que en nuestro país el Estado ha incorporado el discurso de la interculturalidad en la Constitución, esto sin embargo siendo positivo está restringido al sector Educación y no al Estado en su conjunto.

Ante el interculturalismo funcional el autor plantea el interculturalismo crítico para lo cual parte indicando que la injusticia cultural y la injusticia económica son dos caras de la misma moneda, dos aspectos indesligables de la inequidad social. En ese sentido el interculturalismo crítico es básicamente una propuesta de

cambio social en democracia, lo que implica un primer momento de esclarecimiento e interpretación de los hechos y un segundo momento de carácter ético y político los mismos que al ir juntos orientan las acciones programáticas del ejercicio de la interculturalidad. Señala también que hay que empezar a democratizar los espacios públicos, a descolonizarlos de las leyes del mercado y hacerlos inclusivos de la diversidad cultural. Plantea también la urgencia de que el Estado sea considerado como un tejido cultural marcado por la etnicidad (20).

Señala el autor de otro lado que un gran aporte de las democracias liberales a la humanidad ha sido de que la ciudadanía no es un patrimonio de unos pocos sino una cualidad propia de todos los seres humanos. Sin embargo indica que no basta el reconocimiento legal de los derechos ciudadanos para poder tener la oportunidad de ejercerlos. Así señala que para los indígenas de América, el acceso al ejercicio de la ciudadanía implica la renuncia a su cultura y su asimilación a la cultura criolla, con lo que se busca uniformizar las identidades originarias desde los marcos de la identidad cultural de la nacionalidad dominante. Indica también que las concepciones amerindias de los derechos humanos deben ser consideradas ya que pueden contribuir a recrear nuestra concepción de los derechos humanos al hacer del derecho al ambiente parte de los derechos fundamentales al lado del derecho a la vida y a la libertad de pensamiento (20).

El autor plantea también que en Latinoamérica, el interculturalismo instituido desde el Estado se lo utiliza con una lógica instrumental técnico-funcional que le quita su función político liberadora y lo reduce a su dimensión pedagógica. En ese sentido señala que el concepto de interculturalidad pone énfasis en la comunicación y la interacción entre las dos lenguas y principalmente entre las

culturas. Asimismo señala que la educación intercultural no tiene que circunscribirse a la educación rural, también debe desarrollarse en las áreas, urbanas y urbano marginales. Indica asimismo que la interculturalidad para consolidarse debe abarcar los diferentes sectores y no sólo en la educación pública, como en los programas de salud pública y de administración de justicia (20).

Se considera que estos conceptos y propuestas sobre la interculturalidad planteados por Fidel Tubino también nos pueden ayudar en el presente estudio no solo para entender mejor los retos que plantea el desarrollo de una interculturalidad en salud como parte de la construcción de una sociedad más justa sino también la importancia de que la interculturalidad se extiende a diferentes sectores de la sociedad como los programas de salud pública, lo que también ha de contribuir a construir una ciudadanía más real.

De otro lado, es importante destacar que en el país desde hace unos años el Ministerio de Salud (MINSA) ya está considerando la Interculturalidad como un concepto transversal en sus políticas, estrategias y acciones de salud. Es conocido al respecto la iniciativa de la atención del parto vertical para la atención de gestantes de origen andino o amazónico, experiencia que siendo valiosa requiere seguir siendo evaluada. Asimismo desde el año 2015 el Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI) del Instituto Nacional de Salud (INS) viene impulsando el Curso Formación de Facilitadores para la implementación de la Interculturalidad en Salud (7). Luego en el año 2016 a propuesta de dicho instituto se aprueba el *MINSA. DS N° 016. Política Sectorial de Salud Intercultural* (21), que establece dicha política a fin de promover el derecho a la salud de hombres y mujeres

indígenas, amazónicos, afroperuanos sin discriminación. Se considera que estas iniciativas crean también un contexto favorable en el sector salud para el desarrollo de modelos educativos y de atención de salud con enfoque intercultural.

2.2.3 La diabetes mellitus

En el *Informe Mundial sobre Diabetes* del 2016, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (22), recuerda que la diabetes es una afección de larga duración que se presenta cuando la glándula pancreática no produce cantidades apropiadas de insulina, la hormona encargada de mantener los niveles de glucosa en sangre (diabetes tipo 1) o cuando el organismo no puede emplear con efectividad la insulina que produce (diabetes tipo 2). Señala también que las personas con diabetes tipo 1 necesitan la aplicación cotidiana de insulina para tener una cantidad adecuada de glucosa en la sangre. Los síntomas de la enfermedad abarcan poliuria, polidipsia, apetito aumentado, alteraciones en la vista y cansancio. Indica de otro lado que la Diabetes tipo 2 afecta a la mayor parte de las personas con diabetes en todo el planeta; los síntomas son semejantes a los del tipo 1 pero son a menudo menos marcados o no se presentan. Como resultado puede que la enfermedad no sea diagnosticada por varios años hasta que se presentan las complicaciones.

En relación a los factores de riesgo el documento de la OMS, indica que la probabilidad de presentarse la diabetes de tipo 2 está condicionada por la acción mutua de causas genéticas y metabólicas. Así la probabilidad aumenta en presencia de factores étnicos, historia previa de diabetes en parientes, de diabetes en el embarazo junto con edad prolongada, peso excesivo y obesidad, alimentación no saludable, sedentarismo y el consumo del tabaco. Indica también

que el exceso de tejido adiposo, cuya valoración expresa el tipo de dieta y de actividad física, es la causa que se relaciona más con la probabilidad de presentar diabetes de tipo 2 (22).

El informe de la OMS señala también que si la diabetes no se cuida de manera apropiada aparecen otras afecciones que dañan la salud y amenazan la supervivencia del paciente. Así dentro de las afecciones agudas se tiene la cetoacidosis diabética en casos de diabetes de tipo 1 y 2, niveles muy bajos de glucosa en sangre y coma hiperosmolar en casos de diabetes de tipo 2. Dentro de las afecciones crónicas tenemos el deterioro de los vasos sanguíneos de órganos importantes y nervios que se traducen en enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal, úlceras e infección en las extremidades, etc. (22).

Precisa asimismo el documento de la OMS que al aumentar la prevalencia de la diabetes y la longevidad de los pacientes, esta afección se está asociando con una mayor presencia de algunos cánceres y de limitaciones en la capacidad física y cognitiva. Señala que la variedad de afecciones asociadas a la diabetes y al aumento de la longevidad de los pacientes con diabetes resaltan la importancia realizar el seguimiento de su calidad vida y valorar el impacto de las intervenciones sobre la misma (22).

Con relación al tratamiento la OMS señala en el documento, que el punto de partida para vivir bien con la diabetes es un diagnóstico temprano, cuanto más tiempo una persona viva con su diabetes no diagnosticada y tratada los resultados en salud serán peores. Indica también que la diabetes tipo 2 a menudo no muestra síntomas y entonces algunos pacientes llegan a los servicios de salud cuando presentan complicaciones tales como la pérdida de la vista, ataque al corazón o

gangrena de una extremidad. Asimismo la diabetes tipo 2 se desarrolla lentamente y a menudo hay un largo periodo de tiempo en el cual la enfermedad está ya presente pero no está detectada. Si el análisis de laboratorio de glucosa en plasma no es factible en los establecimientos de salud del primer nivel, los dispositivos para medir la glucosa en sangre capilar y que cumplen con los estándares de la International Standardization Organization (ISO) son también una alternativa (22).

Señala de otro lado la OMS, que las guías nacionales y los protocolos de manejo adaptadas a contexto particulares son herramientas útiles para lograr un manejo consistente y estandarizado. Estas guías deben considerar los siguientes principios básicos de manejo:

- Intervenciones para promover y apoyar estilos de vida saludables incluyendo dieta saludable, actividad física, evitar el tabaco y el alcohol.
- La medicación con insulina o hipoglicemiantes orales para el control de la glucosa en sangre.
- La medicación para controlar el riesgo de enfermedad cardiovascular.
- Exámenes regulares para la detección temprana de complicaciones como el examen completo de la vista, la medición de proteína en sangre y el examen de los pies para detectar neuropatía.
- Criterios estandarizados para la referencia de pacientes del primer nivel al segundo o tercero.
- El manejo integrado de la diabetes con otras enfermedades. (22).

En correspondencia con lo señalado la OMS, plantea que la educación del paciente es un componente muy importante del manejo de la diabetes. Así los

pacientes necesitan entender los principios y la importancia de la dieta saludable, de la adecuada actividad física, de evitar el tabaco y el alcohol, de la adherencia a la medicación, de la higiene de los pies y de la necesidad de los controles metabólicos periódicos y de la presencia o progresión de las complicaciones (22). Al respecto los especialistas en educación diabética plantean que el manejo de la diabetes requiere no solo el aporte del profesional médico quien plantea la medicación y proporciona la orientación adecuada, sino también es fundamental la participación activa de las personas afectadas y el apoyo de su familia especialmente para cambiar los estilos de vida (5).

En relación a los enfoques y metodologías de la educación diabética señalan que esta debe ser una práctica continua que comprende cuatro etapas las mismas que se dan de manera cíclica: diagnóstico, proyecto, intervención y apreciación. El diagnóstico tiene la finalidad de determinar las necesidades educativas del paciente, así como los posibles problemas que se pueden presentar. Aquí es importante no solo considerar información demográfica, estilo de vida, historia clínica, conocimientos sobre diabetes, autocuidado, disposición de aprender, capacidad cognitiva, limitaciones físicas, estatus económico, sino también factores *culturales*. El proyecto viene a ser la formulación de los objetivos y de los métodos para lograrlos. La intervención es la ejecución del proyecto y la apreciación es la valoración del cumplimiento de los objetivos (5). Se considera que estos conceptos sobre la educación diabética son importantes a tomar en cuenta en el presente estudio.

En relación a la diabetes que afecta a los pueblos indígenas a nivel internacional en el documento ya citado *State of Indigenous People 2009* (10), se señala que

ellos son particularmente vulnerables a esta enfermedad debido a una combinación de factores ambientales, genéticos y socioeconómicos. Así la contaminación y destrucción de sus hábitats naturales y la desaparición de las plantas y animales silvestres ha resultado en la erosión de sus sistemas tradicionales de alimentación y ha deteriorado su seguridad alimentaria. Esto ha conducido a un incremento de la dependencia en los alimentos importados que no solo tienen poco valor nutricional sino a menudo alto contenido en sodio y grasa, causando obesidad y diabetes (10).

Se indica también en el documento, que los procesos de selección genética que pueden haber sido ventajosos cuando había escasez de alimentos y había que obtenerlos a través de un esfuerzo físico intenso ahora hacen a los pueblos indígenas altamente vulnerable a la diabetes en tiempos de rápida transición a una dieta con altas calorías y bajos niveles de actividad física. Esta situación indica, se agrava por la falta frecuente de acceso de los pueblos indígenas a la atención de salud. La mayor parte de los pueblos indígenas nunca se les ha diagnosticado y tratado su diabetes, a otros se les diagnostica demasiado tarde para prevenir los dramáticos impactos en la vista, los riñones, los nervios y la circulación (10).

En relación con la presencia de la diabetes en nuestro país Villena JE. en el trabajo *Epidemiología de la Diabetes Mellitus en el Perú 2016* (23), realizada a partir del análisis de varios estudios indica que la Diabetes Mellitus tipo 2 representaba el 96.8% de los casos atendidos en los hospitales notificantes, asimismo que la prevalencia del sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico en adultos era de 34.7 %, 17.5 % y 25 % respectivamente. Se han realizado también algunos estudios sobre la prevalencia de la diabetes considerando la Costa, los

Andes y la Amazonia. Así tenemos el estudio de Seclén SN, Rosas ME, Arias AJ, et al. *Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in Perú: report from PERUDIAB, a national urban population based longitudinal study 2015* (24), donde entre otros resultados se encontró que la prevalencia fue significativamente mayor en las poblaciones de la Costa que en las de los Andes (8.2% vs 4.5%; $p=0.03$) y de la Amazonía (3.5%; $p=0.02$). Ese estudio confirmó que la diabetes es un problema importante de salud pública en el Perú. En otro estudio de Seclén SN, Rosas ME, Arias AJ, et al. *Elevated incidence rates of diabetes in Perú: report from PERUDIAB, a national urban population based longitudinal study 2017* (25), de tipo longitudinal que concluyó en 2012 realizado en adultos de 25 y más años, de ambos sexos de las tres regiones del Perú (si bien no se incluyó a la población del ámbito rural), se encontró que la incidencia acumulada y la tasa de incidencia de diabetes fueron 7.2% y 19.5 nuevos casos por 1000 personas año. Estos resultados confirmaron que la incidencia en el Perú está en aumento. Al respecto la Asociación Peruana de Endocrinología reconociendo a la diabetes como un problema de salud pública importante en nuestro país elaboró la *Guía Peruana de Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2* 2008 (26), donde se destaca como una estrategia importante para su control la Educación de la Persona con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2).

Es evidente sin embargo que en nuestro país aún no se conoce la prevalencia de la diabetes de los indígenas sean andinos o amazónicos, si bien existen algunos estudios y también evidencias del Ministerio de Salud de su presencia creciente en ambos grupos étnicos, como se indicó previamente (3), (4).

En lo referente a la intervención del Estado Peruano respecto a la diabetes en el año 2005 se emite la *Ley N° 28553. Ley General de Protección a las personas con Diabetes* (27), la misma que plantea como finalidad establecer un régimen legal de protección a las personas con dicha enfermedad brindando atención, control y cuidado a la misma, así como dotarlos de una cultura de prevención e integración económica y social. En los siguientes años se han emitido varias normas legales incluyendo documentos técnicos que desarrollan los diferentes componentes de esta política y que recogen en lo fundamental las orientaciones señaladas previamente de la Organización Mundial de la Salud respecto a esta enfermedad. De esta manera el Estado Peruano reconoce formalmente su responsabilidad con la prevención y control de la enfermedad en la población nacional.

En esa línea en el año 2010 el Ministerio de Salud emite el Documento Técnico *Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud* (28), en el mismo están considerados para el tratamiento de la diabetes los siguientes medicamentos: insulina, metformina y glibenclamida. Es también útil tomar en cuenta que en el año 2016 se emite la Resolución Ministerial M N° 229-2016/MINSA (29), que establece el Documento Técnico *Lineamientos de Políticas y Estrategias para la Prevención y Control de las Enfermedades No Trasmisibles para el periodo 2016-2020*; dentro de estas enfermedades se considera a la diabetes junto con las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas y se señala también como uno de los enfoques orientadores la *interculturalidad*. Se considera que la normatividad señalada define en lo fundamental el marco legal y técnico del Estado Peruano

para la prevención y control de la diabetes como problema de salud pública, incluyendo la atención a la población indígena y mestiza del país. Es útil señalar sin embargo que pese a estos avances, en la revisión realizada no se han encontrado experiencias importantes sobre intervenciones educativas en nuestro país que consideren la identidad cultural de los pacientes.

2.2.4 *Las representaciones sociales*

Esta investigación, aborda las representaciones sociales sobre la diabetes en la población indígena de origen andino, es por tanto necesario revisar los conceptos más importantes al respecto.

Denise Jodelet una de las exponentes más importantes de esta teoría en su trabajo *Les representations sociales: un domaine en expansion* 2003 (30), señala en primer lugar que las representaciones sociales responden a la necesidad de los seres humanos de tomar en cuenta (*en tenir*) el mundo que nos rodea; en relación a él, es necesario adecuarse, conducirse, dominarlo física o intelectualmente, identificar y resolver los problemas que él plantea; es por ello que fabricamos las representaciones. Plantea asimismo que frente al mundo que nos rodea no estamos equipados solamente de automatismos ni tampoco estamos aislados en la vida social: este mundo lo compartimos con los otros, nos apoyamos en ellos –a veces en la convergencia, otras en el conflicto- para comprenderlo, manejarlo o afrontarlo.

Indica la autora, en correspondencia con lo señalado y recogiendo el consenso de la comunidad científica, que la representación social:

“es una forma de conocimiento, socialmente elaborada y compartida, teniendo un enfoque práctico y orientado a la construcción de una realidad común a un conjunto social” (30).

Indica asimismo que se le designa también como “el saber del sentido común” o incluso como el “saber ingenuo” o “natural” y que esta forma de conocimiento se distingue entre otros, del conocimiento científico. Señala también la autora, que las representaciones sociales en tanto sistemas de interpretación, regulan nuestra relación con el mundo y con los otros, orientan y organizan las conductas y las comunicaciones sociales. Asimismo ellas intervienen en procesos tan variados como la difusión y asimilación de conocimientos, el desarrollo individual y colectivo, la definición de las identidades personales y sociales, la expresión de grupos y las transformaciones sociales (30).

Señala también que la teoría de las representaciones sociales tiene tres características destacadas: vitalidad, transversalidad y complejidad. La vitalidad al renovar no solo la psicología social y la sociología, también otras ciencias sociales como la antropología y la lingüística. La transversalidad al interpelar y articular estos diferentes campos de la investigación. Y la complejidad al ubicarse en el cruce de la dinámica social y de la dinámica psicológica lo que conduce a la elaboración de una teoría compleja (30).

En América Latina la teoría de las representaciones sociales ha tenido un desarrollo y aplicación importantes. Así Sandra Araya en su trabajo *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión* 2002 (31), señala que las representaciones sociales “hacen referencia a un tipo específico de conocimiento que juega un papel crucial sobre cómo la gente piensa y organiza su

vida cotidiana: el conocimiento del sentido común”. Indica también que “este incluye contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos que tienen una función no solo en ciertas orientaciones de las conductas de las personas en su vida cotidiana, sino también en las formas de organización y comunicación que poseen tanto en sus relaciones interindividuales como entre los grupos sociales en que se desarrollan”.

Otra autora, Irene Vasilachis en su trabajo *Pobres, pobreza, identidad y representaciones sociales* 2003 (32), señala que para la sociología tres paradigmas epistemológicos, que fueron definidos como marcos teórico-metodológicos, han sido utilizados para interpretar los fenómenos sociales en el contexto de una determinada sociedad. Estos paradigmas son: el materialista-histórico, el positivista y el interpretativo, este último en vías de consolidación. La autora sin negar la utilidad de los dos primeros plantea la importancia de usar el paradigma interpretativo en la medida en que permite conocer mejor la perspectiva del “otro”, es justamente eso lo que busca la teoría de las representaciones sociales.

Refiere también la autora, que desde su punto de vista el paradigma interpretativo tiene cuatro supuestos básicos:

- a) *La resistencia a la naturalización del mundo social*: el análisis de los motivos de la acción, de las normas, de los valores y de los significados sociales es más importante que la búsqueda de la causalidad, de las generalizaciones y de las predicciones relacionadas al mundo físico y de los estados de cosas.
- b) *La relevancia del concepto del mundo de la vida*: este mundo es el contexto en el que se dan los procesos de entendimiento, proporciona los

recursos necesarios para la acción y se presenta como horizonte, ofreciendo a los actores sociales patrones y modelos de interpretación.

- c) *De la observación a la comprensión y del punto de vista externo al punto de vista interno*: la comprensión de la realidad simbólicamente preestructurada requiere la función participativa del intérprete (el investigador) que no “da” significado a lo observado, sino que hace explícita la significación “dada” por los participantes.
- d) *La doble hermenéutica*: los conceptos de segundo grado creados por los investigadores para reinterpretar una situación que ya es significativa para los participantes son, a su vez utilizados por los individuos para interpretar su situación convirtiéndose en nociones de primer grado (32).

Es en base a estos criterios del paradigma interpretativo que la autora plantea que “se hace necesario asumir, frente a la epistemológica del *sujeto cognoscente* (el investigador), la epistemología del *sujeto conocido* (el investigado), esto debe permitir un mejor conocimiento de la realidad social”. Es importante indicar que esta propuesta implica reconocer la validez del conocimiento del sujeto conocido a partir del reconocimiento de la igualdad esencial, más no existencial, entre los seres humanos (32).

Es muy importante de otro lado también considerar que las representaciones sociales tienen su organización y su estructura. Al respecto W. Wagner y N. Hayes en su obra “*El discurso de lo cotidiano el sentido común. La teoría de las representaciones sociales*” 2011 (33), señalan que la forma concreta que adoptan el conocimiento de contenido racional y las representaciones sociales en la mente de la gente es similar a las imágenes y las metáforas. Estas últimas están

compuestas por tres elementos: un dominio experiencial, un dominio otro y la relación de correspondencia entre ambos. El dominio experiencial proporciona la imagen mental a través de la cual una teoría o un fenómeno poco comprensible se convierte en inteligible; el dominio otro está más lejos de la experiencia, es más abstracto y menos comprensible.

Señalan también dichos autores, que las representaciones sociales no solo tienen la organización básica referida sino también tienen una estructura y función y que está formada por un *núcleo central* y una *periferia*. El núcleo central le da significado y coherencia a la representación social, sus elementos se recuerdan mejor, son más estables y tienen implicancias en la acción. La periferia suele cumplir un rol de adaptación a la realidad, son más cambiantes y cumplen una función de protección (33).

Finalmente los autores indican que las representaciones sociales se van a construir en los procesos de comunicación y en el discurso de los grupos sociales, más que en la contemplación individual. En ese sentido los procesos de especial importancia en esa dinámica son la *categorización* y el *anclaje*, el *marcaje social*, el *auto posicionamiento* y la *objetivación*. La categorización y el anclaje vienen a ser la clasificación y la articulación de las imágenes y metáforas al sistema cognitivo de las personas. El marcaje social es la relación que se establece entre las condiciones sociales y las operaciones cognitivas de las personas en relación con determinados objetos sociales. El auto posicionamiento consiste en que los actores sociales se ubican dentro del mundo social. Finalmente la objetivación es un mecanismo por el cual el conocimiento representado socialmente adquiere su forma específica y concreta (33). El conjunto de estos conceptos sobre las

representaciones sociales se considera muy importantes a tomar en cuenta para la realización del presente estudio ya que el mismo busca justamente acercarse al sentido común de la población indígena de origen quechua del Cusco en relación a su experiencia de vivir la diabetes.

2.2.5 Antecedentes

Existen varios estudios sobre las representaciones sociales de la diabetes en pueblos indígenas de Latino América, aquí presentamos los que se considera más ilustrativos.

Un estudio de J.A. Cardona *Representaciones sociales sobre medicina tradicional y enfermedades foráneas en indígenas Embera Chamí de Colombia* 2012 (34), tenía como propósito conocer las representaciones sociales de la medicina tradicional y de las “enfermedades foráneas” en dicho pueblo. La metodología se basó en una muestra de 22 pacientes indígenas, se realizaron entrevistas, diarios de campo y observación participante y no participante. En los resultados se constató que para los pacientes el proceso salud enfermedad es la armonía en las dimensiones psíquico mental, espiritual, social, ambiental y físico-biológica. La enfermedad ocurre cuando se ha perdido dicho equilibrio, en el caso de la diabetes y otras enfermedades foráneas por la influencia del mestizaje que ha alterado su alimentación; para su diagnóstico y tratamiento se necesita los recursos de la medicina moderna si bien sus plantas medicinales ayudan. Como conclusión se señala que el universo simbólico indígena contribuye a la interculturalidad en salud, promueve el abordaje integral de las enfermedades foráneas y favorecen el uso contextualizado del saber ancestral.

Otro estudio, de F. Bautista *Prevención Intercultural de la Diabetes Tipo II en el pueblo Pemón-Kamarakoto 2014* (35), buscó sistematizar la experiencia intercultural de la amenaza que representan las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus y la construcción colectiva de un criterio útil para la prevención en dicho pueblo del municipio de Gran Sabana, estado de Bolívar, Venezuela. La metodología del trabajo fue cualitativa, uniendo el enfoque paradigmático interpretativo con la Investigación Acción Participativa (IAP) y el método etnográfico. En los resultados se evidenció la coexistencia de la racionalidad biomédica y el “socio-mágico tradicional” así como la ausencia de interculturalidad en la atención formal de salud (con el etnocentrismo de la primera) y la falta de prevención con enfoque intercultural. La diabetes es consecuencia de un “taren” maléfico, es incurable, se le teme y hay cierta resignación (“de algo hay que morir”). Se constata también que hay falta de prevención en relación a la diabetes. Finalmente como conclusión se plantea la conveniencia de impulsar alternativas de carácter intercultural para evitar la diabetes.

La investigación de J.T. Page *Subjetividades sobre la causalidad de diabetes mellitus entre seis tseltales de la cabecera municipal de Tenejapa, Chiapas (México) 2015* (36), tuvo como objetivo explorar las subjetividades de los tseltales de la cabecera municipal de Tenejapa con diabetes sobre la causa de su “azúcar” en la sangre. Se realizó una investigación cualitativa mediante entrevistas en profundidad a pacientes con dicha afección. En los resultados se encontró que quienes padecen la diabetes sitúan la causa del padecimiento en el plano “natural”, así la atribuyen en primer lugar a malos hábitos de vida (consumo

de cerveza, refrescos, enlatados) y consideran como desencadenantes situaciones emocionales extremas o de larga duración. En el otro extremo se encuentra personas que consideran el susto como causa desencadenante o bien que la enfermedad les fue introducida por otra persona (envidia u odio), sin embargo, la idea más frecuente en este polo es que les han echado el mal (ak'chamel). La conclusión más importante es que quienes han tenido mayor interacción con la sociedad mestiza se inclinan a descartar los aspectos no naturales, situando la enfermedad del “azúcar” en el ámbito natural, como los hábitos alimenticios y los factores emocionales.

El trabajo de S. Bermedo *Dimensiones y significados que adquiere el proceso salud-enfermedad-atención en usuarios mapuche-williche con diabetes mellitus e hipertensión arterial* 2015 (37) buscó describir las concepciones y prácticas terapéuticas tradicionales que convergen en la atención de usuarios indígenas Mapuche-Tiliche con diagnóstico de diabetes e hipertensión arterial de los establecimientos de salud ubicados en Río Negro, Chile. Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo de carácter socio-antropológico con el enfoque del paradigma interpretativista. En los resultados se encontró que para los usuarios la diabetes y la hipertensión son enfermedades que no se conocían antes, que llegaron con la incorporación de alimentos procesados con alta cantidad de grasa y azúcar propios de la vida moderna y que tienen un tratamiento basado en elementos químicos (pastillas) “invasivos” para el organismo. Asimismo ellos complementan, alternan o sustituyen la medicina occidental por la medicina mapuche (incluyendo el uso de algunas hierbas medicinales) para tratar la diabetes mellitus e hipertensión arterial. La conclusión fue que las concepciones de las

enfermedades cardiovasculares desde el modelo médico oficial-hegemónico no son parte de la matriz cultural del pueblo mapuche-williche, constatándose que la adherencia al tratamiento moderno impuesto es baja en pacientes indígenas.

El estudio de S. Lerín P., C. Juárez y D. Reartes *Creencias de indígenas chiapanecos en torno a la diabetes y posibilidades de atención intercultural* (México) 2015 (38), se propuso describir las experiencias de padecer diabetes tipo 2 en un grupo de pacientes indígenas con diagnóstico de diabetes de los servicios de salud de los Altos de Chiapas (maya hablantes del sureste mexicano). Se realizó un estudio cualitativo con entrevistas semi estructuradas. En los resultados se encontró que en la construcción del padecer se encuentran distintas entidades enfermantes algunas naturales y otras sobre naturales, pero que han de producir angustias, sufrimiento y sobre todo susto. En relación al tratamiento los pacientes utilizan en primer lugar el recurso terapéutico comunal antes de acudir al médico, incluyendo aquí el uso de diferentes plantas medicinales; indican también que no van al curandero ya que el mismo no puede tratar esa enfermedad. Se constata asimismo que la atención que reciben los usuarios indígenas en los servicios de salud de la zona es precaria y de mala calidad. La conclusión más importante es que la diabetes en contextos indígenas requiere de un tratamiento con pertinencia cultural para lograr la adherencia al tratamiento.

Un trabajo muy interesante es el de L. Montesi *La diabetes como metáfora de vulnerabilidad. El caso de los ikojts de Oaxaca* (México) 2017 (39), en el que mediante una investigación etnográfica se exploró las representaciones socioculturales de la diabetes y sus experiencias de vida con ésta afección. A éste efecto se usó las entrevistas semi estructuradas en personas de esa comunidad con

diagnóstico previo de diabetes de tipo 2 auto reportado. Los resultados el estudio indican que para muchos miembros de ese grupo la diabetes es una expresión de la vulnerabilidad, consecuencia de los cambios socioeconómicos, alimentarios y ambientales sufridos en las últimas décadas y que se han inscrito en su cuerpo y en su horizonte de sentido. Los ikojts señalan que antes vivían vidas más largas y sanas si bien su existencia era más dura la gente era más fuerte y poco inclinada a enfermarse. Asimismo las emociones fuertes y negativas (sobre todo susto, coraje y muina, pero también la tristeza y el pensar mucho) constituyen un componente muy importante de la enfermedad. Ellos si bien asocian la diabetes con las curas biomédicas («esta enfermedad es para doctor, no para curandero»), con frecuencia recurren a sus terapeutas tradicionales, quienes curan sus almas, atienden sus sustos y tratan la causa última de su enfermedad, a la que evidentemente consideran de tipo social y espiritual. Los pacientes lamentan la mala calidad de la atención de salud que reciben. La conclusión es que para enfrentar a la diabetes se necesita proponer un modelo de vulnerabilidad de tipo holístico, relacional y de larga duración que resalte las interacciones entre etnia, clase y género dentro de un contexto determinado históricamente.

El trabajo de J.T. Page, E. Eroza y C.G. Acero *Vivir sufriendo de azúcar. Representaciones sociales sobre diabetes mellitus en tres localidades de los Altos de Chiapas* (México) 2018 (40), buscó conocer la subjetividad, las experiencias y trayectorias de mayas y mestizos pobres que viven sufriendo la diabetes mellitus. Se realizó una investigación cualitativa mediante entrevistas a los pacientes y sus familiares. En los resultados se señala en primer lugar que entre tseltales, tsotsiles y mestizos hay una cosmovisión que alude a elementos de orden ideológico,

cosmogónico, religioso, biomédico, los mismos que están activos en la subjetividad y en sus prácticas del proceso salud-enfermedad-atención prevención. Cuando el problema de salud rebasa las capacidades de la auto atención se recurre a terapeutas de los diferentes sistemas médicos al alcance de la familia, ya sea hierbateros, hueseros, promotores de salud, doctores o biomédicos a nivel público o privado. Asimismo en relación a la diabetes la mayor parte de participantes manifestaron que el «azúcar no pide rezo», que es una enfermedad natural y requiere, en algunos casos plantas, y en otros “medicina de farmacia”. La conclusión más importante es que la biomedicina tiene que adentrarse en las modalidades culturales del padecer y posibilitar de esa manera la generación de intervenciones educativas para un manejo más adecuado.

La investigación de F. Quiñonez, M. de L. Vargas y R. Soltero *Los wixáritari con diabetes mellitus y sus vínculos con la enfermedad: desde la aparición del síntoma hasta una primera explicación*. (México) 2019 (41), estudió el proceso de construcción del esquema conceptual, referencial y operativo sobre la diabetes mellitus tipo 2 en una comunidad indígena de Jalisco. Se realizó un estudio cualitativo a partir de entrevistas en profundidad, se contó con siete participantes. Se señala que la diabetes no existe en la cosmovisión, ni en el desarrollo histórico, social y cultural del pueblo wixárika. En los resultados se encontró que el wixárika con diabetes construye su esquema conceptual, referencial y operativo sobre la diabetes a partir de tres vínculos: los síntomas en el cuerpo, la explicación del wixárika a sus síntomas, y las explicaciones del espacio social a su enfermedad. Los resultados dan cuenta de que para los entrevistados el susto o coraje causan la diabetes. La conclusión es que los wixáritari están padeciendo

esta enfermedad crónico-degenerativa como resultado de la adopción acrítica de estilos de alimentación, modos de vida y subsistencia de los mestizos, pero también a causa de la discriminación que sufren por pertenecer a un pueblo originario.

El estudio de M. Cruz y MA. Cruz *El significado de la diabetes mellitus entre indígenas chontales de Tabasco, México, 2020* (42), tuvo como objetivo comprender el significado de la diabetes y algunas diferencias de género en torno al cuidado del padecimiento en indígenas chontales. En la metodología se trató de un estudio cualitativo de corte fenomenológico-hermenéutico utilizando una entrevista semi estructurada en pacientes de ambos sexos. En los resultados aluden al “susto” como el detonador de la enfermedad. Los pacientes al recibir el diagnóstico de diabetes lo perciben como un destino fatal, por otro lado se encontró desconfianza en los tratamientos de diálisis e insulina, que se conciben como precursores del fallecimiento. En relación con el tratamiento se percibe de los discursos un cumplimiento parcial del tratamiento médico y la herbolaria es utilizada como tratamiento eficaz para su enfermedad. Sobre la dieta manifiestan que se les pide dejar de comer y beber alimentos que han formado parte de su dieta diaria y entonces se preguntan ¿qué van a comer, se van a morir de hambre? Refieren también que son las mujeres quienes realizan, más el autocuidado de la enfermedad; se encontró también una importante confianza en Dios para los resultados de la enfermedad. La conclusión más importante es la conveniencia de considerar los significados de la enfermedad que tiene los pacientes e incorporar la interculturalidad en la atención de personas indígenas.

El trabajo de S. Hirsch y V. Alonso *La emergencia de la diabetes en una comunidad tapiete de Salta: género, etnicidad y relaciones con el sistema de salud*. Argentina 2020 (43), tenía como propósito realizar una exploración etnográfica de los determinantes socioculturales y de género de los procesos de atención y prevención de diabetes en indígenas de dicho pueblo. Se trata de una investigación cualitativa mediante entrevistas semi estructuradas a pacientes con esta enfermedad de un centro de salud, se complementó el estudio con entrevistas al personal de salud y la observación participante. En los resultados la diabetes es referida como consecuencia del estrés emocional como el dolor por la muerte de un familiar querido. Muchos pacientes recurren a hierbas medicinales para tratar su diabetes en combinación con los medicamentos recetados. En relación a la alimentación cuando comienzan a sentirse mejor, retornan a las prácticas alimentarias habituales y abandonan la dieta. En la atención se evidencia la falta de articulación de las intervenciones socio sanitarias con las prácticas nativas de salud-enfermedad-atención y problemas en la comunicación del diagnóstico y tratamiento. La conclusión es que para la recuperación de la salud y el bienestar de las comunidades indígenas se requiere una articulación entre el estado y dichas comunidades para lo cual es necesario estrategias de salud intercultural.

Una apreciación de conjunto de los trabajos presentados, permite concluir que la diabetes es una enfermedad nueva para los indígenas y que está teniendo creciente presencia en ellos. Que asimismo en los saberes y prácticas sobre esta enfermedad confluyen dos racionalidades diferentes, la medicina moderna y la tradicional de los pueblos indígenas. Así en relación a la causa de la enfermedad señalan desde las prácticas alimentarias y de bebidas traídas desde la modernidad hasta la

intervención da fuerzas sobrenaturales o un estado emocional muy fuerte. El componente emocional de padecer la enfermedad es sin embargo poco abordado en estos estudios. En relación con el tratamiento se evidencia el uso de los medicamentos modernos complementado con el recurso de plantas medicinales tradicionales. Se recoge también la dificultad que tienen los pacientes para cumplir la dieta prescrita por la medicina moderna.

De otra parte, algunos autores de los trabajos presentados destacan la importancia de considerar los factores estructurales de tipo económico, político, cultural y ambiental que ha afectado a las poblaciones indígenas y que explican la presencia creciente de la diabetes en esta población. Se señala también la importancia del enfoque intercultural para una adecuada atención preventiva y curativa de esta población. En el plano metodológico estos trabajos destacan la utilidad que tiene para el estudio de esta población el enfoque antropológico incluyendo el uso de los métodos en investigación cualitativa como por ejemplo la entrevista a profundidad.

Es importante señalar de otro lado que existen numerosos estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre salud-enfermedad-atención de los pacientes con diabetes que suelen utilizarse como paso previo para implementar o evaluar intervenciones en salud destinadas a prevenir y controlar esta afección. Se considera que este tipo de estudios siendo útiles tienen limitaciones importantes en el sentido de que desde el punto de vista epistemológico se realizan solo desde la cultura moderna incluyendo el enfoque de la medicina moderna y no toman en cuenta los saberes de los pueblos indígenas; asimismo estos estudios con su metodología cuantitativa tienen

limitaciones claras para recoger lo que piensan, sienten y actúan los que sufren la enfermedad, esto es los pacientes.

2.3 Justificación del estudio

El desarrollo del presente trabajo debe permitir en primer lugar tener una mejor comprensión de las representaciones sociales sobre la salud-enfermedad-atención de salud de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de origen quechua de una región muy representativa de dicha etnia (Cusco). Asimismo este conocimiento debe permitir tener la base para una propuesta de una intervención educativa más efectiva para controlar la DM 2 en los pacientes de origen quechua, a través de estrategias y programas con enfoque intercultural. También este conocimiento puede aportar a que los servicios de salud mejoren la atención de salud de los pacientes de origen andino con un enfoque intercultural.

Marco Conceptual

1. Pensamiento: es el conjunto de ideas propias de una persona, de una colectividad o de una época. <https://dle.rae.es/pensamiento>
2. Sentimiento: se refiere tanto a un estado de ánimo como también a una emoción conceptualizada que determina el estado de ánimo. <https://dle.rae.es/sentimiento>
3. Actitud: se ha definido la actitud como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Rodríguez, A. (1991). Psicología Social. México: Trillas.

2.4 Objetivos

Objetivo General

Comprender las representaciones sociales sobre la experiencia de enfermar de los pacientes de origen quechua con diagnóstico de diabetes tipo 2 de los hospitales Regional y Antonio Lorena del Cusco.

Objetivos Específicos

- A) Analizar lo que piensan los pacientes sobre la enfermedad
- B) Explorar lo que sienten los pacientes con la enfermedad
- C) Entender la actitud que tienen los pacientes ante la enfermedad

2.5 Hipótesis

Teniendo en cuenta de que se trata de un estudio de tipo cualitativo y exploratorio, se ha considerado pertinente no plantear una hipótesis.

III. METODOLOGÍA

3.1 Diseño del estudio

Se trata de un estudio cualitativo sobre representaciones sociales basado en el paradigma interpretativo y mediante la entrevista a profundidad.

El estudio de las representaciones sociales se realizó como se indicó en base a la llamada teoría de las representaciones sociales y mediante el uso de una técnica cualitativa, esto es mediante la entrevista a profundidad (grabada y transcrita). Al respecto se asume que esta técnica ofrece un grado de flexibilidad aceptable para alcanzar el propósito del presente estudio. Asimismo esta técnica favorece que los entrevistados manifiesten sus puntos de vista de un modo amplio a diferencia de una entrevista estandarizada o de un cuestionario.

La entrevista en profundidad contó con el apoyo una guía, la misma que contenía preguntas agrupadas por temas o categorías, en base a los objetivos del estudio y la literatura del tema. En este estudio para la guía de entrevista a utilizar, se ha tomado como referencia la utilizada en un trabajo de investigación sobre las representaciones sociales realizado por la doctora María Planas T. en la provincia del Callao/ Lima en pacientes con tuberculosis.

3.2 Población y muestra

La población de estudio estuvo constituida por los pacientes atendidos en las Unidades de Endocrinología de los hospitales especializados Regional y Lorena del Cusco con diagnóstico de diabetes tipo 2 y que tenían origen quechua evidenciada por su lengua materna, atendidos durante los últimos meses del 2018 y los primeros del 2019. Esta población se le considera de origen indígena

(quechua) tomando en consideración la caracterización que hace de los pueblos indígenas la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en el Convenio N° 169 (44), que señala que son “*los pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas*”. En ese sentido la población del presente estudio son habitantes originarios de la región del Cusco desde sus ancestros y su lengua materna es el quechua, asimismo una parte de ellos continúan viviendo en el ámbito rural y otra parte a migrado a la ciudad del Cusco conservando algunos patrones culturales tradicionales. Esta población que desde el siglo pasado ha experimentado un proceso de modernización, al igual que los otros sectores de la población, ha sido caracterizada por Marisol de la Cadena como *indígenas-mestizos* (9).

De otro lado la muestra del presente estudio es no probabilística por conveniencia, se busca la representatividad del discurso para lo que se seleccionó un número limitado de pacientes considerando los siguientes criterios: sexo (femenino/masculino), tiempo de diagnóstico de la diabetes (menos de 5 año/de 5 y más años) y procedencia (urbana/rural); llegándose a contar con un total de 30 pacientes e igual número de entrevistas, en base al nivel de saturación alcanzado. Es importante destacar que para la selección de los pacientes se contó con la colaboración de los profesionales (médicos y enfermeras) de los dos hospitales que los atienden regularmente en su diabetes y que por tal razón conocían sus

características socioculturales andinas incluyendo su uso habitual del quechua. Es útil indicar que el promedio de pacientes de origen quechua atendidos en los últimos años con diagnóstico de diabetes en dichas unidades ha sido de 80 a 90 al año en cada hospital, por lo que se pudo alcanzar el número de pacientes señalado durante los meses indicados.

Criterios de inclusión

- personas de origen quechua (idioma materno)
- diagnóstico de diabetes
- edades entre 18 y 75 años.
- prescripción: antidiabéticos orales o insulino terapia.
- consentimiento a participar del estudio

Criterios de exclusión

- deterioro cognitivo y/o enfermedad mental,
- discapacidad sensitiva de alguna índole
- dificultades de comprensión

3.3 Dimensiones del análisis

Se analizaron las representaciones sociales de la experiencia de enfermar de los pacientes de origen quechua con diabetes tipo 2 de los hospitales Regional y Antonio Lorena del Cusco tomando en cuenta la complejidad del proceso salud-enfermedad-atención de salud. En ese sentido se ha indagado, a través de lo expresado por los pacientes las siguientes dimensiones: lo que piensan sobre la enfermedad, lo que sienten con la enfermedad y la actitud que tienen ante la enfermedad.

3.4 Procedimientos y Técnicas

El presente estudio se tuvo que realizar en dos etapas en el curso de las cuales se ha utilizado diferentes estrategias y procedimientos, se ha requerido asimismo la aplicación de varias herramientas e instrumentos, lo que pasamos a reseñar someramente.

a) Primera etapa: la realización de entrevistas en los hospitales

Teniendo como base lo señalado en el Proyecto de Investigación en la sección de Metodología durante los meses de diciembre 2018 a febrero 2019 se realizó entrevistas en los hospitales Regional y Antonio Lorena del Cusco, obteniéndose un número de 18 entrevistas semi estructuradas en base a la Guía de Entrevista aprobada. El investigador aparte de obtener previamente la autorización para la realización del Proyecto en cada uno de los hospitales, se presentó y dialogó sobre el proyecto de investigación con los médicos endocrinólogos de dichos hospitales que atendían a los pacientes de estudio, obteniéndose su compromiso de colaborar con el mismo. A este efecto dichos médicos durante su atención rutinaria en los consultorios externos al identificar a los pacientes que eran de origen quechua y reunían los criterios de inclusión y exclusión del estudio, los motivaban e invitaban a participar en las entrevistas del estudio. Los pacientes eran presentados luego al investigador o una profesional de Enfermería instruida sobre el Proyecto de Investigación y el uso de la Guía de Entrevista, ambos profesionales con manejo del quechua.

Luego las reuniones para las entrevistas se realizaron en ambientes contiguos a los Consultorios Externos, donde los entrevistadores informaban a los pacientes de los objetivos del estudio, verificaban los criterios de inclusión y exclusión y

procedían a la lectura del documento de Consentimiento Informado a los pacientes para invitarles luego, en caso favorable, a la firma voluntaria si sabían leer y escribir o a la colocación de su huella dactilar acompañada de la firma de un testigo en el caso que fueran analfabeto; en algunos casos muy puntuales los pacientes especialmente varones rehusaron cortésmente participar argumentando limitación de tiempo. Los pacientes aceptantes elegían luego el idioma a utilizar en la entrevista, sea está en español o quechua (la mayoría optó por el quechua), de acuerdo a lo establecido en el Proyecto y se les informaba antes de su aceptación que las entrevistas serían grabadas.

Luego de tres meses de haberse realizado las entrevistas se consideró pertinente evaluar la realización de las mismas durante el mes de marzo 2019. En las reuniones de evaluación, que contó con la participación de un antropólogo con conocimiento y experiencia en cultura andina y de los profesionales que realizaron las entrevistas, se reconoció que los pacientes manifestaban disponer de limitado tiempo para las mismas, ya que habían venido solo para su consulta, asimismo que las entrevistas realizadas tenían una duración promedio de solo 25 minutos, lo que resultaba un tiempo muy limitado para recoger adecuadamente la información requerida; se constató también que los pacientes eran muy parcos en sus respuestas cuando se indagaba la dimensión andina de su experiencia de la enfermedad. De otro lado, de parte de los entrevistadores se notó que si bien manejaban el quechua, no lo hacían con suficiente fluidez y que el uso del mandil profesional de (médico o enfermera) establecía una relación vertical y no horizontal con los pacientes de uno y otro género. También se evidenció que las enfermeras entrevistadoras, pese a la orientación que recibieron y al empeño en su

labor, realizaban las entrevistas con el enfoque de un cuestionario y no de una entrevista en profundidad, lo que obviamente limitaba la posibilidad de que los pacientes expresaran sus vivencias con libertad. Asimismo se constató que los pacientes varones eran en su mayoría reticentes a ser entrevistados por las enfermeras.

Es en base a esta evaluación de la experiencia de las entrevistas realizadas en los hospitales que se decide replantear la estrategia utilizada y se decidió realizar las entrevistas en el domicilio de la(o) s pacientes. A este efecto se tomó en cuenta en primer lugar lo señalado por Irene Vasilachis en su trabajo *Estrategias de Investigación Cualitativa* (45), quien señala la necesidad de lo que llama la reflexión epistemológica para enfrentar las dificultades que encuentra el investigador cuando lo que intenta conocer es nuevo o cuando aun no siéndolo no puede ser registrado, observado o comprendido con las estrategias disponibles. Esta situación es justamente la que se enfrentó al iniciar las entrevistas en el hospital como se acaba de indicar lo que motivó a cambiar de estrategia. En segundo lugar se tomó en cuenta lo señalado también por la misma autora en el citado trabajo, en el sentido de que la reflexión epistemológica esta necesariamente ligada al marco teórico-metodológico utilizado por el investigador para interpretar los fenómenos sociales. Indicando al respecto que en el marco o paradigma llamado interpretativo, que es el que propone la autora y se asume en esta investigación, es fundamental la necesidad de comprender el sentido de la acción social en el contexto del mundo de la vida y desde la perspectiva de los participantes. Así en nuestro estudio, al realizarse las entrevistas en el domicilio de los pacientes se buscó ubicarnos en el contexto del mundo de la vida del

paciente para recoger su perspectiva de la enfermedad. Es en base a las consideraciones prácticas y teóricas señaladas que el investigador, con el aporte de un antropólogo conocedor de la Cultura Andina, tomó la decisión de cambiar la estrategia para la realización de las entrevistas y pasar en una segunda etapa que consistía en la realización de las mismas, en las viviendas de los pacientes previa cita.

b) Segunda etapa: la realización de las entrevistas en la vivienda de los pacientes

A este efecto se coordinó con los médicos endocrinólogos, previa la explicación del cambio de estrategia, para invitar en la reunión mensual que en cada uno de los dos hospitales tienen los pacientes con el equipo profesional, a una visita domiciliaria para la realización de las entrevistas del estudio previa coordinación de la cita mediante llamada telefónica. Es útil indicar que las profesionales de enfermería que apoyaban en la consulta externa a los médicos especialistas conocían a los pacientes de origen quechua y disponían de los números de teléfono celular de los pacientes, situación que facilitó la coordinación para la visita domiciliaria. Asimismo para estas nuevas entrevistas se decidió recurrir al aporte de otra profesional de enfermería que contaba con experiencia en encuestas a domicilio, mayor destreza en el manejo del quechua y mejor conocimiento e identificación con la cultura andina.

Es así que durante los meses de abril a setiembre 2019 se realizaron las entrevistas (30) en las viviendas de los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 atendidos en los dos hospitales del Cusco. En estas nuevas entrevistas el o la entrevistadora visitaba las viviendas de los pacientes con ropa de calle y ya no el uniforme profesional hospitalario y procedía a realizar las entrevistas siguiendo los

procedimientos de manera similar a lo señalado en las entrevistas realizadas en los hospitales pero ahora en un clima más familiar y tranquilo.

En este nuevo contexto las entrevistas realizadas mostraron claras diferencias con las anteriores. Así se evidenció que ahora de parte de los pacientes entrevistados había mayor disposición y tranquilidad para la realización de las entrevistas incluyendo para compartir la dimensión andina de su experiencia de enfermedad, asimismo había mayor disponibilidad de tiempo para las entrevistas (las mismas duraban ahora en promedio más de una hora) y también mayor expresividad de los pacientes al poder mostrar las medicinas, alimentos y plantas medicinales que usaban para controlar su diabetes. De parte de los entrevistadores (investigador o enfermera) se evidenció mejor manejo del quechua, una interacción más horizontal con los pacientes incluyendo el ya no uso del mandil profesional sino la ropa cotidiana. Es con estas nuevas condiciones que se pudieron realizar las nuevas 30 entrevistas en profundidad.

3.5 Consideraciones éticas

Como corresponde a un estudio de investigación académico se solicitó oportunamente al Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia la aprobación del proyecto de estudio. Es útil indicar que en este trabajo de investigación al aplicarse las entrevistas de manera adecuada, no se afectó la salud y bienestar de los pacientes. Asimismo, como ya se indicó, se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes para cuyo efecto se les proporcionó la información correspondiente, respondiendo a sus inquietudes, luego se les propuso la suscripción voluntaria del documento respectivo; con esta nueva

modalidad no se presentó ningún caso de negativa del paciente a participar en la entrevista.

3.6 Plan de análisis

Las entrevistas a los pacientes del presente estudio se realizaron como se indicó previamente usando una Guía de Entrevista que consideraba los siguientes temas: datos sociodemográficos, lo que piensan de su enfermedad, lo que sienten de su enfermedad y la actitud que adoptan ante su enfermedad. Estos temas guardan correspondencia con el objetivo general y los objetivos específicos del estudio. Asimismo con el uso de la citada guía se obtuvo información valiosa sobre el itinerario que seguían los pacientes para su atención de salud.

El análisis de las entrevistas en profundidad, requirió cumplir las siguientes etapas:

- a) La transcripción y traducción de las entrevistas

Para este efecto el investigador contó con el apoyo de dos profesionales en Ciencias Sociales del Centro de Estudios Rurales Andinos Bartolomé de las Casas del Cusco, los mismos que contaban con amplia experiencia en el manejo del quechua y con un nivel de identificación importante con la Cultura Andina. La transcripción de las entrevistas requirió del uso de un programa informático especial que permitía editar las grabaciones (Sony digital voice editor). De esta manera del total de 30 entrevistas grabadas de la(os) pacientes del estudio (la gran mayoría de ellas en quechua) se obtuvo el número correspondiente de transcripciones al quechua escrito (u ocasionalmente al español) y luego sus traducciones al español, las mismas que fueron guardadas como archivos de texto

en formato Word. Esta tarea de transcripción y traducción resultó bastante laboriosa, habiendo requerido de un tiempo de 5 meses.

b) El procesamiento informático de las entrevistas

Para el análisis de las entrevistas se usó el programa informático de libre acceso Research Qualitative Data Analysis (RQDA), por considerar que se adecuaba mejor a las características de nuestro estudio. Para este efecto previamente cada una de los 30 archivos de texto de las entrevistas Word en español, fueron convertidos a un nuevo formato con extensión (.txt). Luego cada una de las entrevistas fue importada al programa RQDA formando con ellas un “proyecto” correspondiente al trabajo de investigación.

Se procedió luego con cada una de las entrevistas del “proyecto” ya almacenadas en el programa RQDA, a su análisis por parte del investigador utilizando las herramientas del programa para identificar los códigos y las categorías de códigos. A este efecto cada código que se creaba correspondía a una unidad gramatical o de sentido (frase o proposición con determinado significado) y que correspondía a situaciones y opiniones manifestadas por el entrevistado. Luego los códigos que se crearon fueron agrupados en categorías de códigos los mismos que correspondían a diferentes temas del estudio. Asimismo en el análisis de las diferentes entrevistas se encontró con alguna frecuencia una unidad gramatical o de sentido (frase o proposición) que no correspondía a los temas abordados en la Guía de Entrevista, pero que eran relevantes para el estudio, por lo que se crearon nuevos códigos y categorías, de esta manera se analizó cada una de las 30 entrevistas.

c) La identificación de los temas y dimensiones contenidos en las entrevistas

El paso siguiente del análisis consistió en la revisión y análisis del conjunto de códigos y categorías de códigos de las 30 entrevistas, asignando los temas identificados a las dimensiones del estudio (incluyendo a los nuevos temas encontrados) para identificar sus regularidades y diferencias tomando en cuenta asimismo el Marco Teórico. Se señaló previamente que la Guía de la Entrevista permitía obtener la información correspondiente con el objetivo general y los objetivos específicos del Proyecto de Investigación. Llegando a esta etapa se estuvo en condiciones de formular los resultados del estudio.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Antes de presentar los resultados del estudio se consideró pertinente reconocer el contexto social donde viven los pacientes del presente estudio, vale decir la región del Cusco. Esta aproximación, permitió entender mejor sus diferentes vivencias y experiencias en relación a su enfermedad. Al respecto es útil recordar en primer lugar que esta región, cuya capital es la ciudad del Cusco, fue el centro del antiguo imperio de los Incas. Respecto a la ciudad J. M. Arguedas en su artículo “*El nuevo sentido histórico del Cuzco*” 1941 (17), dice que el peregrino, el mensajero o el visitante que llegaba a alguna de las abras desde donde ya se divisa la gran ciudad, se posternaba con el más profundo respeto para decirle: “¡Napaykukuykim jatum K’osk’o!”, “¡yo te saludo, oh gran ciudad!”; y después podía contemplar la capital, el centro del mundo. Se puede afirmar que el habitante del Cusco participa plenamente de éste sentimiento.

La ciudad y la región del Cusco están ubicadas en la parte suroriental del país y su territorio se extiende en los Andes (44%) y en la Amazonia (66%), si bien demográficamente la mayor parte (82%) de su población habita en la primera y la menor (18%) en la segunda, Es también importante tener presente que la región ha experimentado un marcado crecimiento demográfico en la últimas décadas, así el año 1940 tenía una población de cerca de 500 mil habitantes y para el año 2007 ya contaba con cerca de 1 millón 200 mil habitantes. Asimismo este crecimiento poblacional se ha dado en el marco de un proceso de modernización desde la segunda mitad del siglo pasado y que comprendió cambios como la urbanización y la migración desde el ámbito rural de población joven en busca de oportunidades de trabajo o de educación. Así el año 1940, el 75% de la población

regional vivía en el ámbito rural y para el año 2007 solo lo hacía el 45 %, correspondiendo el 55% al ámbito urbano (46).

Es importante destacar que estos cambios sociales que ha tenido la región del Cusco desde la segunda mitad del siglo pasado se ha dado también a nivel nacional. Al respecto Carlos Aramburu señala que la migración trajo como consecuencia un rápido crecimiento del sector informal urbano, incrementando la oferta de bienes y servicios (como artesanía, comercio ambulatorio, reparadores, expendio de comidas, etc.). Este proceso de migración y modernización se ha dado no solo en las ciudades de la Costa como Lima, sino también de la Sierra como Cusco, Puno, Arequipa y otras en busca de oportunidades de trabajo o de estudio (47).

Como consecuencia de los cambios que se han dado en la economía regional desde los años 40 del siglo pasado, el gran número de migrantes del ámbito rural que se establecieron en la ciudad del Cusco, cambiaron de una manera drástica las características de la ciudad. Actualmente la ciudad del Cusco que tiene ya una población de más de 450 mil habitantes comprende no solo el centro tradicional e histórico, sino también el área urbana contigua de los distritos de Santiago, San Sebastián y San Jerónimo, donde se han desarrollado en las últimas décadas numerosas urbanizaciones y un gran número de asentamientos humanos que albergan en buena medida a los sectores populares incluyendo los migrantes del ámbito rural. Es en esta gran ciudad que se encuentran los Hospitales Regional y Antonio Lorena del Ministerio de Salud.

La identidad social de los pacientes

Los pacientes del presente estudio tienen determinadas características sociales que van a definir su identidad social y que es necesario tomar en cuenta para comprender mejor sus representaciones sociales.

Estos pacientes en primer lugar tienen como lengua materna el quechua, si bien también hablan en su mayoría el español, asimismo han nacido y provienen de la región del Cusco y del ámbito rural. Estas características permiten señalar siguiendo lo planteado por Marisol de la Cadena cuando se refiere a los habitantes de los sectores populares del Cusco, que se les puede considerar en primer lugar *indígenas mestizos* (9). Asimismo en cuanto a su nivel de instrucción dos terceras partes son analfabetos o tienen solo primaria, en su mayoría se dedican a las tareas domésticas, el pequeño comercio en el sector informal, la agricultura y la crianza de animales de pequeña escala o están retirada(o)s; éstas características permiten afirmar que también se encuentran *en situación de pobreza material*. Al respecto es ilustrativo el siguiente testimonio:

- P: En algunas ocasiones mis hijos me traen recados para cocinarnos, la mayor parte me cocino en fogón comprando pedazos de leña, únicamente el desayuno nos preparamos con gas. Pensamos, si se gasta el gas ¿quién nos va a comprar? Más bien el mes pasado vinieron mis hijos, justamente para el día del padre ahí se pusieron de acuerdo, uno de ellos pagara de la luz, porque el consumo de luz cuesta caro señorita, pagaran del agua, “te compraremos gas” me dijeron, ojalá sea cierto,.... PACIENTE 10 c [3072:3610]. F., de 74 años que vive en el ámbito rural.

De otro lado en un gran porcentaje son del *género femenino* (86%) en comparación a los del género masculino (14%). Al respecto es útil tener presente que los pacientes con diagnóstico de diabetes que son atendidos por los dos hospitales son también en su mayoría de sexo femenino, otro factor que ha influido en este predominio de las mujeres en el presente estudio es cierta reticencia de los varones a participar en la entrevista.

En relación a la edad de los pacientes del presente estudio solo el 30% está en el intervalo de 44-59 años y el 70% en el de 60 a 75 años, aquí es claro el amplio predominio de la *tercera edad*. Asimismo solo un 53% son casados o convivientes y un 46% son separada(o)s, soltera(o)s o viuda(o)s. Con relación al tiempo de su enfermedad (diagnóstico), en el 67% corresponde a más de 5 años.

En resumen se puede señalar que la identidad social de los pacientes del presente estudio es *indígena-mestiza, en pobreza material, de género femenino (la mayoría) y de la tercera edad*.

Estas características sociales de los pacientes del presente estudio (indígenas mestizos), corrobora lo que señala el documento *State of the World's Indigenous Peoples* 2009 (10), en el sentido de los pueblos indígenas a partir de los procesos históricos que se dieron desde la colonización y hasta el presente con la modernidad, se encuentran en situación de pobreza y marginación.

En relación a la identidad social es útil tener presente que ésta va a ser la base de lo que piensa, siente y hace la persona. Al respecto Ernesto Laclau y Chantal Mouffe 1985 (48), hablando sobre las identidades planteaban que están constantemente atravesadas por criterios de raza, etnicidad, geografía, clase, género y generación. Asimismo es útil considerar lo que señala J.A. Batres (11)

sobre la construcción de la identidad en el sentido de que un indígena se identifica como tal a partir adoptar las imágenes de ser indígena que se ha construido socialmente dentro y/o fuera de su grupo de referencia, un mestizo lo haría de igual manera.

En ese sentido se puede señalar que en los pacientes del presente estudio el componente raza y etnicidad está dado por su condición indígena (quechua) y mestiza (entendida en sus dimensiones biológica y cultural); el componente geográfico está determinado por su origen y vivencia en la región del Cusco; la clase social por la condición de campesinos (agricultores) y pequeños comerciantes, el género corresponde al femenino para la mayoría y la generación a la tercera edad.

Se considera que la identidad señalada de los pacientes del presente estudio tiene implicancias en su experiencia de enfermar y consiguientemente en sus representaciones sociales. Se asume también que la vivencia de la diabetes de los pacientes se ha de integrar a la identidad señalada.

Se presentan a continuación los resultados del estudio y la discusión en correspondencia a los objetivos propuestos. Se hace notar que la o el entrevistador(a) es presentado con la abreviatura E y la o el paciente que responde es identificado con la abreviatura P.

A) Lo que piensan los pacientes sobre la enfermedad

Aquí se presentan las ideas que tienen los pacientes sobre la enfermedad, a partir de su experiencia, abarcando los síntomas o molestias que se experimentan con la enfermedad, a donde concurrieron, las causas de su diabetes y algunas otras características de la misma.

a. Los síntomas en el cuerpo

Es importante recoger de los pacientes sus testimonios sobre las primeras molestias que experimentaron en relación a su enfermedad, ellas contribuyeron a configurar sus representaciones sociales en relación a la enfermedad que padecen.

- E: ¿Cuándo te sentiste mal qué síntomas tenías?

P: Perdía la consciencia, tenía el cuerpo molido, tenía el cuerpo chancado

E: ¿Sed?

P: Sentía sed y tomaba bastante gaseosa. PACIENTE 2 c [4220:5004]. F. de 74 años que vive en el ámbito rural.

- P: Hacía como cuatro meses que me sentía muy mal, me sentía tan débil que ya no podía sostenerme en pie; tenía bastante sed, preparaba mates en bidones para irme a dormir, parecía un bebe que le estaban separando del pecho de su madre. PACIENTE 6 c [5142:5686]. No tenía valor para realizar ninguna actividad, de ninguna manera tenía energía para hacer algo. PACIENTE 6 c [13865:14093]. F. de 55 años que vive en el ámbito rural
- P:estaba caminando bien, un día fui sola a Urcos y empezó a dolerme la cabeza me dolía muy fuerte. En Urcos me encontré con mi hermana, a ella le dije me está doliendo muy fuerte la cabeza iré a la farmacia y en eso a su lado me caí de un momento a otro. PACIENTE 16 c [2442:2696]. Estaba caminando, caminando y de un momento a otro ya no podía caminar, algunas veces me caía, es con él que he mejorado muy bien me he recuperado. PACIENTE 16 c [3139:3285]. F. de 62 años que vive en el ámbito rural.

- P: Yo era gordito, pero he bajado de peso terriblemente de 95 he bajado casi 12 kilos, he bajado fuerte, usaba talla 36 y me queda bolsa ahora eso un poquito me afecto. PACIENTE 14 c [6280:6447]. Yo no sabía cuáles eran los síntomas, me daba ganas de orinar y tenía mucha sed. PACIENTE 14 c [10783:10863]. M. de 58 años que vive en el ámbito urbano.

De lo manifestado por los pacientes se aprecia que las molestias iniciales que empezaron a presentar los pacientes fueron numerosas e inespecíficas, expresadas en su lenguaje cotidiano y podían corresponder asimismo a diferentes trastornos o afecciones, si bien con el diagnóstico posterior fueron atribuidas a la diabetes. No se encontraron diferencias importantes en las molestias entre mujeres y varones.

En los estudios presentados previamente sobre las representaciones sociales de la diabetes en pacientes indígenas de Latino América hay muy poca referencia a este componente de la experiencia de la enfermedad.

De otro lado es evidente que los síntomas y otras manifestaciones de su enfermedad están en relación a la afectación de la dimensión biológica del ser humano, la misma que en lo fundamental es común a la especie humana, más allá de las diferencias culturales. Asimismo éstas molestias que refieren los pacientes corresponden a lo señalado para la diabetes por la Medicina Moderna y la Salud Pública (1), (22).

Es útil señalar también que las molestias de los pacientes se presentaron durante un buen tiempo (meses o años) antes de que concurrieran a un servicio de salud y se les diagnosticara su diabetes. Estas molestias asimismo fueron atendidas en su vivienda con el apoyo de sus familiares y con los recursos domésticos que

corresponden a la llamada Medicina Popular donde confluyen la influencia de la Medicina Tradicional Andina y la Medicina Moderna.

b. A donde concurrieron

Al persistir las molestias pese a la atención doméstica que recibieron y al no tener clara la naturaleza de su enfermedad los pacientes con la compañía de sus familiares recurrieron en determinado momento a un establecimiento de salud (o eventualmente a un especialista de la medicina tradicional), donde se realizó el diagnóstico de su enfermedad y se inició el tratamiento, veamos aquí algunos testimonios al respecto.

- E: ¿dónde quién fuiste primero a consultar?, ¿qué hiciste?

P: Ah, primero fui a mi posta, tenía sed bastante, cansancio y orinaba cada rato y mi vista se estaba opacándose y le he comunicado a mi hermana, cuñada así, esto me está pasando, eso le dije, me han dicho que vaya al médico y fui al médico a la posta de San Sebastián. PACIENTE 11 c [2893:3218]. F. de 45 años que vive en ámbito rural.

- E: ¿En esos años cuando te sentías mal qué hiciste?

P: Fui al hospital

E: ¿Qué hiciste antes de ir al hospital?

P: Solo pensé para mí misma, solo estoy mal le dije a mi hijo. PACIENTE 7 c [2903:3353]. F. de 54 años que vive en ámbito urbano

- E: En estos tres meses que te sentías muy mal ¿a quién acudiste primero para para contarle lo que te estaba pasando?

P: Solo a mi esposo le decía me siento mal no sé lo que tengo. Mi esposo me dijo “ay tendrás que ir al médico, ve al centro de salud de Siete

Cuartones”. PACIENTE 10 c [9615:9896]. Fui con mi hija Luz Marina, con mi nuera Matilde y con mi hija. PACIENTE 10 c [11427:11610]. F. de 74 años que vive en ámbito rural.

- P:tenemos una pariente médico, a ella le dije en confianza Rosita tenemos esto. Entonces al toque nos dio una orden para mi análisis, al toque fui al hospital me hice el análisis. Y para mi suerte saque cupo para el doctor.

E. Esa ves, la persona que les dio la orden, ¿es vuestro pariente o un amigo?

P: Es un amigo médico, me hice el análisis y tenía creo 360. PACIENTE 14 c [3730:4120]. M. de 58 años que vive en el ámbito urbano.

- E: ¿En esos años cuando te sentías mal qué hiciste?

P: Fui al hospital

E: Antes de ir al hospital ¿con quién conversaste?, ¿a quién preguntaste me siento así?, ¿estoy pasando esto?”, ¿qué hiciste antes de ir al hospital?

P: Solo pensé para mí misma, “solo estoy mal” le dije a mi hijo. PACIENTE 7 c [2903:3353]. F. de 54 años que vive en ámbito urbano.

De lo expresado por los pacientes es claro que ante sus primeras molestias que buscaron aliviarlas con los recursos domésticos y ante la persistencia de estas, con la ayuda de sus familiares más cercanos, concurren a un establecimiento de salud para ser atendidos por un profesional de la salud. No se encontraron diferencias importantes entre varones y mujeres.

Una explicación de este itinerario recorrido por los pacientes se puede tener considerando en primer lugar que la diabetes es una enfermedad que no era

conocida por la población indígena de los diferentes países hasta su contacto con la modernidad (10), (49). Es importante sin embargo considerar, como se señaló previamente, que desde mediados del siglo pasado, la región del Cusco ha experimentado un proceso muy importante de modernización, así como de migración del ámbito rural hacia las ciudades (46). Esta situación se asume que ha incidido en los estilos de vida de la población andina tanto la que ya vive en el ámbito urbano como rural, lo que no ha significado necesariamente que haya abandonado la influencia de la cultura tradicional andina, como lo explica Marisol de la Cadena en su trabajo *Indígenas Mestizos* (9). Así refiriéndose al poblador de la ciudad perteneciente a las clases populares señala que se considera orgullosamente “mestizo” si bien reclama al mismo tiempo un legado cultural indígena.

Considerando lo señalado en este estudio se puede colegir, que siendo la diabetes una enfermedad no muy conocida por la población de origen andino y siendo asimismo las molestias iniciales inespecíficas no pudieron ser atribuidas inicialmente a una enfermedad que no la conocían bien y fueron atendidas por los futuros pacientes en su vivienda con los recursos de la medicina popular incluyendo el uso de las plantas medicinales provenientes de la Medicina Tradicional Andina y de la llamada Medicina Naturista.

De otro lado, el hecho de que haya transcurrido un tiempo importante (meses o años) durante el cual el paciente presentó las molestias señaladas antes de concurrir a un establecimiento de salud donde se realizó el diagnóstico de su enfermedad, significa que dichas personas estaban buen tiempo viviendo con su enfermedad, pero sin el diagnóstico correspondiente ni el tratamiento adecuado.

Esto no es un hecho particular de la población indígena, en realidad es una situación frecuente a nivel internacional como lo señalan el *Atlas de la Diabetes, Novena Edición*, 2019 de la FID (1), y el *Global Report on Diabetes* de la OMS, 2016 (22). Asimismo, las molestias de pérdida de conocimiento, inestabilidad al deambular y visión borrosa, entre otras, que han referido muestran no solo que los pacientes han estado probablemente con su diabetes durante un buen tiempo (meses o años) antes de que se les diagnostique su afección sino también que ya estaban presentando diferentes complicaciones de la enfermedad. Al respecto en el mismo documento de la FID se señala que en 2019, uno de cada dos adultos con diabetes (la mayoría, diabetes mellitus tipo 2), no son conscientes de que tienen esa afección, lo que destaca la importancia de mejorar la detección temprana de la enfermedad ya que la diabetes prolongada sin diagnosticar trae diferentes complicaciones y costos mayores para los servicios de salud (1). En correspondencia con lo señalado la OMS insiste de que el punto de partida para que el paciente con diabetes viva bien es un diagnóstico y tratamiento precoz, cuanto más se demore ello el resultado en salud será peor (22).

De otro lado estos hallazgos de que los pacientes estén cursando con su enfermedad por buen tiempo e incluso con sus complicaciones antes de su diagnóstico y tratamiento pueden ser importantes a tomar en cuenta para las políticas regionales de salud pública para la prevención y control de la diabetes.

De otro lado es importante el apoyo que los pacientes recibieron de sus familiares con los cuales viven, como su esposo(a), hijos o hermanos, ya sea para compartir sus molestias y obtener algún consejo y para obtener ayuda inmediata a su estado o eventualmente tener compañía al decidir concurrir a un servicio de salud.

Asimismo el hecho que al persistir las molestias recurrieron los pacientes en su mayoría a un establecimiento de salud convencional y no a un curandero tradicional, puede atribuirse no sólo a la influencia de la vida moderna por el hecho de vivir los pacientes en la ciudad del Cusco o cerca de ella, también es probable que hayan sido los hijos, gente más joven y con mayor influencia de la cultura moderna, quienes les han sugerido concurrir a un establecimiento de salud moderno.

Al respecto el Ministerio de Salud cuenta en la región del Cusco (igual que a nivel nacional) con una red de establecimientos de salud que comprende aparte de los hospitales especializados (como el hospital Antonio Lorena y el Regional) en la capital regional, con centros y puestos de salud en las capitales de provincia y los distritos. Son en estos establecimientos de salud que los pacientes, especialmente del ámbito rural suelen concurrir de acuerdo con la ubicación de su vivienda, lo que destaca la importancia que tienen para la adecuada atención inicial de los pacientes con diabetes.

Es importante destacar que las ideas sobre los síntomas de la enfermedad referidos por los pacientes ya forman parte de las representaciones sociales que construyen sobre la diabetes.

c. Las ideas sobre la causa de la enfermedad

Al tomar nota del diagnóstico de su enfermedad en el establecimiento de salud, los pacientes, más allá de la información del médico sobre la causa de su enfermedad, fueron también desarrollando sus explicaciones a partir de su experiencia de vida y también de su interacción con el entorno social, éstas son las respuestas que se obtuvieron al indagar al respecto:

- P: Bueno como te dije era renegona, esta enfermedad me dio por mucha preocupación. Dentro de mi familia había problemas, a causa de ello me apenaba mucho y también había otras causas y por la mucha “tristeza” que sentía y también por lo renegona que era; en mi familia no hay ninguna persona que sufrió de la diabetes, PACIENTE 4 c [10435:11165]. F. de 44 años que vive en ámbito urbano.
- P: Lo que me preocupo, lo que reniego. Sí mucho tiempo vivía entristecida y renegando por eso me dio la diabetes. Mi hijo tenía que casarse y su pareja me hizo renegar y siempre en la casa hay problemas, los hijos, con mi esposo, siempre hay motivos para renegar. Sí, esos acontecimientos fueron causa para que me dé la enfermedad. PACIENTE 12 c [4853:5483]. F. de 65 años que vive en ámbito rural.
- P: Preocupación, no fue mucho tiempo dos o tres meses, estaba trabajando, tenía letras en el banco, me sentía mal, mal de eso nomas me dio el mal. Siempre hay penas. Veintisiete años, cuando mis hijas tenían seis y ochos años murió mi esposo. Desde esa vez sola las educo, las alimento a mis hijas, siempre he tenido pena por estas cosas. PACIENTE 26 c [3610:4183]. F. de 60 años que vive en ámbito urbano.
- P: Más o menos ya hace años, cuatro años, a la actualidad ya son cuatro años doctor, cuando murió mi señora fui a Lorena doctor, porque no lo podía olvidar, no podía olvidar, no podía olvidar, ahí es cuando me dio esta enfermedad. PACIENTE 19 c [4652:5044]. Esta enfermedad me dio por sufrimiento, doctor; eso, no pude superar la muerte de mí señora,

sufría por mí esposa fue por eso. PACIENTE 19 c [8775:9560]. M. de 75 años que vive en ámbito urbano.

- P: Me presté plata del banco, tenía mucha pena porque no había venta; además, comía bastante chicharrón, pollos. En la calle San Agustín tenía mi tienda, en esos años no se vendía mucho, había muy poca venta. Si pues, después de dos años o tres años ha aparecido. PACIENTE 15 c [5962:6877]. Esa comida del macdonal, es como un vicio, es con estas comidas que está viniendo esta enfermedad. PACIENTE 15 c [19661:19809]. F. de 63 años que vive en ámbito urbano.
- P: Será pues lo que he tomado dulce, consumía mucho dulce. Yo vivía con mi madrina en Urcos....allí había ricos panes las chutas, a eso yo le ponía azúcar y comía pan con azúcar, sobre eso tomaba gaseosa, chocolate, será pues todo eso, sobre eso tomaba mi gaseosa, serán pues esas cosas. Cuando murió mi esposo empecé a tomar cerveza, trago, esas cosas serán pues, ahora ninguna de estas cosas, no quiero ni ver esas cosas. PACIENTE 30 c [9111:10299]. F. de 65 años que vive en ámbito rural.

Como se aprecia la mayoría de los pacientes, atribuyó como causa de su enfermedad a estados emocionales intensos tales como “haber renegado mucho”, “tristeza” y “preocupación”. Solo algunos pacientes atribuyeron como causa de su enfermedad al tipo de alimentación y bebidas que consumían. No se encontraron diferencias importantes entre varones y mujeres. Estas ideas que tienen los pacientes del presente estudio sobre la causa de su enfermedad (diabetes) ya fueron reportados por R. Figueroa *The social representations of patients of*

quechua origin with type 2 diabetes about their disease and treatment in two hospitals in Cusco” 2021 (50).

Asimismo en varios estudios presentados previamente sobre representaciones sociales de la diabetes en pacientes indígenas de Latino América se atribuye la causa de la diabetes también a estados emocionales fuertes (36), (38), (39), si bien en algunos estudios lo refiere al tipo de alimentación (34), (37), (40).

La atribución que hace la mayoría de los pacientes de esta investigación como causa de su diabetes a estados emocionales (enojo, preocupación), llama la atención ya que es diferente de lo que la Medicina Moderna y la Salud Pública señalan, que como es conocido lo asigna principalmente a estilos de vida incluyendo el tipo de alimentación y el sedentarismo (22). Esta explicación de los pacientes del estudio, considerando su situación de ser indígenas-mestizos, en pobreza material, adulto mayor y en relativa soledad, guarda correspondencia con lo que señala la Antropología Médica Crítica en el sentido de que los relatos de los pacientes indígenas con diabetes dan cuenta de historias de pobreza, desocupación, clasismo y abuso físico y emocional, fenómenos que se desarrollan en contextos sociales donde la violencia estructural silenciosa atraviesa las relaciones sociales (51).

Existen de otro lado desde la Medicina Moderna algunos estudios que plantean que los estados emocionales intensos podrían también ser la causa de la diabetes tipo 2. Así según algunos especialistas, la depresión y la diabetes tipo 2 compartirían la misma ruta fisiopatológica causal, incluyendo aquí como un factor el bajo nivel socioeconómico (pobreza) (52). Asimismo se ha planteado la teoría sindémica para sostener que existen problemas de salud sinérgicos que afectan la

salud de grupos humanos en contextos de persistente desigualdad social y económica, como por ejemplo la asociación de depresión y diabetes en países pobres (53), (54). Estos estudios podrían dar sustento a lo manifestado por los pacientes del presente estudio a partir de su experiencia. Es evidente que se requiere investigar y conocer más sobre la relación entre estado emocional y diabetes.

De otro lado en algunos casos los pacientes señalaron, de manera complementaria, que su enfermedad se debió al tipo de alimentación como refrescos, bebidas con mucha azúcar y bebidas alcohólicas. Otros lo atribuyeron al consumo de comida con mucha grasa o comida chatarra. Estas explicaciones corresponden obviamente a los conceptos que maneja la Medicina Moderna y también la Salud Pública (1), (22). Estos testimonios de los pacientes sobre la causa de su enfermedad se asumen que, recogen su experiencia, pero también podrían reflejar el discurso de los médicos tratantes.

Es interesante señalar que solo en un caso se recogió una explicación sobre la causa de la diabetes desde la Medicina Tradicional a través del testimonio de una paciente en una de sus visitas a las comunidades amazónicas del Bajo Urubamba a en base a lo señalado al respecto por un curandero nativo:

- E: Muy bien ¿fuiste donde los curanderos?

P: Sí, pero donde los nativos curanderos pero ellos me dijeron “los que no nos quieren hacen que nos enfermemos” así me dijeron. Ellos para su cura es celestial, llaman tu espíritu, tu espíritu encomiendan a los ángeles. Hicieron la ofrenda en el cerro después de eso me sané, de verdad camino tranquila, no me pasa nada. Dicen que “ellos nos exponen a las

enfermedades, al cáncer, a la *diabetes*, a toda clase de enfermedades, según a lo que está expuesto nuestro cuerpo, es porque hacen llamar a nuestra alma”, dicen que “por eso llegamos a adquirir esas enfermedades”.

PACIENTE 3 c [34314:35828]. F. de 60 años que vive en ámbito urbano.

Es claro que en este caso el curandero tradicional amazónico busca dar una explicación al paciente sobre la causa de su diabetes desde su Medicina Tradicional. No se llegó a recoger un testimonio parecido de un curandero tradicional andino. Al respecto es conocido que en las Medicinas Tradicionales Andina y Amazónica, el “daño” es la acción maléfica que realiza una persona sobre otra para producir una determinada carencia, desgracia, dolencia o enfermedad (55). En este caso este concepto lo usa el curandero tradicional amazónico para explicar a la paciente la causa de su diabetes.

Es útil señalar que estas causas atribuidas a su diabetes por los pacientes del presente estudio a partir de su experiencia, son también parte de las representaciones sociales que van a construir sobre la enfermedad de manera similar a lo señalado para los síntomas de la enfermedad. De otro lado ésta atribución que hacen los pacientes sobre la causa emocional de su diabetes es un hecho novedoso en nuestro país e importante a discutir con el equipo de profesionales que los atiende, esto tanto para ser tomado en cuenta en su atención como en los contenidos de su educación diabética.

d. Otras ideas sobre características de la enfermedad

Los pacientes expresaron también otras ideas sobre su enfermedad que es importante considerar:

- P: Si eres paciente diabético, tienes que cuidarte de las heridas, como la sangre está endulzada las heridas no sanan o sanan con mucha dificultad y como no puede sanar se infecta y después termina en gangrena y hasta pueden amputarte los pies, ¿no lo has escuchado? PACIENTE 2 c [16179:16473]. F. de 74 años que vive en el ámbito urbano.
- P: Sí la enfermedad es silenciosa; avanza interiormente, por fuera estás sana, de un momento a otro cuando ya está avanzado se te complica, el mal avanza por dentro. PACIENTE 4 c [44414:44769]. F. de 41 años que vive en el ámbito urbano.
- P: Si, ya sabía, a medida que avanza, afecta al ojo, al riñón, al corazón, ¿entonces qué cosa nomas ya pues vamos a comer?, si todo afecta y este mal afecta a los otros órganos, así hablamos con las compañeras que hacemos los ejercicios; se ha muerto una señora. PACIENTE 15 c [4334:4657]. F. de 62 años que viven en el ámbito urbano.
- P: Yo digo acaso fácil están muriendo, les están amputando, una persona que ha sido amputada no puede ni caminar. Yo le digo “no tomes”, ella dice “cuando te cuidas, más te sube, estas preocupada más te sube”. PACIENTE 17 c [12744:12954]. F. de 60 años que vive en el ámbito urbano.
- P: He preguntado a todos y en todos los lugares como conclusión me han dicho “no tiene cura, no tiene cura esta enfermedad”. PACIENTE 28 c [7986:8107]. F. de 72 años que vive en el ámbito rural.
- E: Por no seguir, se han aburrido, han dicho volveré como antes

P: Sino que digamos de repente pasan algún cargo digamos aquí en Cusco, hay mucho cargo ¿no?, digamos fiesta en Almudena ahí está, ahí está, reciente ahí, el hombre paso la fiesta ahí y ahí se notó, gente ofuscada viene, le invita, tomadito ya, come, toma, de una semana se ha ido.

PACIENTE 25 cc [24093:24926]. M. de 65 que vive en el ámbito urbano.

De lo manifestado por los pacientes, tanto mujeres como varones, se recoge varias ideas importantes sobre la enfermedad expresadas en su lenguaje cotidiano, así están referidas unas al concepto que tienen sobre la enfermedad (“la sangre se endulza”), sobre la frecuente falta de molestias (“es silenciosa”); otras se refieren a los cambios que produce la enfermedad en el organismo incluyendo sus complicaciones, su no curación y la eventualidad de la muerte por trasgresiones en la dieta (“come”, “toma”). Es lógico asumir que estas ideas recogen no solo el discurso de los médicos tratantes sino también su experiencia personal, la percepción que tiene sobre lo que ocurre con otros pacientes y también el mensaje de su entorno social. Es evidente que las ideas expresadas por los pacientes en relación con las características de su enfermedad están en relación principalmente a la afectación de la dimensión biológica del ser humano, la misma que en lo fundamental es común a la especie humana, más allá de las diferencias culturales. Las ideas que tienen los pacientes del presente estudio sobre diferentes características de la enfermedad ya fueron reportados por R. Figueroa en el artículo ya referido previamente (50).

En los estudios presentados previamente sobre representaciones sociales de la diabetes en pacientes indígenas de Latino América existe muy poca referencia a estas características señaladas de la enfermedad por los pacientes, salvo en un

trabajo donde se alude al concepto que tienen de la enfermedad (“azúcar en la sangre”) (40). Es importante señalar de otro lado que estas características de la enfermedad señaladas por los pacientes del presente estudio, si bien están expresadas en su lenguaje cotidiano, corresponden a las que la Medicina Moderna y la Salud Pública reconocen de las características de la diabetes (1), (22).

Estas ideas sobre características importantes de la enfermedad expresadas por los pacientes forman parte también de las representaciones sociales que ellos construyen sobre la enfermedad de manera similar a lo señalado en lo correspondiente a los síntomas y la causa de la enfermedad.

De otro lado estas ideas sobre su enfermedad que tienen los pacientes también son importantes para discutir con el equipo de profesionales que los atiende, esto tanto para ser tomado en cuenta en su atención como en los contenidos de su educación diabética.

Habiendo revisado el conjunto de ideas que tienen los pacientes sobre su enfermedad (síntomas, a donde concurrieron, su causa y otras características) es conveniente buscar una explicación de conjunto a estos resultados. Al respecto se puede señalar en primer lugar que las molestias que sintieron los pacientes se refieren a diferentes dimensiones de la persona (de su ser) y su identidad. Al respecto David H. Alvarado en su obra *“Una comprensión andina del cuerpo”*, 2019 (56), señala que en la Cultura Andina se dan tres niveles interrelacionados de lectura del cuerpo: un nivel singular físico-anímico (uku o kurku), un nivel corpóreo socio-comunitario (ñoqanchis) y un nivel corpóreo de mancomunidad (pacha). El nivel singular físico-anímico (uku o kurku) comprende la realidad biológica articulada al nivel subjetivo y espiritual. El nivel corpóreo comunitario

(ñoqanchis) considera el ayllu y la comunidad. El nivel corpóreo de mancomunidad (pacha) incluye los nexos establecidos tanto con los seres humanos como con otras comunidades no humanas vivientes. En correspondencia con ello, la salud (allin kausay) significa vivir bien lo que implica el equilibrio y armonía en los tres niveles señalados y la enfermedad (onccoy) viene cuando priman los desequilibrios en esos tres niveles.

De otro lado según Rubén Roa en su trabajo *“Proceso salud-enfermedad: Crisis del paradigma biomédico”* (57), desde la Cultura Moderna incluyendo el paradigma médico dominante, la comprensión del cuerpo (ser) y consiguientemente de la salud-enfermedad se centra en las características biológicas del mismo, siendo las dimensiones psicológicas y sociales sólo un complemento y cumpliendo por tanto un rol secundario. Asimismo en éste paradigma biomédico según Eduardo Menéndez en su trabajo *“El modelo médico dominante y la salud de los trabajadores”* (58), la enfermedad se reduce a síntomas y signos y los diagnósticos que son construidos a través de indicadores casi exclusivamente biológicos, lo cual posibilita que tanto el enfermo como su enfermedad sean separados de sus relaciones sociales concretas.

Considerando lo planteado por los autores citados, las ideas expresadas por los pacientes sobre las características de su enfermedad, al centrarse en la dimensión biológica (salvo en lo referente a la causa de la enfermedad), expresarían en sus representaciones sociales la mayor influencia de la Cultura Moderna y del modelo médico hegemónico y en menor medida la de la Cultura Andina. En ese sentido se puede plantear que en la vida cotidiana de los pacientes, sobre las ideas que tienen

de su enfermedad, se da una interculturalidad de hecho donde confluyen e interaccionan ambas culturas.

Habiendo ya conocido las ideas principales que tienen los pacientes sobre las características de la enfermedad (síntomas, causas y otras características), siguiendo a W. Wagner y N. Hayes (33) cuando explican el proceso de construcción de las representaciones sociales, se puede plantear que las mismas se han convertido en un conjunto de imágenes y metáforas sobre las características de la enfermedad, contribuyendo al sistema cognitivo de los pacientes, base justamente de sus representaciones sociales.

Así siguiendo a dichos autores, el conjunto de ideas que tienen los pacientes sobre su enfermedad (incluyendo los síntomas) y que provienen de su vivencia de la misma se van a convertir en imágenes y metáforas de la diabetes. En efecto esas ideas vendrían a ser *el dominio experiencial* que al vincularse luego con la idea del diagnóstico de la diabetes, al constatarse la glicemia elevada con participación del médico, que vendría a constituir *el dominio otro*, van a conformar diferentes imágenes y metáforas. Estas a su vez junto con las correspondientes al tratamiento de la enfermedad (que se verán luego) van a constituir el sistema cognitivo de la representación social de la diabetes, de esta manera se va a formar la organización básica de sus representaciones sociales.

Estas metáforas sin embargo, siguiendo a los mismos autores (33), tienden a estructurarse en un *núcleo central* y *una periferia*. En el estudio se puede plantear que el núcleo central estaría conformado por las metáforas derivadas de las ideas (concepto) que tienen los pacientes sobre la diabetes (los síntomas, “la sangre se endulza”) y su diagnóstico correspondiente (hecha por el médico con apoyo del

dosaje de glicemia). Esto en razón de que éstas ideas identifican a la enfermedad, son permanentes, organizan al resto de metáforas así como serán la base para la acción (el tratamiento). Las otras metáforas relacionadas a la causa de la diabetes y los síntomas de las complicaciones y otras características de la enfermedad podrían conformar la periferia del sistema cognitivo de las representaciones sociales sobre la diabetes en razón de que pueden variar según los pacientes y el tratamiento que realicen.

d. Las ideas sobre el tratamiento de la diabetes

Aquí se presentan las ideas más representativas que tienen los pacientes sobre el tratamiento de su diabetes a partir de su experiencia, abarcando el tratamiento indicado en el hospital así como el uso de hierbas y productos naturales y el eventual recurso a un especialista de la Medicina Tradicional.

Sobre el tratamiento farmacológico

- E: ¿En primera instancia cuáles fueron las pastillas que te dieron?

P: metformina, glibenclamida esas dos pastillas me dieron para sanar, me ayudo tomando extracto y tomando mate de hierbas. PACIENTE 4 c [11465:11737]. F. de 44 años que vive en ámbito urbano.

- E: ¿Cada cuánto tiempo vas a tus controles?

P: Una vez al mes, el doctor te da la dotación de pastillas para todo el mes, ahora ya he recibido todos los análisis que me han requerido, qué me dirá el doctor...., Yo estoy queriendo preguntar al doctor si debo seguir utilizando insulina o ya no. Eso estoy queriendo consultar, eso es lo que quiero porque con la insulina mejora tu vista, se aclara, pero el doctor me

ha prohibido. PACIENTE 3 c [15750:16526]. F. de 60 años que vive en ámbito urbano.

- E. ¿Hasta ahora estas recibiendo el tratamiento?, ¿estas tomando metformina dos veces al día?

P: No uno nomas

E. ¿Estas tomando glibenclamida?

P: No ya no tomo, me ha prohibido en Lucre, solo estoy tomando metformina. PACIENTE 20 c [12529:12749]. F. de 75 años que vive en ámbito rural.

- E: Gemfibrozilo, ¿y qué otra pastilla más tomas?

P: Gemfibrozilo, metformina es para diabetes y aspirina más bien no estoy tomando ahora porque tenía otros males del pie, de mi pie gordo tenía herida, estaba haciéndose herida. PACIENTE 11 c [19067:19292]. F. de 45 años que vive en ámbito rural.

- E: ¿Qué medicamentos eran?

- P: No me recuerdo sinceramente no me recuerdo, pero con eso se me ha regulado. Después de terminado ese tratamiento a la semana he regresado y me ha dado este tratamiento eso tomo ahora en la mañana y en la noche. PACIENTE 14 c [4399:4640]

- P: Ahora tomo estas dos cosas metformina y baclofeno, el baclofeno es un relajante muscular. PACIENTE 14 c [5354:5444]. M. de 58 años que vive en el ámbito urbano.

De lo expresado por los pacientes, tanto mujeres como varones, es evidente que ellos conocen la prescripción médica indicada, tanto la oral (metformina y

glibenclamida), como eventualmente para algunos la parenteral (insulina), así como su uso. Es útil indicar que los nombres de estos medicamentos de prescripción oral los pacientes a veces ya no lo recuerdan, pero si los identifican y los consumen en base a su color o presentación. De otro lado, conocen la rutina para su control médico (concurren a la semana en los casos que inician el tratamiento, y cada tres meses para su control regular). También cuando aparte de su cuadro diabético, los pacientes presentan comorbilidades (como la alteración de los lípidos en sangre), el médico tratante les indica la prescripción complementaria (como gemfibrozilo). Obviamente también será importante conocer las representaciones sociales sobre el cumplimiento del tratamiento farmacológico, lo que será presentado en otra sección.

Las ideas que tienen los pacientes del presente estudio sobre el tratamiento farmacológico que deben seguir para la diabetes ya fueron reportados por R. Figueroa en el artículo mencionado previamente (50).

Cabe también recordar, que la gran mayoría de los pacientes del estudio están inscritos en el Sistema Integrado de Salud (SIS) y por tanto reciben su medicación gratuitamente, ocasionalmente la farmacia del hospital no tiene los medicamentos prescritos y ellos tienen que recurrir a las farmacias comerciales, afrontando el gasto correspondiente. En la mayoría de los estudios presentados previamente sobre representaciones sociales de la diabetes en pacientes indígenas de Latino América se alude también a éste componente del tratamiento de la diabetes, si bien la información es heterogénea (34), (35), (36), (38), (39), (40), (43).

De otro lado ésta medicación referida por los pacientes (metformina y glibenclamida) para el tratamiento de su diabetes corresponde a las orientaciones

para el tratamiento de la diabetes de la OMS como medicamentos de primera línea así como a las orientaciones de la Medicina Moderna y a las contenidas en la Guía de Práctica Clínica correspondiente del MINSA (22), (26), (59).

Es importante destacar que estas experiencias de los pacientes del estudio sobre el tratamiento farmacológico de su enfermedad serán también componentes de las representaciones sociales que van a construir sobre la enfermedad, de manera de manera similar a lo señalado previamente para las características de la misma, si bien ahora en relación a su tratamiento.

Sobre la dieta

En relación a las ideas que tienen los pacientes sobre la dieta que deben seguir como parte de su tratamiento, se presentan algunas manifestaciones representativas:

- E: Muy bien, ¿cómo se debe cuidar un paciente con diabetes?

P: Te debes controlar señorita no tomando desayuno con mucho dulce, después no se debe comer carnes rojas y si comes deberías comer una vez o dos veces al mes pero una porción muy pequeña. Así nos recomienda el doctor: debes comer poca cantidad y así tengas hambre hay que aguantarse no vamos a fallecer por tener hambre ¿verdad?, si cocinas guisos ya no debes comer arroz, no comer frituras nunca, señorita.

P: Si comes moraya tampoco comes arroz

E: Muy bien ¿qué otras recomendaciones deben seguir un paciente con diabetes?

P: Como le dije señorita así debe cuidarse, no debe comer carne, debes comer más cantidad de ensaladas, debes comer verduras. El doctor quiere

que nosotros comamos verduras. PACIENTE 10 c [23911:24784]. F. de 74 años que vive en ámbito rural.

- E: Bien, Muy bien, ¿qué más podemos enseñar a las personas con diabetes?

P: Más que toda alimentación ¿no?, alimentación porque dice “hay que comer más verduras, no comer mucha carne, mucha grasa” por lo menos no. “Más verduras, la mitad del plato verduras” eso dice la nutricionista, que tenemos que comer la mitad del plato, pero a veces no cumplimos también.

E: ¿Pollo a la brasa, asado, cuando se presenta las fiestas cuy asado, lechón?

P: Eso también nos dijo la nutricionista: “está bien pueden comer lechón y cuy asado, pero no entero, pueden comer lechón y cuy, pero ya no mucho, ustedes tienen que medir el tamaño de la porción de sus manos”, así nos dice

E: ¿Carne?

P: Carne, la carne, el pollo, el pescado deber tener el tamaño de la palma de nuestras manos. PACIENTE 11 c [17183:17884]. F. de 45 años que vive en ámbito rural.

- E: ¿Qué crees que debe comer una persona con diabetes?

P: Ay, comer fruta, jugos, fruta que no tenga mucho dulce, papaya, manzana hervida, pera hervida, porque el plátano totalmente prohibido por el dulce que tiene, frutas que no tengan mucho dulce. PACIENTE 18 c [11132:11420]. F. de 73 años, que vive en ámbito urbano.

- E: ¿Qué cosas más te enseñan en las capacitaciones?

P: En las capacitaciones nos enseñaron tener que comer ensalada de zanahoria, betarraga después sopa, aunque sea de maicito, chuño pollo sin grasa, pan integral, debemos comer solo la mitad no completo. Nos prohibieron plátano naranja, manzana si, pera también podemos comer tostado mote, ensalada brócoli en la sopa. PACIENTE 5 cc [17644:18234]. M. de 75 años, que vive en el ámbito urbano.

Como se aprecia los pacientes, tanto varones como mujeres, conocen las indicaciones sobre la dieta que deben consumir para el tratamiento su enfermedad incluyendo el tipo y la proporción de los alimentos, así como los alimentos que deben evitar, aludiendo asimismo a alimentos y platos típicos de la región. De otro lado también es importante conocer el cumplimiento de éstas orientaciones, lo que será posteriormente presentado.

Es útil señalar que los pacientes reciben la orientación dietética correspondiente a su tratamiento no solo del médico tratante durante la consulta médica, sino también de la nutricionista y la enfermera que apoyan la labor del médico y dadas sea personalmente o en las charlas que suelen tener los pacientes mensualmente.

Las ideas que tienen los pacientes del presente estudio sobre el tratamiento dietético que deben seguir para su diabetes también ya fueron reportados por R. Figueroa en el artículo ya referido previamente (50).

En los estudios presentados previamente sobre representaciones sociales de la diabetes en pacientes indígenas de Latino América existe muy poca alusión a éste componente del tratamiento de la diabetes.

De otro lado, dado que la alimentación es un componente fundamental del modo de vida de los seres humanos se considera pertinente considerar el contexto en el que se da esta experiencia en los pacientes del presente estudio considerando las influencias de la Cultura Andina y de la vida moderna sobre su alimentación y nutrición. Al respecto David Alvarado en su trabajo *“La comprensión andina del cuerpo”* (56), señala que el enfoque sobre la alimentación y nutrición desde la Cultura Andina es vitalista, así la provisión de alimentos está orientada a satisfacer las necesidades orgánico-anímico-energéticas de los pobladores, dando importancia a la satisfacción socio afectiva comunitaria y religiosa además de su valor biológico. Asimismo señala el autor que las comunidades tradicionales andinas no disociaron la alimentación habitual de la prevención y del tratamiento por ello es frecuente que los mismos potajes que consumen sean medios preventivos o terapéuticos. En ese sentido en la culinaria andina es muy importante el adecuado balance de lo “cálido” y lo “fresco”, esto no se refiere a la temperatura de los alimentos sino a una cualidad subjetiva-fisiológica que explica los efectos de los alimentos sobre el cuerpo.

Asimismo se reconoce que actualmente la economía familiar andina, con los sistemas agroecológicos que ha logrado desarrollar, no solo proporcionan beneficios ambientales como mejora de la calidad de los suelos, reducción de la contaminación ambiental, incremento de la biodiversidad, mitigación y adaptación al cambio climático, sino que como resultado de una mayor diversificación de cultivos, dan también posibilidad a las familias (tanto rurales como urbanas) de tener una dieta más variada y con beneficios nutricionales (60).

De otro lado sin embargo es conocido que en el marco de la modernidad, la alimentación y la actividad física han cambiado de manera drástica por factores externos como el bajo costo de carbohidratos y aceites altamente refinados así como el sedentarismo a consecuencia del transporte motorizado, del uso de aparatos ahorradores de energía física, de empleos sedentarios y de la seducción de la televisión y los videojuegos lo que ha incidido en la presencia creciente del sobrepeso y la obesidad (61). Al respecto en el Perú, Fernando Eguren señala que si bien en los últimos años se ha avanzado en una importante reducción de la desnutrición infantil mucha menor atención han merecido las distintas formas de malnutrición, en particular, el consumo frecuente de alimentos ultra procesados, principal causante del sobrepeso y la obesidad y que se ha incrementado marcadamente en todos los rangos de edad de la población, incluyendo hombres y mujeres favoreciendo la ocurrencia de las enfermedades no transmisibles (hipertensión, diabetes y enfermedad coronaria) y constituyendo por tanto un grave problema de salud pública (62).

En el caso de los pacientes del presente estudio se puede plantear que su percepción y la experiencia que tienen los pacientes sobre su alimentación y nutrición está atravesada por la influencia contrapuesta de estos dos procesos provenientes uno desde la cultura y realidad social andinas y otro desde la cultura y realidad social modernas, si bien con predominancia de ésta última. Es ese sentido es importante destacar la importancia de la promoción del consumo de los productos alimenticios andinos de reconocido valor nutricional, tanto para los pacientes como para la población en general.

De otro lado estas ideas sobre la alimentación que deben consumir y la que no deben consumir expresadas por los pacientes del presente estudio corresponden tanto a las orientaciones para el tratamiento de la diabetes de la OMS, de la Medicina Moderna y a las contenidas en la Guía de Práctica Clínica correspondiente del MINSA (22), (26), (59).

Éstas experiencias de los pacientes del presente estudio sobre la dieta para el tratamiento de su enfermedad, son también componentes de las representaciones sociales que van a construir sobre la enfermedad, de manera de manera similar a lo señalado previamente para las características de la misma, si bien ahora en relación a su tratamiento.

Sobre la actividad física

Con relación a las ideas que tienen los pacientes sobre la actividad física incluyendo los ejercicios se recogió las siguientes emisiones:

- E: ¿Cómo más debe ser el cuidado de una persona con diabetes?

P: Hacer ejercicios, yo de alguna manera camino eso pienso que es bueno. He escuchado que “si no haces ejercicios y si tú en tu casa tienes gradas, bajas y subes las gradas”. En la casa hago eso todos los días, todo el día, será quince minutos eso es diario. Voy al mercado para hacer compras todos los días será veinte minutos el ir y veinte el retorno, cuarenta minutos caminando. PACIENTE 14 c [13598:14044]. M. de 58 años que vive en ámbito urbano.

- E. ¿Debe hacer ejercicios?

P: Claro, el doctor nos lleva al Coliseo Cerrado, nos lleva a pie para que caminemos y hagamos ejercicios, vamos a esos lugares como de paseo,

nos hace jugar con pelotas, nos hace cantar. PACIENTE 30 c [12450:12664]. F. de 65 años que vive en el ámbito rural

- E: ¿Ahora ya has aprendido como debes cuidarte?

P: El doctor me dice “debes caminar, tienes que caminar”. Estaba yendo a hacer ejercicios, ahora más bien no estoy yendo. El doctor “no vas a estar sentada en tu casa tienes que caminar”. PACIENTE 16 c [7199:7432]. F. de 62 años que vive en ámbito rural.

De lo manifestado por los pacientes, tanto mujeres como varones, se nota claramente que ellos conocen la utilidad de la actividad física para su tratamiento y el tipo de ejercicios que deben practicar; se aprecia también que el ejercicio que generalmente les han recomendado por parte del equipo profesional es la caminata así como subir y bajar gradas, en algunos casos los pacientes refieren haber concurrido a ejercicios grupales. Asimismo esta orientación sobre la actividad física para el tratamiento de su diabetes por parte del equipo profesional de los dos hospitales es en general acatada por los pacientes si bien de manera heterogénea como se verá luego. Estas ideas que tienen los pacientes del presente estudio sobre la actividad física que deben cumplir como parte del tratamiento que deben seguir para la diabetes ya fueron reportados por R. Figueroa en el artículo indicado previamente (50).

En los estudios presentados previamente sobre representaciones sociales de la diabetes en pacientes indígenas de Latino América no se alude a éste componente del tratamiento de la diabetes.

De otro lado en la Cultura Andina la población, tradicionalmente dedicada a la actividad agrícola y la crianza de animales así como a la danza en las festividades,

practicaba la actividad física de manera rutinaria tanto los hombres y como las mujeres, esto lógicamente evitaba el sedentarismo y contribuía a evitar el sobrepeso y la obesidad. Esta situación, con el desarrollo de la modernidad y la migración de buena parte de la población andina a las ciudades, ha cambiado drásticamente al dejar la actividad rural tradicional por actividades más sedentarias como el pequeño comercio y la actividad doméstica.

Al respecto se señaló que en los países en desarrollo en el marco de la modernidad, aparte de lo ya referido sobre la presencia creciente de los alimentos importados de bajo costo en base a carbohidratos y aceites altamente refinados, el desarrollo del transporte motorizado, del uso de aparatos ahorradores de energía física, de empleos sedentarios y de la seducción de la televisión y los videojuegos están favoreciendo el sedentarismo y consiguientemente el sobrepeso y la obesidad (61). Esta situación se considera la están experimentando también los pacientes del presente estudio, tanto los que habitan en el ámbito urbano como los del ámbito rural, si bien con mayor intensidad los primeros. Al respecto se considera la importancia, para el tratamiento de su diabetes, de la promoción de la actividad física en los pacientes tanto del ámbito urbano como rural.

Es también útil señalar que las ideas referidas por los pacientes sobre la actividad física para el tratamiento de su diabetes corresponden a las orientaciones de la OMS, de la Medicina Moderna y de la Guía de Práctica Clínica para la Diabetes del MINSA (22), (26), (59).

Éstas experiencias de los pacientes del presente estudio sobre la actividad física para el tratamiento de su enfermedad van a ser también componentes de las representaciones sociales que van a construir sobre la enfermedad, en el

componente de manejo de la enfermedad, de manera de manera similar a lo señalado previamente para el tratamiento farmacológico y la dieta.

De otro lado en el proceso de construcción de las representaciones sociales de la diabetes de los pacientes del presente estudio, ha de tener influencia otros componentes importantes de la Cultura Andina, en ese sentido es útil conocer sus ideas sobre el uso de hierbas y productos naturales para el tratamiento de su enfermedad así como el eventual recurso al especialista de la Medicina Tradicional.

Sobre el uso de hierbas medicinales y otros productos naturales para su tratamiento

Es importante señalar en primer lugar que los pacientes del presente estudio usan algunos recursos y ejecutan algunas prácticas de la Medicina Tradicional Andina para otros problemas de salud diferentes a la diabetes como lo evidencian los siguientes testimonios:

- E: Está bien mamá, ¿tal vez quieras aumentar algo?

P: No nada, como solo estoy con esas pastillas..., también consumo coquita

E. ¿Toda la vida has consumido coca?

P: Cuando era joven no, ahora es que consumo, aquí todos consumen.

PACIENTE 16 c [15597:15824]. F. de 62 años que vive en ámbito rural.

- E: ¿Y el despacho que ponen, es para otra cosa no es para tu enfermedad?,

P: Eso es diferente.

Esposo: Tierra es distinto, apu es distinto, el contacto hace con unos espíritus, ellos actúan bajo un orden, los ángeles, ordenan al humano, esto

aquello vas a hacer diciendo. Nosotros servimos tan igual como sirvieron los incas, alcanzaban el corazón de la llama, los incas no solo alcanzaban eso, sino también lo que trabajaban, desde kiwicha, desde esa fecha alcanzan. PACIENTE 4 c [50477:51933]. F. de 44 años que vive en ámbito urbano.

- E: ¿Algunas de las hierbas las recoges del camino?

A: Ajá las recojo. La herida que tengo en los pies lo lavé con llantén, con eso me desinflamó

E: ¿Se sanó rápido?

A: Después de lavarlo paso con crema, con agua oxigenada, me curo con esos productos y ya está. PACIENTE 11 c [23210:23469]. F. de 45 años que vive en ámbito rural.

- E: ¿Para qué te pones las cascaritas de las lisas?

M: Para la inflamación, me está doliendo, es fresco, me pongo para la inflamación

E: ¿Solo con eso te pones o también con otras cosas más te pones?

M: Ahora solo encontré eso, eso hace unos instantes me lo puse, a veces me pongo con “sábila”. PACIENTE 21 c [19125:19544]. F. de 75 años que vive en ámbito rural.

Las manifestaciones de los pacientes, provenientes tanto del ámbito urbano como rural, muestran que usan recursos y prácticas de la Medicina Tradicional Andina para varios problemas de salud aparte de la diabetes. Al respecto de acuerdo a lo que señala Vicente Torres (63), el poblador andino asume que para vivir bien

(allin kausanapaq) es necesario hacer una ofrenda a la madre tierra, a la Pachamama (haywakuy) con productos como la coca y otros alimentos.

Es interesante también recoger el testimonio de una paciente del presente estudio que visitaba con alguna frecuencia comunidades de la parte amazónica de la región del Cusco y que muestra la presencia también de la Medicina Tradicional Amazónica en la población:

- E: ¿Con qué frotación?

P: Ellos hacen la frotación con la sabia de muchos árboles, traje esa frotación. Son cremas blancas, eso traen los nativos; para las personas es bueno, para el dolor de huesos, para el reumatismo es bueno, estamos viendo a personas con artritis, pero tienes que hacer antes la sauna gringa para que te untes con esa frotación. PACIENTE 3 c [21734:22955]. F. de 60 años que vive en ámbito urbano.

El uso por parte de los pacientes, tanto de los que viven en el ámbito urbano como del ámbito rural, de recursos y prácticas de la Medicina Andina y Amazónica para afecciones diferentes a la diabetes, evidencian que en ellos está presente la influencia de dichas culturas, si bien asumen de manera creciente el modo de vida moderno. Esto en efecto es expresión del proceso de mestizaje cultural (y no solo biológico) que se ha dado en nuestro país si bien con clara hegemonía de la Cultura Moderna.

De otro lado este uso de recursos y prácticas de la Medicina Tradicional Andina y Amazónica es también un hecho importante a discutir con el equipo de profesionales que los atiende, esto tanto para ser tomado en cuenta en su atención como en los contenidos de su educación diabética.

En relación al uso de hierbas medicinales para el tratamiento de su diabetes, de las entrevistas realizadas a los pacientes se ha recogido los siguientes testimonios que son los más representativos:

- E: Muy bien, esta hierba es la sidra ¿no es cierto?

P: Efectivamente es sidra, esto es yawka, esto es linaza, zarzaparrilla, diente de león, yawar chonqa, pilli pilli, cebada, llantén, cola de caballo; ...así es, tomo estas hierbas en lugar de refresco señorita. Solo tomo estos mates señorita y mis pastillas para la diabetes que tomo diario. PACIENTE 10 c [29473:30359]. F. de 74 años que vive en el ámbito rural.

- E. ¿Cómo las tomas estas hierbas?

P: Lo hago hervir, tomo en la mañana junto con las pastillas, tomo también a medio día, hasta dos tasas, por la noche, cuando tengo sed también tomo, tomo también las pastillas; el sachá inchi, aceite de oliva una cuchara cada día. Ahora ya no tomo ni el sachá inchi ya no compro, ya serán tres meses que no tomo esas cosas. PACIENTE 16 c [8193:9018]. F. de 62 años que vive en ámbito rural.

- E. ¿En las cosas o mates que tomas utilizas la Medicina Tradicional?

P: Antes tomaba el piki piki, me han dicho que es bueno para la vista. También he tomado una botella de sachá inchi, tomaba noni junto con mi hija, tiene muy mal olor así lo tomaba. PACIENTE 17 c [10282:11566]. F. de 60 años que vive en ámbito urbano.

- E: ¿Tal vez a tu tratamiento complementas con otra Medicina Alternativa?

P: Sí, a veces tomo hierbas medicinales, compro hierbas y eso tomo en mate, pero sin azúcar. La cidra, eso es lo que compro, eso hago hervir con hierba de cáncer, le agrego cola de caballo, en cantidad esas hierbas hago hervir; también agrego pelo de choclo, lavada cáscara de papa compis, con todos esos ingredientes preparo un sabroso mate. PACIENTE 9 c [26725:27883]. F. de 47 años que vive en ámbito urbano.

- E: ¿Creo no quieres hablarme de la Medicina Natural? Me dijiste que estas curando, de ser así..... ¿tal vez hiciste despachos?

P: La Medicina Natural para la diabetes, hay una yerba particular para la diabetes, eso también se toma en mate, hay también otra yerba luisa para las penas, hay que tomar reposado, para la diabetes chili chili, en esos mates tomo las pastilla .PACIENTE 5 cc [22902:23440]

P:también hay berro, ocurro, que es bueno también para la diabetes, saca también las inflamaciones, yerba santa,....esa que se come como papa pelada?

E: ¿Yacón?

P: Aja eso es todo señorita. PACIENTE 5 cc [22309:22717]. M. de 75 años, que vive en el ámbito urbano.

De las entrevistas presentadas (y del conjunto de las realizadas), se evidencia que los pacientes, tanto mujeres como varones, hacen uso de una amplia variedad hierbas medicinales y otros productos naturales provenientes de la Medicina Popular y la Medicina Tradicional Andina y Amazónica para tratar su enfermedad. Así entre las hierbas medicinales existe un número importante de ellas, cuyos nombres populares son: sachá inchi, piki-piki, pilli-pilli,

runamanayupa, zarzaparrilla, diente de león, yawar chonqa, valeriana, cedronsillo, toronjil, orégano, salvia, sábila, cebada, kuchi-qara, flor de Jamaica, pikipichana, hierba santa, hierba luisa, hierba de cáncer, cola de caballo, cabello de choclo, qeto-qeto, estrella kiska, yunka-linasa, kimsakucho, ceciliano, boldo, perejil, toronjil, pasuchaca, ajenjo, hayaq-pilli, llantén, pirka-pirka, chachacoma, entre otras.

Manifiestan también los pacientes que estas hierbas son utilizadas en forma de infusión (la mayoría) y otras se hacen hervir y se toma el líquido obtenido. Es útil señalar que el líquido obtenido es utilizado también para ingerir sus pastillas de tratamiento y para calmar la sed. Indican asimismo los pacientes que estas hierbas son “agrias” o “amargas”. En cualquier caso estas hierbas las usan como complemento a la prescripción de sus medicamentos por parte del médico tratante. De otro lado también refieren los pacientes que usan una variedad de productos naturales de tipo vegetal.

- E. ¿En las cosas o mates que tomas utilizas la Medicina Tradicional?

P: Si, para mi glucosa unas amigas me han dicho extracto de calabaza, eso es verdad te baja la glucosa. Tomo la calabaza una semana para el mes y me baja la glucosa a 105, 118, 150...mis amigas dicen también que es bueno “chacchar coca”, dice que nosotras sobre el almuerzo hay que picchar coca, eso también hago. Después me dicen que el tarwi es bueno, entonces hago remojar, lo pellizco con mi uña y eso me pongo a la boca con agua”... PACIENTE 17 c [10282:11566]. F. de 60 años que vive en el ámbito urbano.

- E:de repente ¿alguien te aconsejó algo?

P: Efectivamente señorita mi esposo iba preguntando en eso le dijeron que chupe tamarindo. Entonces empecé a chupar tamarindo y a tomar agua tibia hervida en una taza grande a las cinco de la mañana, solo con eso me controlo señorita con nada más; diariamente señorita no dejo ni un solo día, igualmente consumo agua tibia en ayunas. PACIENTE 10 c [30360:31656].

E: ¿También de la tuna?

P: Si también consumo la babaza de “penca de la tuna”. Lo rallo señorita igual como se ralla el “olluco”, cuando lo picas la penca sale su baba cuando lo colocas en el agua. En ayunas, todo medicamento en ayunas tienes que tomar. PACIENTE 10 c [31786:32563]. F. de 74 años que vive en ámbito rural.

- E: Te escuche hace un momento que fuiste donde médicos naturistas y tomaste mates de hierbas ¿verdad?

P: Comía yacón, yacón consumí mucho tiempo; casi un año consumía yacón

E: ¿Todos los días?

P: Así es cada día comía un yacón, si este era grande comía la mitad.

PACIENTE 6 c [26351:27209]. F. de 55 años que vive en ámbito rural.

De los testimonios presentados así como del conjunto de los recogidos en el estudio, se aprecia que los pacientes consumen también varios productos naturales para el tratamiento de su enfermedad. Algunos de los productos se los consume crudos como: penca de la tuna (flema), tamarindo, aguaymanto, sachá tomate, pitaqhaya, entre otros. Algunos otros productos requieren ser hervidos para su

consumo como el yacón, sábila, calabaza, tarwi, moringa, berro, ocoruro, alcachofa, año negro, caigua, entre otros. Finalmente otros son hervidos y se toma el líquido obtenido como hoja de mango, hoja de higo, canela, cascara de arveja, sidra, berenjena, hoja de masasamba. Indican asimismo los pacientes que estos productos naturales son “amargos”.

Es útil indicar también que de la misma manera que las hierbas medicinales estos productos los usan como complemento a los medicamentos prescritos por parte del médico tratante. Así una paciente expreso este comportamiento de la(os) pacientes de la siguiente manera:

- P: Yo pienso que a pesar de tomar hierbas las pastillas no hay que dejarlas, eso creo. A mi parecer esas hierbas están protegiendo, como que ayudan también a las pastillas, al tratamiento ¿no?, pueden ir de la mano los dos para estar mejor. PACIENTE 11 c [27126:27379]. F. de 45 años que vive en ámbito rural.

La mayoría estas hierbas medicinales y productos naturales son conocidos por la población andina y provienen de esta región y otra parte procede de la región amazónica vecina. Asimismo el consumo amplio de estos productos como complemento a su tratamiento convencional no es comentado por los pacientes en sus controles médicos regulares en su hospital, al parecer porque consideran que su uso no es aprobado por el equipo profesional que los atiende. Estas ideas que tienen los pacientes del presente estudio sobre el uso de numerosas hierbas medicinales y productos naturales provenientes de la región andina y amazónica como complemento al tratamiento convencional de la diabetes es un hecho

novedoso e importante y ya fueron reportados por R. Figueroa en el artículo mencionado con anterioridad (50).

Es importante señalar que en la mayoría de los estudios presentados previamente sobre las representaciones sociales sobre la diabetes en pueblos indígenas de Latinoamérica se refieren que ellos usan también para el tratamiento de su enfermedad numerosas hierbas medicinales y otros productos naturales provenientes de la medicina tradicional (37), (38), (39), (40), (41), (42), (43). Es asimismo muy ilustrativo el estudio de J. Medina et al. “*Saberes y prácticas de una población rural maya con diabetes tipo 2 sobre plantas medicinales*” realizado en Saltillo, Coahuila, México 2018 (64), donde en un estudio cualitativo se concluyó que la herbolaria es un factor importante para la recuperación y conservación de la salud en dicha población y además representa un elemento que fortalece su identidad cultural como pueblo maya pues forma parte de su tradición.

Es útil indicar que la OMS dentro de su *Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional* 2014 (65), reconoce que la medicina tradicional de calidad, seguridad y eficacia comprobadas contribuye a asegurar el acceso de todas las personas a la atención de salud. Señala también que para muchos millones de personas, los productos a base de hierbas, los tratamientos tradicionales y los prácticos de las medicinas tradicionales representan la principal fuente de atención sanitaria y a veces la única. En ese sentido dentro de dicha estrategia un objetivo muy importante es “Promover la cobertura sanitaria universal por medio de la apropiada integración de los servicios de la Medicina Tradicional y

Complementaria en la prestación de servicios de salud y la auto atención de salud”.

Es claro que los resultados del presente estudio, así como los referidos en los otros trabajos ya referidos en pueblos indígenas y las orientaciones de la OMS sobre la utilidad de la Medicina Tradicional incluyendo su herbolaria nos ayudan a reconocer la utilidad de las Medicinas Tradicionales Andina y Amazónica para una atención de salud más intercultural a los pacientes indígenas y no indígenas con diabetes (y otras enfermedades), en nuestro país.

Es también importante señalar que los resultados del presente estudio muestran que los pacientes al recurrir a la Medicina Moderna para el diagnóstico y tratamiento de su diabetes y usar al mismo tiempo como complemento para su tratamiento un conjunto de hierbas y productos naturales que provienen de la Medicina Tradicional Andina y Amazónica, están evidenciando un abordaje y una práctica de tipo intercultural para enfrentar su enfermedad, si bien en una relación todavía fragmentaria y desigual con el equipo de salud y la Medicina Moderna, esto más allá de la reconocida competencia profesional de los médicos especialistas que atienden a los pacientes del presente estudio. Al respecto es útil tener presente que de acuerdo a lo señalado por Rodrigo Montoya en el documento *Interculturalidad, racismo y negociación* (66), la interculturalidad como proyecto implica dialogo, respeto y tolerancia. Asimismo es importante considerar lo que Nepalí Cueva señala sobre la Interculturalidad en Salud en el sentido de que ella busca una relación horizontal de dialogo y aprendizaje entre el sistema médico occidental y el sistema médico indígena (7).

De otro lado es evidente que estas numerosas hierbas medicinales y productos naturales usados por los pacientes, más allá de que se usan en un contexto social y cultural andino y popular, requieren ser evaluados desde los parámetros de la Medicina Moderna en cuanto a su eficacia, seguridad e inocuidad para el tratamiento de la diabetes. Al respecto un trabajo científico valioso es el realizado por Seclén S, Villena A, Mayta P, Pinto M. *Respuesta Glicémica y Sensibilidad a la Insulina después de la Ingestión de Miel de Yacón (Smallanthus sonchifolius) en Pacientes con Diabetes Tipo 2* (67), donde en un estudio analítico, auto controlado en pacientes con diabetes tipo 2 se concluyó que la miel de yacón tipo 1 (rica en oligofructanos y pocos azúcares simples) puede ser consumido por pacientes con diabetes tipo 2 como sustituto del azúcar.

Es importante destacar que en el documento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) *Situación de las Plantas Medicinales en el Perú 2018* (68), se señala que el Perú es uno de los países megadiversos del planeta por su gran riqueza en especies vegetales. Indica también que el Perú tendría 1408 especies vegetales con uso medicinal y solo una parte de ellas han sido estudiadas. Al respecto del conjunto de especies vegetales usadas por los pacientes del presente estudio para el tratamiento de su diabetes, algunas de ellas son difundidas y están consideradas como beneficiosas para la diabetes como el yacón, la canela, la moringa, la caigua y el aguaymanto en el trabajo de R. Santivañez y J. Cabrera *Catálogo florístico de plantas medicinales peruanas 2013*(69), editado por el Ministerio de Salud.

Es útil indicar que esta experiencia que tienen los pacientes del presente estudio sobre el tratamiento médico de su enfermedad es parte de las representaciones

sociales que tienen sobre la diabetes. De otro lado éste uso que hacen los pacientes de hierbas medicinales y productos naturales provenientes principalmente de su Medicina Tradicional para el tratamiento complementario de su enfermedad es también un hecho novedoso e importante a discutir con el equipo de profesionales que los atiende, esto tanto para ser tomado en cuenta en su atención como en los contenidos de su educación diabética.

Sobre el recurso al especialista de la Medicina Tradicional Andina para tratar su enfermedad

Al respecto de las entrevistas realizadas a los pacientes se ha recogido los siguientes testimonios que son los más representativos:

- P: No, cuando vienen curanderos, no acudo a ellos señorita solía alejarme, mi enfermedad era solo para mí, pensaba que me iban a criticar. PACIENTE 6 c [30339:30697].
E: Dijiste en el Mercado Central
P: Si, en el Mercado Central, ahí. PACIENTE 6 c [30794:31535]. F. de 55 años que vive en el ámbito rural.
- P:es aparte, de alguna enfermedad de brujería, hechicería mamita ahí, eso es aparte; no se puede confundir con una enfermedad como la diabetes, con esta enfermedad analizando la sangre, también en la orina. PACIENTE 5 cc [26052:26400]. M. de 75 años que vive en el ámbito urbano.
- P:, para la diabetes yo voy donde el doctor, no donde el curandero, tal vez otras cosas, pero no, pero nunca por la diabetes. PACIENTE 19 c [25309:25487]. M. de 75 años que vive en el ámbito urbano.

- P:, no me venía tanto esa idea, nunca tanto creo yo en esos curanderos no, a veces son como charlatanes, aparte de eso digamos no, pero si no hacen análisis, nada ellos, “¿cómo van a encontrar mi enfermedad, qué es lo que tengo?”. PACIENTE 25 cc [11929:12405]. M. de 65 años que vive en el ámbito urbano.

Es evidente que la mayoría no recurría para su tratamiento de su diabetes al especialista de la Medicina Tradicional sin embargo algunos de ellos recurrieron al mismo al inicio de su enfermedad como lo expresa el siguiente testimonio:

- P:.... antes he recurrido pensando que podía ser algún otro mal relacionado a la tierra y el especialista me dijo “tu mal no es para mis conocimientos no es para mi mano, esto es para el hospital”, así me dijo. PACIENTE 16 c [9018:9501]. F. de 62 años que vive el ámbito rural.

En otro caso de un paciente que visitaba por razones de trabajo a comunidades nativas del Bajo Urubamba (Amazonía), al inicio de su tratamiento participó en una ceremonia ritual para curar su diabetes:

- P:... entrando sacan el concolón del masato de yuca, a eso le agregan una serie de hierbitas, removiendo, removiendo hacen calentar hasta que espese, entonces calienta, calienta y ya está, con eso te envuelven desde los pies hasta la cabeza, no debes de enfriarte. Eso tiene que hacerte en el sol para que no te enfríes, caso contrario tiene que hacerte dentro de la casa. Para que permanezcas caliente tienen que colocarte agua caliente en botellas descartables, eso te arruga como si fuese la piel de una abuelita, tus poros se abren completamente. PACIENTE 3 c [30924:33257]. F. de 60 años que vive en el ámbito urbano.

De lo expresado por los pacientes es claro que la mayoría, tanto varones como mujeres, no concurren al especialista de la Medicina Tradicional para tratar su diabetes, solo en muy contados casos los pacientes al inicio de su tratamiento recurrieron al especialista de la Medicina Tradicional sea Andina o Amazónica para tratar su enfermedad. Es interesante sin embargo hacer notar el testimonio de un paciente que refiere que al concurrir inicialmente para su tratamiento al especialista de la Medicina Tradicional, este señaló que su enfermedad no era de su competencia y debía concurrir al hospital.

Como se vio previamente la mayoría de los pacientes luego de tratar sus molestias iniciales con recursos domésticos provenientes de la Medicina Popular y al persistir y acentuarse las mismas en determinado momento recurrieron a un establecimiento de salud convencional, sea el centro de salud de su zona, a un hospital, un consultorio privado o clínica, donde finalmente se hizo el diagnóstico de su enfermedad. Estas ideas que tienen los pacientes del presente estudio sobre el no uso del especialista de la Medicina Tradicional para tratar la diabetes ya fueron también reportados por R. Figueroa en el artículo ya referido (50).

En los estudios presentados previamente sobre las representaciones sociales sobre la diabetes en pueblos indígenas de Latinoamérica se evidencia que si bien como se indicó suelen usar hierbas medicinales, junto con los medicamentos modernos para el tratamiento de su diabetes, no suelen concurrir, salvo en un estudio (39), al especialista de la Medicina Tradicional.

La explicación de la experiencia de los pacientes del estudio respecto al no uso del especialista de la Medicina Tradicional para tratar su enfermedad sería la misma que se planteó previamente para explicar la actitud y el itinerario de los pacientes

al presentar los primeros síntomas de su diabetes. En efecto se trata de una enfermedad que no era conocida por la población indígena en los diferentes continentes hasta su contacto con la modernidad (10), (49). En consecuencia se puede asumir que al no conocer los pueblos indígenas esta enfermedad, los especialistas de su Medicina Tradicional, depositarios privilegiados de su cultura, no tengan los conocimientos y recursos para diagnosticar y tratar esta enfermedad. En el caso del presente estudio, los pacientes, indígenas-mestizos, han experimentado esa situación de varias maneras como se aprecia de los testimonios presentados, por lo que han tenido que recurrir a la Medicina Moderna para atender su enfermedad. Lo señalado sin embargo, considerando la actitud de un especialista de la Medicina Tradicional de reconocer sus limitaciones para atender la diabetes y recomendar al paciente la concurrencia al hospital, no descarta la posibilidad de que los especialistas de la Medicina Tradicional, a partir de un dialogo intercultural con el equipo de profesionales, puedan colaborar en la atención de éstos pacientes.

Es importante también destacar que estas ideas de los pacientes sobre el uso de hierbas medicinales y otros productos naturales así como el no recurso al especialista de la Medicina Tradicional para tratar su enfermedad son también parte de las representaciones sociales que tienen sobre la diabetes.

De otro lado éste hecho del no recurso al especialista de la Medicina Tradicional para su tratamiento de parte de los pacientes (pudiendo ser un apoyo), es también un hecho novedoso e importante a discutir con el equipo de profesionales que los atiende, esto tanto para ser tomado en cuenta en su atención como en los contenidos de su educación diabética.

Habiendo ya revisado las ideas que tienen los pacientes sobre el tratamiento de su enfermedad incluyendo el farmacológico, la dieta y la actividad física así como el uso de hierbas medicinales y otros productos naturales y el (no) recurso al especialista de la Medicina Tradicional, se puede señalar que las mismas son también parte de las representaciones sociales que van a construir sobre la diabetes, en el componente de manejo de la enfermedad, de manera similar a lo que se señaló previamente en relación a las ideas sobre las características de la enfermedad.

Al respecto, siguiendo también lo señalado por Wagner y Hayes (33), se puede plantear que dichas ideas, que corresponden obviamente a la experiencia de los pacientes sobre el manejo de su enfermedad y los resultados consiguientes en su salud, se van a convertir en imágenes y metáforas del tratamiento de la enfermedad. En ese sentido esa experiencia incluyendo su probable alivio (o no) de los síntomas de la enfermedad vendría a ser *el dominio experiencial* que al vincularse luego con la idea del tratamiento de la diabetes, que vendría a constituir en *el dominio otro*, van a constituirse en un conjunto de imágenes y metáforas correspondientes al tratamiento de la enfermedad. Estas a su vez junto con las correspondientes las características de la enfermedad (ya vistas) van a constituir el sistema cognitivo de la representación social de la diabetes, de esta manera se va a formar la organización básica de sus representaciones sociales sobre su enfermedad.

Estas metáforas sin embargo, siguiendo a los mismos autores (33), tienden también a estructurarse en un núcleo y una periferia. En el presente estudio se puede plantear que el *núcleo central* estaría conformado por las metáforas

derivadas de las ideas que tienen los pacientes sobre el tratamiento de la diabetes incluyendo el farmacológico, la dieta y la actividad física y su resultado correspondiente en términos de mejora de su salud. Esto debido a que dichas metáforas identifican el tratamiento, son permanentes y van a organizar al resto de metáforas. Las otras metáforas relacionadas al uso de hierbas medicinales y otros productos naturales, así como el no recurso al especialista de la Medicina Tradicional podrían conformar la *periferia* del sistema cognitivo de la representación social en el componente de manejo, en razón de que pueden variar según los pacientes y las circunstancias.

B) Lo que sienten los pacientes con la enfermedad

Es importante de otro lado, tomar en cuenta las diferentes reacciones emocionales que experimentaron y las variadas inquietudes que se plantearon los pacientes al conocer el diagnóstico de su enfermedad y asumir la nueva situación así como al vivir su enfermedad y enfrentar su tratamiento.

Al conocer el diagnóstico de su enfermedad

Aquí se presentan los testimonios más representativos de lo manifestado por los pacientes al respecto:

- P:no tenía ganas de comer, me sentía muy triste, “me moriré, uno de estos días moriré” dije. Sentía mareos, mi cabeza me dolía, mis piernas me dolían ay, de todo lo que me pasaba lloraba. PACIENTE 9 c [12310:12626]. Lloraba por mis hijos, ay triste todo el tiempo solía llorar (se ríe), poco a poco estuve me normalicé, normal, ahora ni lo siento estoy normal. PACIENTE 9 c [11089:11234]. F. de 47 años que vive en ámbito urbano.

- P: Yo, bueno como ya estaba así débil yo no sabía que tenía, que era diabético, entonces cuando me dijeron, como le digo ya pues se me vino la noche no, pero de ahí ya pues, me levantó la fuerza mi señora, mi comadre que tengo, fue eso, más me apoyaron. PACIENTE 25 cc [10681:11084]. M. de 65 años que vive en ámbito urbano.
- P: “¿qué es esa enfermedad?”, “¿cómo es esa enfermedad?”, “ni mi padre, ni ningún familiar tuvo esa enfermedad”, “¿por qué me dio esta enfermedad?” dije, solía preocuparme, estuve preocupada. PACIENTE 1c [11999:12355]. F. de 68 años que vive en ámbito rural.
- P: ¿Llevando un tratamiento estricto tendríamos oportunidad de curarnos de la diabetes?, o ¿tendremos que quedarnos a vivir con diabetes hasta la muerte?. PACIENTE 6 c [45271:45422]. F. de 55 años que vive en el ámbito rural.
- P: Si había una profesora, ya ha muerto, ella también tenía este mal, se estaba atendiendo aun en el Seguro y no se curaba se volvió ciega, eso es lo que tengo miedo. PACIENTE 17 c [3070:3236]. Muy preocupada, pensé en mis ojos, preocupada porque se dice que no hay cura. PACIENTE 17 c [6824:6954]. Tengo mucha pena por mis hijos, como ellos también están así. PACIENTE 17 c [7152:7212]. F. de 60 años que vive en ámbito urbano.
- P: “toda la vida se apagará mi vista, ahora ya no podré hacer nada” dije. Será por el querer de Dios que vi otras personas en peor estado que yo, vi venir en silla de ruedas. Ahí es cuando yo reflexioné y me dije a mí misma “yo todavía estoy bien”, “cómo pueden vivir en este estado estas personas”

dije. PACIENTE 4 c [5738:6036]. F. de 44 años que vive en ámbito urbano.

Los testimonios presentados muestran que los pacientes, tanto mujeres como varones, ante la nueva situación, esto es la noticia del diagnóstico de la enfermedad dado por el médico y que solía incluir explicaciones sobre la naturaleza de la afección, el tratamiento y la posibilidades de curación, experimentaron diferentes emociones como miedo a la muerte, pena, inseguridad, ansiedad, entre otras, emociones que incluso se acompañaron en algunos casos de llanto, especialmente en las mujeres. Estas emociones son entendibles dada la información que recibieron sobre las características de la enfermedad incluyendo su no curabilidad, las complicaciones de la misma e incluso la posibilidad de la muerte. Junto con ello se plantearon varias inquietudes más allá de las explicaciones que recibieron, respecto a la causa y la naturaleza de su enfermedad, sobre las complicaciones de la enfermedad, sobre la posibilidad de obtener curación, entre otras. Asimismo se presentaron preocupaciones sobre la situación en que iban a quedar sus familiares (esposo(a), hijos), entre otros, como consecuencia de su enfermedad incluyendo la posibilidad de muerte por la misma. Se aprecia asimismo de lo manifestado por los pacientes que al recibir de parte del médico el diagnóstico de su enfermedad experimentaron un golpe emocional fuerte y luego pasaron por un periodo de cierta adaptación a la nueva situación. Estos resultados sobre lo que sintieron los pacientes del presente estudio al conocer el diagnóstico de su enfermedad (diabetes) ya fueron también reportados por R. Figueroa en el artículo *“Dimensión emocional de los pacientes de origen quechua con diabetes tipo 2 en la ciudad del Cusco, Perú”* 2021(70).

En los estudios presentados previamente sobre las representaciones sociales sobre la diabetes en pueblos indígenas de Latinoamérica este momento de la vivencia emocional de los pacientes está muy poco desarrollado.

De otro lado en relación a la explicación de estos resultados es útil tener en cuenta en primer lugar lo que señala I. Fernández et al. En el trabajo “*Expresión e inhibición emocional en las diferentes culturas*” (71), en el sentido de que la emoción se considera como un conjunto de respuestas de la persona frente a un estímulo desencadenante y que se desarrollan en dos pasos. En el primero el estímulo da lugar a una evaluación de la situación y luego a las respuestas subjetivas, expresivas y fisiológicas. En el segundo se trata de estrategias que permitan hacer frente a las consecuencias psicológicas y sociales de la emoción incluyendo aquí la interpretación, memorización y las tentativas de regulación de los procesos primarios y de sus consecuencias.

Aplicando estos conceptos al presente estudio se puede considerar que en efecto los pacientes recibieron primero un “estímulo” fuerte, al escuchar por parte del médico la noticia del diagnóstico de diabetes y la explicación correspondiente, experimentando determinadas reacciones subjetivas, expresivas y fisiológicas. En un segundo momento se asume que los pacientes adoptaron las estrategias psicológicas y sociales para hacer frente a la nueva situación, esto es hacer frente a la enfermedad.

De acuerdo con el mismo autor, el proceso emocional presenta diferencias según las culturas especialmente a nivel de los procesos secundarios de comunicación y afrontamiento de la emoción. Así en América Latina, los pueblos indígenas quechua-aimara con un patrón cultural colectivista (diferente del individualista,

más ligado a la modernidad), “se asocian a una menor expresión verbal de las emociones de alegría, enojo y tristeza y a una menor reacción subjetiva de esta última emoción” (71). En el caso de los pacientes de nuestro estudio, indígenas-mestizos, se podría señalar que la expresividad y reacción subjetiva por la noticia de la enfermedad que sintieron (y manifestaron) sería entonces más expresión de la influencia de la cultura moderna (de patrón cultural individualista) y no tanto de la cultura andina.

Desde la Medicina Moderna se ha encontrado muy pocos estudios que aborden la reacción emocional de los pacientes al momento de recibir el diagnóstico de su diabetes. En un estudio realizado en Inglaterra con pacientes de origen asiático y europeo se encontró un amplio rango de emociones, así en unos hubo sorpresa y disgusto; otros no estaban preocupados y otros si la estaban comparando su enfermedad con el cáncer. Concluyeron los autores que la actitud de los pacientes frente al diagnóstico de diabetes varió según las personas y no directamente según la etnicidad (72). Otro estudio interesante fue realizado en Turquía con pacientes originarios de dicho país encontrándose emociones como shock, miedo, tristeza, negación, sentimiento de culpa, cólera, dificultad de adaptación entre otras (73). Los resultados de estos estudios tienen cierta similitud con lo encontrado en nuestro estudio al estar presente una reacción emocional negativa ante la noticia de la enfermedad, la semejanza universal de los seres humanos en la dimensión biológica y en cierta medida en la reacción emocional, más allá de las diferencias culturales, podría explicar dicha similitud.

De otro lado, en los resultados presentados se mostró que los pacientes junto con las emociones señaladas, también se plantearon varias inquietudes en relación a la

enfermedad, como sobre la causa, sobre la posibilidad real de obtener curación, sobre las complicaciones de la enfermedad, entre otras. Es lógico entender estas inquietudes que el paciente buscaba aclarar frente una enfermedad, que como se señaló es propia de la modernidad y ha sido desconocida por la población indígena, incluyendo la andina. Es útil destacar que estas inquietudes de los pacientes buscaron ser aclaradas en primer lugar con los médicos tratantes de acuerdo a lo manifestado por los pacientes, pero también con su entorno social. Es también importante tener presente que la OMS señala claramente que la educación y orientación adecuada al paciente es una labor muy necesaria e importante que debe cumplir el médico tratante y el equipo profesional de apoyo con el paciente diabético (22).

Asimismo los pacientes expresaron también otras inquietudes relacionadas a la situación en que iban a quedar sus familiares (esposo(a), hijos), como consecuencia de su enfermedad incluyendo la posibilidad de muerte por la misma, esto especialmente en las mujeres. Es evidente que la familia de los pacientes cumple un rol muy importante como apoyo y ayuda no solo en su vida cotidiana sino en las diferentes situaciones relacionadas a la enfermedad. Esta relación obviamente es recíproca el paciente tiene también un compromiso muy fuerte con su familia y en ese sentido es lógico que en una situación como la que se da al momento de recibir la noticia del diagnóstico de una enfermedad, como la diabetes se preocupe por la suerte de su familia.

La explicación de éste lugar especial que ocupa la familia para los pacientes del presente estudio la podemos tener considerando que en la Cultura Andina una característica muy importante es la reciprocidad y que asimismo en el plano de las

relaciones sociales toman como referencia los “nexos naturales” de consanguinidad, de padrinzago y compadrazgo (74). Asimismo se reconoce que la familia nuclear (compuesta por los padres e hijos) es la institución parental más importante de la cultura andina (75). De otro lado como se indicó previamente García Canclini en su trabajo *Culturas Híbridas* (14), señalaba aludiendo al proceso cultural que se dio en los países latinoamericanos, que éstos eran resultado de la sedimentación, yuxtaposición y entrecruzamiento de las tradiciones indígenas (especialmente en los países andinos), del hispanismo colonial católico y de las acciones políticas, educativas y comunicacionales modernas. Al respecto es conocida la importancia que la familia nuclear tiene en la religión católica, hecho que ésta presente en el poblador andino.

Recogiendo lo señalado por estos autores se podría plantear que la preocupación de los pacientes por la situación de su familia a consecuencia de su enfermedad podría ser el resultado de la influencia tanto de la Cultura Andina como del hispanismo colonial católico. De otro lado es importante destacar que el desarrollo de estas emociones experimentadas por los pacientes del presente estudio al recibir el diagnóstico de su enfermedad se ha ido articulado en un proceso interactivo con las ideas ya presentadas sobre la enfermedad, dado que las representaciones sociales tienen no sólo una dimensión cognitiva sino también afectiva.

Al vivir su enfermedad y enfrentar el tratamiento

Aquí se presentan las emisiones más representativas de lo manifestado por los pacientes al respecto:

- E: ¿Por qué estás llorando?, ¿por qué te sientes triste, acaso es muy difícil controlar esta enfermedad?
P: Ya me ha aburrido mucho. PACIENTE 7 c [17046:17246]. F. de 54 años que vive en el ámbito urbano.
- P: Me sentía totalmente preocupada, yo pensaba que iba a morir y más me hacían entrar en pánico cuando me decían “así te vas a quedar, no podrás ni hablar, te quedarás inválida tu cuerpo se morirá”. PACIENTE 10 c [34851:35049]. F. de 74 años que vive en el ámbito rural.
- E: ¿Y esos dos años solamente estabas en la casa?, ¿no querías salir?
P: Ajá, en la casa estuve, no quería, estaba deprimida, no quería salir, me ganaba el sueño, quería dormir, quería estar así, no sé; desgana total. PACIENTE 13 c [21962:22213]. F. de 46 años que vive en el ámbito urbano.
- P: Mi hija menor había ido donde su tía y le había dicho “mi mama esta así llora y llora, piensa que se va morir”, por favor anda tú y explícale, vino mi pariente y me dijo no te desesperes, todo tiene solución, solo tienes que estar al pie del médico, al día con el tratamiento y el médico te ira explicando. PACIENTE 18 c [5017:5339]. F. de 73 años que vive en el ámbito urbano.
- P:, tal vez la medicina está en las yerbas, tal vez las pastillas nos están haciendo daño, tal vez es mejor el tratamiento con yerbas. Dicen que las pastillas afectan al corazón, el tratamiento de repente nos están haciendo daño, esas son las cosas que nosotros queremos saber. PACIENTE 29 c [13452:13729]. F. de 58 años que vive en el ámbito rural.

- E: ¿Eres católica?

P: Desde siempre yo tengo mis devotos, yo no creo en otras cosas.

PACIENTE 23 c [13089:13173]. . Tal vez era muy fuerte, entonces en mis sueños una señora me curo los ojos, me dijo no llores tus ojos van a sanar nomas, seguro que era la virgen, con sus palabras se normalizo mis ojos. PACIENTE 23 c [5291:5483]. F. de 62 años que vive en el ámbito rural.

- E: Me dijiste que tienes fe, ¿desde que estas mal tu fe es siempre la misma?

P: Es la misma, más fe tengo en el Señor de Huanca, la Candelaria. Digo pues, cuando hago arder una vela le digo “¿no me puedes curar señor?”. Al Señor de Huanca lo tengo como mi médico, le digo siempre “que me cure, ¿hasta cuándo voy a estar así?”. PACIENTE 20 c [7028:7517]. F. de 74 años que vive en el ámbito rural.

- E: ¿usted me decía que se acogía a la religión, al Evangelio?

P: Eso sí a nosotros lo que nos sostiene es estar en la iglesia, es la misión a la que hemos entrado, eso nos ha fortalecido terriblemente. Otros se desesperan tienen cáncer, otros con diabetes, a ellos nosotros les damos la palabra. Usted me ve y pareciera que estoy sano, eso nos soporta, eso es más que la Medicina Natural o emocionalmente eso nos sostiene. PACIENTE 14 c [16974:18273]. M. de 58años que vive en el ámbito urbano.

Como se aprecia, los pacientes tanto mujeres como varones, durante la experiencia de su enfermedad y de su tratamiento experimentaron emociones e

inquietudes similares a las que tuvieron al recibir el diagnóstico de su enfermedad, si bien más atenuadas, aparece también el aburrimiento y la depresión, esta última como un problema emocional importante que se expresa incluso en el llanto especialmente en las mujeres. Está presente también la ansiedad sobre las consecuencias de su enfermedad y cierta duda sobre el tratamiento que están recibiendo en el hospital y la utilidad que podría tener el uso de algunas hierbas medicinales como alternativa.

Asimismo se hace evidente la importancia que tiene para los pacientes la familia y la religión como apoyo emocional y espiritual para encarar su enfermedad.

Estos resultados sobre lo que sintieron los pacientes del presente estudio al vivir su enfermedad (diabetes) y enfrentar el tratamiento ya fueron reportados por R. Figueroa en el artículo ya mencionado (70). Asimismo estos resultados encontrados en el presente estudio son similares a algunos presentados en la revisión bibliográfica realizada sobre las representaciones sociales de la diabetes en los pueblos indígenas de Centro y Sudamérica. Al respecto tanto L. Montesi 2017 (39) como J.T. Page y E. Eroza 2018 (40), en sus trabajos enfatizan que los indígenas, como grupos marginados y excluidos en nuestras sociedades, no solo presentan como causa de su enfermedad el sufrimiento social correspondiente sino que esta situación se mantiene al vivir su enfermedad, ya que tales factores estructurales no han cambiado en lo fundamental con el tratamiento que han recibido. Los resultados sobre el estado emocional encontrados en los pacientes del presente estudio y que expresan también sufrimiento humano se podrían explicar también de manera similar a lo planteado por éstos autores y por Antropología Médica Crítica ya referida (51), ya que se trata, como se señaló

previamente, de indígenas-mestizos en situación de pobreza material y adicionalmente pertenecientes a un grupo social discriminado también por su condición de género y de pertenecer a la tercera edad.

De otro lado la mayor expresividad de las emociones de tristeza que incluyen el llanto encontrada en las pacientes mujeres comparada con los varones, tanto al conocer el diagnóstico de su enfermedad como al vivir su enfermedad y enfrentar su tratamiento, es un hecho reconocido en las diferentes culturas incluyendo las indígenas de Latinoamérica (71).

En relación a la explicación de la asociación entre la diabetes y la depresión desde la Medicina Moderna, se señaló previamente que ambos cuadros compartirían la misma ruta fisiopatológica causal, incluyendo aquí como un factor común el bajo nivel socioeconómico (pobreza) (52). Asimismo se ha planteado la teoría sindémica para sostener que existen problemas de salud sinérgicos que afectan la salud de grupos humanos en contextos de persistente desigualdad social y económica, como por ejemplo la asociación de depresión y diabetes en países pobres (53), (54).

De otro lado el rol de la familia, de acuerdo a las emisiones recogidas, es muy importante como apoyo emocional (y material) para enfrentar la enfermedad. Al respecto se señaló previamente que en la Cultura Andina es reconocida la importancia que tiene la familia para el poblador andino, tanto para brindar apoyo material como emocional (74), (75). Asimismo en relación al rol de la religión como apoyo emocional manifestado por los pacientes se indicó previamente la influencia del catolicismo español en el proceso de mestizaje cultural que ha experimentado el poblador andino desde la Conquista y la Colonia (14). Estos

trabajos se considera podrían explicar los resultados encontrados al respecto en el presente estudio.

De otro lado la Salud Pública a través de la OMS reconoce que los problemas emocionales, como la depresión, son muy frecuentes en los pacientes con diabetes por lo que recomienda un tratamiento integral de ellos (22). En relación al rol de la religión existen también algunos estudios desde la Medicina Moderna que muestran que si bien ella no altera el curso de una enfermedad crónica como la diabetes, ella puede brindar optimismo, sentido de propósito en la vida y generosidad (76).

De otro lado es importante destacar que estas emociones experimentadas por los pacientes del presente estudio al padecer y enfrentar su enfermedad también, de la misma manera que las emociones sentidas al recibir el diagnóstico de su enfermedad, se han ido articulado con las diferentes imágenes y metáforas correspondientes a las ideas ya presentadas sobre su enfermedad, tanto las correspondientes a las características de la enfermedad como las correspondientes al tratamiento, concurriendo así a la formación de las representaciones sociales sobre la enfermedad. Al respecto es importante tener presente que las representaciones sociales tienen no sólo una dimensión cognitiva sino también afectiva. Esta articulación entre la dimensión cognitiva y la afectiva se ha expresado en la actitud que han de adoptar los pacientes ante su enfermedad.

De otro lado estos resultados encontrados en los pacientes sobre las reacciones emocionales de los pacientes tanto al conocer el diagnóstico de su enfermedad como al vivir su enfermedad y enfrentar su tratamiento es un hecho muy importante a discutir con el equipo de profesionales que los atiende, esto para ser

tomado en cuenta en su atención de salud y en los contenidos de su educación diabética.

C) La actitud que tienen los pacientes ante la enfermedad

A continuación se presenta los testimonios más representativos de los pacientes en relación a su actitud en relación a la enfermedad, esto es la predisposición que tienen para actuar en determinado sentido en relación a la diabetes.

En relación a la enfermedad en general y su tratamiento

- E: ¿Tú tal vez tuviste algún problema para no seguir o dejar tu tratamiento?

P: A veces he pensado dije “que esté así, a veces pienso dejar el tratamiento porque ya me siento bien”. Porque a veces es difícil sacar el cupo, hay que ir de madrugada, hay que sacar referencia y no quieren darte, o te dan de mala gana. De ahí mis hijos me dicen “es tu salud tú tienes que ir mamá”. Ahora también a veces digo “ya no quiero ir, peor estar en la cola en el hospital, ya no quiero ir” digo a veces no.
PACIENTE 11 c [27465:28452]. F. de 45 años que vive en ámbito rural.

- E: ¿En qué te podemos ayudar para que te cures?

P: Ya no tengo esperanzas de curarme, así lo he dejado, como ningún medicamento me cura del todo, por eso así lo estoy dejando, yo solo tomo agüita y me alimento con comida saludable, hace dos meses que ya no voy a mis controles. PACIENTE 21 c [25536:25763]. F. de 75 años que vive en ámbito rural.

- E: ¿Qué dificultades enfrentas para qué a veces piensas dejar tu tratamiento?

P: Ahora lo quiero dejar mi tratamiento, inclusive ya no quiero ir al hospital. A veces no me informan cómo debe ser. A veces me dicen que “por tanto tomar pastillas tus riñones ya no van a funcionar bien”, al escuchar tantas versiones ya no quiero continuar con mi tratamiento. PACIENTE 7 c [13559:14231]. F. de 54 años que vive en el ámbito urbano.

- E: ¿Qué es lo que te da fuerzas o te motiva para que continúes tu tratamiento?

P: Me motiva mis hijos, mi esposo que no tiene a nadie señorita. Él está muy enfermo, ¿cómo se va a quedar así?, pero lo que más me motiva es mi hija que se fue.....hace poco señorita, ella porque tiene cuatro hijos pequeñitos. PACIENTE 10 c [42964:43673]. F. 74 años que vive en ámbito rural.

- E: ¿Qué es lo que te da fuerza, te motiva para seguir con el tratamiento?

P: El no estar bien pues, no quiero estar enferma, así que no tenga pastillas voy y las compro. En el caso de Cirila, ella tiene tres hijas, una es enfermera, otra tiene farmacia, si le sube la glucosa al toque le ponen una inyección, en mi caso yo no tengo quien haga eso y como estoy sola tengo miedo. PACIENTE 30 c [20908:21284]. F. 65 años que vive en el ámbito rural.

- E: ¿Creo que hablaste también sobre la Biblia?

P: Las primeras veces cuando me sentía desmotivada pues, me sentía triste, mi cuñada que es hermana me ha venido leer la Biblia me dice “entrégate a dios, dios nomás te va a salvar la enfermedad lee la biblia” y

así opto en ratos libres que tengo opto en leer, en leer siquiera un capítulo, un versículo, pero comento algo con mi cuñada de Dios.

E: ¿Cómo te sientes?

P: Bien. PACIENTE 13 c [45119:45928]. F. de 46 años que viven en el ámbito urbano.

- E: ¿Usted me decía que se acogía a la religión, al evangelio?

P: Eso sí a nosotros lo que nos sostiene es estar en la iglesia, es la misión a la que hemos entrado, eso nos ha fortalecido terriblemente. Por eso nosotros podemos dar apoyo a los hermanos que están en situación similar, con conocimiento de causa nosotros podemos apoyarlos. Otros se desesperan tienen cáncer, otros con diabetes, a ellos nosotros les damos la palabra. PACIENTE 14 c [16974:18273]. M. de 58 años que vive en el ámbito urbano.

Las manifestaciones presentadas de los pacientes, tanto mujeres como varones, muestran que de un lado hay algunas situaciones que pueden debilitar su compromiso para afrontar el tratamiento como las dificultades administrativas para obtener su consulta médica y control, la no disponibilidad ocasional de medicamentos en el hospital, la sensación de no curación pese al tratamiento con el cansancio consiguiente, la necesidad del consumo permanente de los medicamentos y la duda sobre la eficacia y seguridad de los mismos. Existen sin embargo situaciones o factores que fortalecen su motivación para continuar con el tratamiento como son asegurar su salud y evitar las complicaciones, su compromiso de velar por su familia (esto especialmente en las mujeres), el aliento de la misma familia y también la religión en algunos casos. En algunos de los

estudios sobre representaciones sociales sobre la diabetes en pueblos indígenas de Latino América previamente presentados se ha reportado baja motivación, incluso resignación al curso de la enfermedad, “de algo hay que morir” y limitada adherencia al tratamiento (35), (37), (38).

En relación a la explicación del rol muy importante que juega la familia como apoyo moral (y material) para el paciente ya se señaló previamente su fundamento en la Cultura Andina y el hispanismo colonial católico (74), (75), (14). De otro lado es conocido que la OMS destaca la importancia de la participación de la familia del paciente con diabetes para el manejo adecuado de su enfermedad (22). Existen asimismo también desde la Medicina Moderna varios estudios que ratifican la importancia de la familia para mejorar la adherencia al tratamiento en los pacientes diabéticos (77). Se señaló también previamente en relación al rol de la religión para enfrentar la enfermedad que existen estudios que muestran que si bien la religión no altera el curso de una enfermedad crónica como la diabetes, ella puede brindar optimismo, sentido de propósito en la vida y generosidad (76). De otro lado la OMS en su publicación “*Adherencia a los tratamientos de largo plazo. Pruebas para la Acción*” 2004 (78), señala que son varios los factores que van a afectar la actitud y la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas como la diabetes y que deben merecer intervenciones efectivas, dentro de ellos se tiene: los socioeconómicos, del sistema y atención de salud, del tratamiento, de la enfermedad y del paciente. Indica también que dentro de los factores socioeconómicos, la familia, la comunidad y las organizaciones de pacientes juegan un factor clave para la mejora de la actitud y la adherencia terapéutica. Los pacientes del presente estudio con las emisiones presentadas han aludido

justamente a situaciones relacionadas a varios de esos factores incluyendo la importancia de la familia y sus amistades para enfrentar su enfermedad.

De otro lado estos resultados encontrados en los pacientes sobre la importancia de la familia y la religión (para los creyentes) para una actitud positiva frente a la enfermedad son hechos muy importantes a discutir con el equipo de profesionales que los atienden, esto para ser considerados en su atención de salud y en su educación diabética.

A continuación se presenta testimonios de los pacientes relacionados a su actitud y su adherencia al tratamiento en relación a componentes importantes del mismo como el tratamiento farmacológico, la dieta y la actividad física.

En relación al cumplimiento del tratamiento farmacológico

- E: ¿Has tenido alguna dificultad para seguir con el tratamiento?

P: No, estoy siguiendo lo mismo no tengo ninguna dificultad, pero hay momentos en los que digo “dejare estas pastillas y empezare a tratarme con medicina natural”. Es verdad eso digo en muchos momentos.

PACIENTE 30 c [17189:17455]. F. de 65 años que vive en ámbito rural.

- E: ¿Qué dificultades fuertes tuviste, por eso has dejado de tomar tu tratamiento para controlar la diabetes?

P: Estoy sana digo, desde mi propia decisión deje de tomar

E: ¿En estos tiempos, qué dificultades enfrentas para no acudir al hospital?

M: Porque me sentí sana ya no volví a ir al hospital. PACIENTE 21 c [19916:20292]. F. de 75 años que vive en ámbito rural.

- E: ¿Sobre esos inconvenientes avisaste al doctor?

P: Me pregunta y pues le digo por eso me dio otra pastilla, esa pastilla también no me hacía dormir por la noches, mi estómago terriblemente me ardía y eso no me deja dormir por las noches, mi estómago me ardía, por eso no solía dormir. PACIENTE 24 c [22839:23112]. F. de 74 años que vive en ámbito urbano.

- E: ¿Según tu parecer por qué algunos pacientes con diabetes abandonan su tratamiento?

P: A veces dicen, “esta pastilla que tomo me hace daño”, así dicen mis vecinos y otros, también mis familiares dicen “las pastillas que te tomas te hace más daño, no tomes” así me dicen, tomando en cuenta lo que dicen dejan sus pastillas, creo que a eso se debe. PACIENTE 11 c [26096:27031]. F. de 45 años que vive en ámbito rural.

- E: A ver, ¿alguna vez dijiste “que se vaya al diablo mí tratamiento”?

P: No, no doctor yo siempre voy a mis citas, siempre ya estoy mal entonces voy siempre, no lo dejo, siempre voy

E: ¿Siempre cumples con tu tratamiento?

P: Sí cumplo, cuando ya se está acabando mis pastillas voy inmediatamente al centro de salud, esas pastillas me dan a través del SIS, no los compro para que voy a mentir, lo compro diciendo, del SIS nos dan. PACIENTE 19 c [17549:17980]. M. de 75 años que vive en el ámbito urbano.

Se aprecia de lo manifestado por los pacientes (tanto mujeres como varones) respecto al cumplimiento de su medicación, que si bien la mayoría refiere cumplir con la misma, algunos manifiestan algunos hechos que afectan su actitud positiva.

Entre estos tenemos la posibilidad de recurrir a la medicina natural como alternativa al tratamiento que están llevando, la sensación de sentirse ya sanos y no necesitar por tanto medicación, la influencia de algunas amistades que desalientan el tratamiento médico al indicarles que “hacen daño” y la presencia de ciertos efectos secundarios de algunos medicamentos prescritos.

Es pertinente indicar que en algunos de los estudios sobre representaciones sociales sobre la diabetes en pueblos indígenas de Latino América previamente presentados se ha reportado baja motivación y adherencia al tratamiento farmacológico por parte de los pacientes indígenas (35), (37). Estos resultados guardarían cierto contraste con los encontrados en el presente estudio donde al parecer la mayoría de los pacientes si tienen motivación positiva y cumplen el tratamiento.

Desde la Medicina Moderna en nuestro país un estudio sobre la adherencia al tratamiento farmacológico oral en pacientes con diabetes en varias ciudades de la Costa concluyo que dicha adherencia solamente alcanzaba al 27.8 % (79). De otro lado la Organización Mundial de la Salud señala que entre los pacientes que recibían su medicación de farmacias comunitarias la adherencia a los hipoglucemiantes orales fue de 75% (78). Estos estudios evidencian que la limitada adherencia al tratamiento farmacológico de la diabetes es un problema general que afecta también a los pacientes no indígenas.

De otro lado esta actitud de los pacientes en relación al cumplimiento de la medicación, afectada con cierta frecuencia por situaciones y dificultades de diferente tipo, si bien son conocidas por los especialistas que los tratan, son hechos importantes para discutir con el equipo de profesionales que los atiende,

esto tanto para ser tomado en cuenta en su atención como en los contenidos de su educación diabética.

Con relación al cumplimiento de la dieta

- E: ¿Y usted pone en práctica todo aquello que indica y enseña el médico?

P: Sí, a veces no cumplo con la alimentación, es complicado cocinar dieta para una sola persona. El tal vez se sentiría mal si comiese solo mi comida. A veces comemos la comida normal y otras veces él comparte mi dieta, así es como vivimos. PACIENTE 4 c [22356:22973]. F. de 41 años que vive en ámbito urbano.

- E: y ¿cuál ha sido la principal dificultad que has enfrentado?

P: Extraño bastante mi comida, veo como comen su lechoncito, pero no le voy a mentir siempre para no antojarme un poquito pico, cuanto quisiera comer eso como comía. Sí, sí probando, probando porque después ya me acostumbré. PACIENTE 13 c [29258:29777]. F. de 46 años que vive en ámbito urbano.

- E. ¿Cómo debe ser la alimentación?

P: Poca harina, no tomar gaseosa, no comer alimentos con grasa; cuando como estas cosas, no tengo ganas, me siento mal. Verduras ensaladas no entra, cuando como estas cosas no tengo fuerzas. Pero cuando como todo me siento bien, tengo fuerzas, cuando tomo cerveza así tengo más ganas de hacer las cosas. PACIENTE 17 c [9676:10281]. F. de 60 años que vive en ámbito urbano.

- E: Por no seguir, se han aburrido, ¿han dicho volveré como antes?

P: Aquí en Cusco hay mucho cargo, digamos fiesta en Almudena ahí está, el hombre paso la fiesta, gente viene, le invita, come, toma, de una semana se ha ido..., muchos que se han ido así ¿no?, a veces yo pienso ¿no?, “ya no tengo nada, voy a comer, voy a tomar” (solloza), Yo digo “fácil para irme para el cielo”, PACIENTE 25 cc [24093:24926]. M. de 65 años que vive en ámbito urbano.

- E: ¿Qué desayunaste el día de ayer?

P: Ayer tome, mazamorra señorita, no me alimento con pan ni tostado. Ayer cociné estofado de pollo, con arroz, yo comí poco señorita.

P: Si no me quedo satisfecha ¿qué voy hacer señorita? En la cena solo tomé té, a la hora de la cena solo un pan, ni mi esposo ni yo cenamos, solamente tomamos té. PACIENTE 10 c [27340:28380]. F. de 74 años que vive en ámbito rural.

- E: Claro ¿Comes esa porción o mucho más?

P: Yo como un poquito más, sino como esa cantidad siento hambre, sino como esa porción quedo de hambre. Cuando como un poco más ya no tengo hambre.

E: Comes fruta seca, otras frutas, maní, frutos secos, esas cosas debes de comer.

P: A veces como, cuando tengo dinerito compro, cuando no hay pues no. PACIENTE 11 c [17885:18335]. F. de 45 años que vive en ámbito rural.

A partir de lo expresado por los pacientes, tanto mujeres como mujeres, sobre su actitud en relación a la dieta, se puede apreciar que si bien buscan cumplir con la misma, con bastante frecuencia no llegan a efectivizar la dieta prescrita por el

equipo profesional por diferentes motivos, como la dificultad de preparar la dieta para una sola persona, la dieta prescrita no les “llena” o no les da suficiente “fuerza” para sus actividades, la dificultad de abandonar la costumbre de consumir ciertos platos típicos y bebidas que disfrutaban en las reuniones sociales y fiestas tradicionales y a veces la limitación económica para comprar los alimentos recomendados para cumplir la dieta.

En algunos de los estudios sobre representaciones sociales sobre la diabetes en pueblos indígenas de Latino América previamente presentados se ha reportado baja motivación y adherencia al cumplimiento de la dieta prescrita por parte de los pacientes (42), (43). Asimismo la Organización Mundial de la Salud señala que en los países en desarrollo la adherencia a la dieta prescrita a los pacientes con diabetes es en general baja, así en un estudio realizado en la India, sólo alcanzaba al 37% de los pacientes (78).

De otro lado esta actitud de los pacientes en relación al cumplimiento de la dieta, afectada con frecuencia negativamente por las diferentes situaciones y dificultades que afrontan, si bien también son probablemente conocidas por el equipo profesional que los atiende, son hechos importantes para discutir con el equipo de profesionales que los atiende, esto tanto para ser tomado en cuenta en su atención como en los contenidos de su educación diabética.

En relación al cumplimiento de la actividad física

- E: Bien ¿y cuánto tiempo empleas caminando, haciendo ejercicio?

P: Serán pues unos veinte minutos para llegar a la posta; nos recomiendan que siempre caminemos a pie; en Cusco camino a pie, me gusta, voy en carro pero regreso a pie. Hay veces hasta el aeropuerto voy

a pie tempranito y después ya subo al carro. PACIENTE 5 cc [18237:18892]. M. de 75 años que vive en ámbito urbano.

- E: ¿Más o menos cuánto tiempo diario tú haces ejercicio, dentro de ellos el caminar también?

P: Lo qué camino, cuánto le puedo poner cuatro horas. Hacer ejercicio hacemos una hora a lo mucho haremos

E: ¿Una vez a la semana?

P: Una vez a la semana. PACIENTE 13 c [28431:28888]. F. de 46 años que vive en el ámbito urbano.

- E: ¿Vas a caminar bastante te dijo?

P: Sí me dijo, pero no puedo caminar. PACIENTE 24 c [14586:14814]

E: ¿No haces mucho ejercicio?

G: Mis pies no me dejan caminar, mis ojos casi ya no ven, como camino cojeando me da temor de caerme, “vas a tener cuidado de caerte” así me han dicho con respecto a mis pies, “estás mal” me dijeron. PACIENTE 24 c [9732:9804]. F. de 74 años que vive en el ámbito urbano.

- P: Pues haré como ejercicio cuando voy a la loma, cuando camino, de esos lugares por las tardes estoy llegando cansada, así es mi rutina

E: En el campo no vives como se vive en la ciudad

P: Sí, en mi casa tampoco estoy quieta, voy a mi chacra, si no trabajo la chacra siempre hay algo que hacer, siquiera hay que recoger piedritas, siquiera hay para recoger basuritas, siquiera hay hierbitas que deshierbar, así es como ando trabajando. PACIENTE 1c [19645:20080]. F. de 68 años que vive en el ámbito rural.

- E: ¿Tú aquí en este pueblo caminaras hacia el trabajo?

P: Camino, voy a las chacras, ahora también estoy haciendo trabajar, solo por eso estoy en la casa

E: A la semana ¿cuánto tiempo?, ¿cuántas veces caminas?

P: A la semana voy dos o tres veces a la chacra, a veces solo dos veces y otras tres veces. PACIENTE 12 c [11478:11832]. M. de 65 años que vive en el ámbito rural.

De los testimonios de los pacientes, tanto mujeres como varones, en relación a la actividad física recomendada por el equipo profesional para su tratamiento, se aprecia que ellos tienen una actitud positiva a la misma y buscan cumplirla de diferentes maneras, generalmente mediante actividades de la vida cotidiana como caminar desde su vivienda a diferentes sitios incluyendo al centro de salud o el hospital para su consulta, subir y bajar las gradas en su vivienda y ocasionalmente concurriendo al hospital para los ejercicios, en los casos de los pacientes del ámbito rural, la actividad agrícola y crianza de animales obviamente favorece la actividad física. Es útil también indicar que algunos pacientes, dada su edad avanzada y el hecho de padecer algunas afecciones como compromiso de la vista y la artrosis, tienen limitaciones claras para realizar actividad física incluyendo la caminata.

En los estudios sobre representaciones sociales sobre la diabetes en pueblos indígenas de Latino América previamente presentados no se ha reportado mayores datos sobre el cumplimiento de la actividad física, es conocido sin embargo que el modo de vida de los indígenas que habita en el ámbito rural implica cotidianamente la actividad física, en actividades como la agricultura y la crianza

de animales. De otro lado la OMS señala que en los países en desarrollo la adherencia a la actividad física indicada para el tratamiento de la diabetes es en general baja, así en un estudio que evaluó las actitudes y la adherencia a la misma solo 52% hicieron ejercicio en tres o más días por semana (78).

Esta actitud de los pacientes en relación al cumplimiento de la actividad física influida sea positiva o negativamente por las diferentes situaciones son también hechos importantes para discutir con el equipo de profesionales que los atiende, esto tanto para ser tomado en cuenta en su atención como en los contenidos de su educación diabética.

En todo caso es ilustrativo lo que señala LA Martin et al. en su trabajo *Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas 2014*(80), en el sentido de que la adherencia al tratamiento es un comportamiento complejo y que los factores socioeconómicos como el sexo, la edad, el nivel socioeconómico, el nivel educativo, el estado civil, la etnia y la religión si bien pueden influir no sería adecuado considerarlos aisladamente.

Es importante también considerar que el análisis de éstos resultados sobre las actitudes de los pacientes hacia la diabetes ratifica lo que sostiene la teoría de las Representaciones Sociales en el sentido de que las actitudes son una dimensión de las representaciones sociales, hacen referencia a una predicción del comportamiento (81). En ese sentido W. Wagner y N. Hayes señalan que la actitud de las personas resulta de la congruencia entre las expectativas que tienen y la evidencia que ofrece la interacción con el mundo (33). Este concepto se considera que nos ayuda a entender la actitud que tienen los pacientes del presente estudio respecto a la diabetes. En efecto estos pacientes lógicamente no solo

tenían la expectativa de conocer sobre su enfermedad (la diabetes), sino también aliviar sus síntomas y mejorar su calidad de vida con el tratamiento indicado y que han buscado cumplir en interacción con el entorno social. La evidencia que han tenido al respecto con su vivencia de la enfermedad y su tratamiento han moldeado sus actitudes.

Una apreciación de conjunto de la actitud de los pacientes del presente estudio en relación a su enfermedad y el tratamiento expresadas en los testimonios de los pacientes muestra que si bien en muchos de ellos predomina una actitud positiva, también hay numerosos casos que evidencian una actitud negativa ante el reto de controlar su enfermedad lo que lógicamente afecta la adherencia al tratamiento, esto como resultado de su experiencia y su relación con el entorno. De otro lado los testimonios de no adherencia al tratamiento de la diabetes en varios pacientes del presente estudio ratifican que este es un problema frecuente y que afecta a los pacientes de los diferentes países como lo señala la Organización Mundial de la Salud (78).

La construcción de las representaciones sociales sobre la diabetes

Habiendo llegado a la parte final de la discusión y luego de haber revisado la *organización y estructura* de las representaciones sociales sobre la diabetes, es necesario plantear como se podría estar dando la *dinámica de construcción* de las representaciones sociales siguiendo a lo planteado por W. Wagner y N. Hayes (33).

Al respecto se vio en primer lugar que las ideas que han desarrollado los pacientes sobre la enfermedad, tanto en lo correspondiente a las características de la enfermedad como a su tratamiento, se habían convertido en un conjunto de

imágenes y metáforas, las mismas que se habían estructurado en un núcleo central y una periferia para cada uno de los dos tipos de ideas señaladas. Esta organización y estructura básica del componente cognitivo de las representaciones sociales se han completado al articularse con las diferentes emociones que experimentan los pacientes, las mismas que vienen a constituir el componente afectivo de las representaciones sociales. A su vez esta conjunción de los componentes cognitivo y afectivo de las representaciones han dado lugar a diferentes actitudes, sea positivas como negativas, frente a su enfermedad, completándose así la organización y estructura de las representaciones sociales sobre la enfermedad.

Ahora bien, siguiendo a los mismos autores (33), este proceso de organización y estructuración de las representaciones sociales de la diabetes y que se da en la vida cotidiana de los pacientes en interacción con su entorno social, discurre paralelamente a una dinámica de desarrollo de dichas representaciones sociales. Esta dinámica comprende según los autores indicados principalmente los procesos de *categorización y anclaje*, de *marcaje social*, de *auto posicionamiento* y de *objetivación*. En correspondencia con ello en el presente estudio los procesos de *categorización y anclaje* han requerido que la diabetes, una enfermedad desconocida previamente por los pacientes del presente estudio, pero ahora conocida a partir de las imágenes y metáforas que hemos revisado, sea clasificada y articulada por ellos a su sistema cognitivo. Asimismo ha sido necesario que las condiciones sociales, expresadas en el hecho de que los servicios de salud de la región del Cusco (los dos hospitales y los centros de salud) brinden atención de salud a los pacientes con diabetes, incluyendo los indígenas, esto sería el *marcaje*

social. Asimismo los indígenas con diabetes de la región del Cusco han asumido la situación de pacientes de tales servicios, esto sería el *auto posicionamiento*. Finalmente la experiencia de la enfermedad y su tratamiento, convertida en diferentes imágenes y metáforas (especialmente a través del dominio experiencial), se han convertido en una realidad concreta e incluso icónica para los pacientes, es el proceso de *objetivación*. Finalmente se puede plantear que esta dinámica, que se desarrolla también en la vida cotidiana de los pacientes, es un proceso permanente donde las representaciones sociales sobre la diabetes de los pacientes de origen quechua se van consolidando pero al mismo tiempo podrían cambiar.

V. CONCLUSIONES

1. Se ha realizado un estudio cualitativo que ha tenido como objetivo comprender las representaciones sociales sobre la experiencia de enfermar de los pacientes de origen quechua con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de los hospitales Regional y Antonio Lorena del Cusco.
2. La identidad social de los pacientes del presente estudio es indígena-mestiza, en pobreza material, de género femenino la mayoría y de la tercera edad, a esta identidad se ha de integrar la de ser pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
3. En relación a lo que piensan los pacientes sobre su enfermedad ella comprende imágenes y metáforas a partir de sus ideas sobre:
 - Los síntomas como: *perdía la conciencia, tenía el cuerpo molido, sentía sed, ya no podía sostenerme en pie, no tenía valor, empezó a dolerme la cabeza, me caí de un momento a otro, he bajado de peso, tenía ganas de orinar.*
 - Sus causas como: *era renegona, por mucha preocupación, por tristeza, tenía mucha pena, no podía olvidar, por sufrimiento; consumía mucho dulce, comía pan con azúcar, cerveza, trago.*
 - El concepto de la enfermedad como: *la sangre está endulzada, las heridas no sanan, pueden amputarte los pies, la enfermedad es silenciosa, afecta al ojo, al riñón, al corazón, fácil están muriendo, cuando más te curas más te sube, no tiene cura.*
 - El tratamiento farmacológico como: *metformina, glibenclamida, insulina, gemfibrozilo.*

- La dieta como: *no tomar desayuno con mucho dulce, no debes comer carnes rojas, no comer guisos, no comer nunca frituras, no comer arroz, comer más cantidad de ensaladas, mitad del plato verduras, puedes comer lechón y cuy pero no mucho, el pescado la mitad de la palma de las manos, comer frutas que no tengan dulce, el plátano prohibido.*
- La actividad física como: *no vas a estar sentada en tu casa, tienes que caminar, bajas y subes las gradas, ejercicios.*
- El uso de hierbas medicinales y otros productos naturales como: *cidra, yauka, linaza, zarzaparrilla, diente de león, yawar chonqa, pilli pilli, cebada, llantén, cola de caballo, hierba cáncer, cascara de papa, piki piki, sacha inchi, hayaq pilli; tamarindo, tarwi, penca de tuna, año, yacón, calabaza), entre otras.*
- El (no) recurso al especialista de la medicina tradicional como: *no acudo a ellos, pensaba que me iban a criticar, es aparte de alguna enfermedad de brujería, no se puede confundir con una enfermedad como la diabetes, nunca tanto creo yo en los curanderos, tal vez para otras cosas pero nunca para la diabetes.*

4. En relación a lo que sienten los pacientes sobre su enfermedad comprende emociones:

- Al conocer el diagnóstico de la enfermedad como: *me sentí muy triste, se me vino la noche, solía llorar, tenía miedo y vergüenza- así me moriré, toda la vida se apagará mi vista, no podré hacer nada; ¿qué es esta enfermedad?, ¿cómo es esta enfermedad?, ¿por*

qué me dio esta enfermedad?, ¿tendremos oportunidad de curarnos?

- *Al vivir su enfermedad y enfrentar el tratamiento como: ya me ha aburrido mucho, me sentía totalmente preocupada y pensaba que iba a morir, más me hacían entrar en pánico, tu cuerpo se morirá, estaba deprimida, desganada total, llora y llora, piensa que se va a morir; más tengo fe en el Señor de Huanca, ¿no me puedes curar señor?, tal vez la medicina está en las yerbas, tal vez las pastillas nos están haciendo daño.*

5. En relación a la actitud que tienen los pacientes sobre su enfermedad incluye:

- *Sobre la enfermedad en general y sobre el tratamiento: me motivan mis hijos, mi esposo que no tiene a nadie, a veces pienso dejar el tratamiento porque ya me siento bien, porque a veces es difícil sacar cupo, hay que ir de madrugada, no quieren darte, ya no tengo esperanzas de curarme, como ningún medicamento me cura del todo, quiero dejar mi tratamiento, por tanto tomar las pastillas tus riñones ya no van a funcionar bien, entrégate a dios-lee la biblia, lo que nos sostiene es estar en la iglesia.*
- *Sobre el cumplimiento del tratamiento farmacológico: hay momentos que digo dejare estas pastillas y empezare a tratarme con medicina natural, porque me sana deje de tomar, esas pastillas también no me hacen dormir por las noches.*

- Sobre el cumplimiento de la dieta: *a veces no cumplo con la alimentación, es complicado cocinar dieta para una sola persona, extraño bastante mi comida, veo como comen su lechoncito, cuando como esas cosas no tengo fuerzas, cuando como todo me siento bien, aquí en el Cusco hay mucho cargo, ya no tengo nada voy a comer-voy a tomar-final para irme al cielo..., yo como un poquito más-si no como así siento hambre.*
- Sobre el cumplimiento de la actividad física: *nos recomiendan que siempre caminemos a pie, en Cusco camino a pie, el doctor nos lleva al Coliseo Cerrado para que hagamos ejercicio, voy a mi chacra.*

6. En relación al proceso de construcción de las representaciones sociales sobre la diabetes en los pacientes del estudio se puede plantear que el conjunto de *imágenes y metáforas sobre la enfermedad que han formado se han de estructurar de una parte en un núcleo central y su periferia correspondientes a las características de la enfermedad y de otra parte en un núcleo central y su periferia correspondiente al tratamiento.* De manera paralela se ha desarrollado una dinámica mediante los procesos de *categorización y anclaje con la clasificación y articulación de las imágenes y metáforas formadas sobre la enfermedad al sistema cognitivo de los pacientes, de marcaje social con la atención de salud para los pacientes con diabetes incluyendo los de origen quechua, de auto posicionamiento con la ubicación de estos pacientes como usuarios de los servicios de atención de salud y finalmente de objetivación mediante la*

*conversión de las imágenes y metáforas de la enfermedad y su tratamiento
en una realidad concreta, incluso icónica para los pacientes.*

VI. RECOMENDACIONES

1. Es necesario promover el enfoque intercultural en salud en coordinación con las autoridades regionales correspondientes, con la finalidad de fortalecer la política de interculturalidad en salud, mediante una agenda de sociedad regional y el desarrollo de modelos de atención de salud intercultural, para poder enfrentar problemas de salud pública importantes como la diabetes que afecta de manera creciente a la población incluyendo a los indígenas andinos.
2. A nivel de los servicios de salud regionales es necesario promover espacios de diálogo entre el equipo profesional, los pacientes y sus familiares y representantes de la sociedad civil para desarrollar modelos de atención de salud de carácter intercultural promoviendo la interacción de la Medicina Moderna con la Medicina Tradicional Andina.
3. Al respecto se considera especialmente importante para una propuesta de atención de salud con enfoque intercultural considerar (aparte de las orientaciones de la Medicina Moderna), la atención regular al estado emocional del paciente al momento del diagnóstico de su enfermedad y durante la vivencia de la misma así como la promoción de la participación activa de la familia y de la religión (en los creyentes), para fortalecer su actitud positiva hacia la enfermedad y asegurar una mejor adherencia al tratamiento.
4. Asimismo, en el marco de dicho dialogo se considera muy importante la discusión para desarrollar intervenciones educativas para los pacientes con diabetes usando un enfoque intercultural. Al respecto e los alimentos andinos.
5. Al respecto del conjunto de las representaciones sociales de los pacientes del presente estudio sobre su experiencia de enfermar de diabetes se considera

particularmente útil para una propuesta de educación diabética con enfoque intercultural tomar en cuenta en los contenidos (aparte de los provenientes de la Medicina Moderna) sus ideas sobre la causa de la enfermedad que la atribuyen principalmente a problemas emocionales y de otra parte para el tratamiento sus ideas sobre el uso complementario de hierbas medicinales y otros productos naturales provenientes de la Medicina Tradicional Andina. Asimismo es importante la promoción de los alimentos andinos y la discusión sobre las dificultades que tienen para cumplir la dieta prescrita, incluyendo la tentación que representan los platos típicos (“chicharrón”, “adobo”) y el consumo de bebidas alcohólicas en las fiestas y reuniones sociales.

6. Es necesario también a nivel de los servicios de salud locales promover espacios de dialogo entre los equipos profesionales, los pacientes y sus familiares, los representantes de la comunidad y los especialistas de la Medicina Tradicional para desarrollar modelos de atención de salud de carácter intercultural.
7. A nivel de los centros de educación superior de la región que forman profesionales de la salud es necesario fortalecer el desarrollo de competencias interculturales en salud incluyendo el acercamiento y respeto a la cultura andina y el manejo del idioma quechua.
8. Asimismo, es importante desarrollar la investigación sobre los aportes de las Medicinas Tradicionales Andina y Amazónica para tratar enfermedades como la diabetes, incluyendo estudios sobre la eficacia y seguridad de las hierbas medicinales tradicionales y otros productos naturales así como la utilidad de los alimentos andinos.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- El presente trabajo de investigación al ser de tipo cualitativo y no cuantitativo no ha utilizado una muestra estadísticamente representativa sin embargo ha buscado la representatividad del discurso por lo que se ha recogido los testimonios de pacientes de ambos géneros, de diferentes edades, de diferente tiempo de enfermedad y tratamiento y de procedencia tanto urbana como rural, en ese marco la proporción de pacientes varones es menor a la de mujeres.
- Asimismo al utilizar con el paciente la entrevista en profundidad para obtener la información necesaria el presente estudio tiene la limitación de este tipo de procedimiento, esto es al basarse en el recuerdo del paciente sobre su experiencia de enfermar, pueden presentarse deficiencias considerando en algunos casos la edad de los pacientes, mayoritariamente adulta(o) mayor.
- Algunas representaciones sociales sobre la experiencia de enfermar de los pacientes no han sido recogidas como las correspondientes a: el itinerario seguido para obtener el seguro de salud (SIS), el funcionamiento del sistema de referencia y contra referencia entre el centro de salud de origen y los hospitales, el itinerario seguido para obtener la atención por el especialista y para obtener los medicamentos.
- Finalmente una limitación de tipo epistemológica y hermenéutica del presente estudio es la dificultad para realizar la llamada traducción intercultural entre la experiencia de la enfermedad desde cultura andina expresada por los pacientes y la aproximación correspondiente desde la

cultura moderna del investigador y el equipo de profesionales que apoyaron la investigación, esto a pesar de su manejo del idioma quechua y acercamiento a la cultura andina.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Federación Internacional de Diabetes. *Atlas de la Diabetes de la FID*. Novena edición; 2019.
<https://diabetesatlas.org/atlas/ninth-edition/>
2. Brown A. *El impacto de la diabetes sobre los Pueblos Indígenas; sal en la herida*. Federación Internacional de Diabetes. Diabetes Voice. Abril 2013; Vol. 58(1): 18-3.
<https://www.idf.org/component/attachments/attachments.html?id=358&task>
3. Miranda JJ, Gilman RH, Smeeth L. *Differences in cardiovascular risk factors in rural, urban and rural-to-urban migrants in Peru*. Heart 2011 May; 97(10): 787–796. doi:10.1136/hrt.2010.218537; 97(10):787–96.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3183994/pdf/ukmss-35429.pdf>
4. Ministerio de Salud. *Comunidades Indígenas: Caracterización de su Población, situación de salud y Factores determinantes de la Salud*. Lima: MINSa; 2013.
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2734.pdf>
5. Federación Internacional de Diabetes. *Educación para la diabetes*. Diabetes Voice. Noviembre 2007; Vol. 52. Número Especial.
<https://idf.org/e-library/diabetes-voice/archive.html>
6. Ribotta B. *Diagnóstico Sociodemográfico de los Pueblos Indígenas de Perú*. Santiago de Chile: CEPAL; 2008.

<https://docplayer.es/14310650-Diagnostico-sociodemografico-de-los-pueblos-indigenas-de-peru.html>

7. Cueva N. *Curso Formación de Facilitadores para la implementación de la Interculturalidad en Salud*. Módulo 1. Lima: Ministerio de Salud/Instituto Nacional de Salud/Centro Nacional de Salud Intercultural; 2015.
8. Gerencia Regional de Salud Cusco. *Análisis de la Situación de Salud, Cusco 2021*. Cusco: Dirección Ejecutiva de Inteligencia Sanitaria; 2021
<http://www.diresacusco.gob.pe/asis-2021.pdf>
9. De la Cadena M. *Indígenas mestizos. Raza y cultura en el Cuzco*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 2004.
https://repositorio.iep.org.pe/bitstream/IEP/694/2/DelaCadena_indigenasmestizos.pdf
10. United Nations. *State of the World's Indigenous Peoples*. New York: United Nations/Economic Social Affairs; 2009.
http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/SOWIP/en/SOWIP_web.pdf
11. Batres J. *¿Decolonizar la identidad mestiza?*. Pasos 2014; 163: 35-45.
<https://www.researchgate.net/publication/323642474>.
12. Walsh C. *Interculturalidad, colonialidad y educación*. Ponencia en el Primer Seminario Internacional “(Etno) educación, multiculturalismo e interculturalidad”. Bogotá, 1-4 de noviembre de 2005.
https://flacsoandes.edu.ec/sites/default/files/agora/files/1265909654.interculturalidad__colonialidad_y_educacion_0.pdf

13. Wachtel N. *La aculturación*. Hacer la Historia. Barcelona: Ed. Laia; Vol. I; 1978:135-156.
http://pdfhumanidades.com/sites/default/files/apuntes/42_Wachtel_La_aculturacion_%20812_copias%29.pdf

14. García N. *Culturas Híbridas. Estrategias para entrar y salir de la Modernidad*. México DF: Ed. Grijalbo; 1989.
https://monoskop.org/images/7/75/Canclini_Nestor_Garcia_Culturas_hibridas.pdf

15. De Souza Santos B. *Refundación del Estado en América Latina. Perspectivas desde una epistemología del Sur*. Lima: Instituto Internacional de Derecho y Sociedad. Programa Democracia y Transformación Social; 2010.
[http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Refundacion del Estado_Lima2010.pdf](http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Refundacion_del_Estado_Lima2010.pdf)

16. Arguedas JM. “*Yo no soy un aculturado*”. Discurso al recibir el Premio “Inca Garcilazo de la Vega” 1968. Lima: Servindi; 2016
<https://www.servindi.org/actualidad/3252>

17. Arguedas JM. *Indios, mestizos y señores*. Lima: Edit. Horizonte; 1985.

18. Golte J. *Cultura, racionalidad y migración andina*. 1 ed. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 2001.
https://repositorio.iep.org.pe/bitstream/IEP/552/2/golte_culturaracionalidadymigracion.pdf.

19. Degregori CI. *No hay país más diverso. Compendio de Antropología*. Serie Perú Problema, #27. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 2000.

20. Fidel Tubino. *Interculturalidad en cuestión*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú. Fondo Editorial; 2016.
21. Ministerio de Salud. *DS N° 016-2016. Política Sectorial de Salud Intercultural*. El Peruano 2016: 582230–40. Lima 02 de abril 2016.
<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-la-politica-sectorial-de-salud-intercultural-decreto-supremo-n-016-2016-sa-1363166-6/>
22. World Health Organization. *Global Report on Diabetes*. Geneva: WHO; 2016 <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565257>
23. Villena JE. *Epidemiología de la Diabetes Mellitus en el Perú*. Diagnóstico 2016 Octubre-Diciembre; Vol. 55(4):173-81.
24. Seclén SN, Rosas ME, Arias AJ, et al. *Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in Peru: report from PERUDIAB, a national urban population based longitudinal study*. BMJ Open Diab Res Care 2015; 3:e000110. doi: 10.1136/bmjdr-2015-000110.
25. Seclén SN, Rosas ME, Arias AJ, et al. *Elevated incidence rates of diabetes in Peru: report from PERUDIAB, a national urban population based longitudinal study*. BMJ Open Diab Res Care 2017; 5:e000401. doi: 10.1136/bmjdr-2017-000401.
26. Sociedad Peruana de Endocrinología. *Guía Peruana de Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2*. Lima: Sociedad Peruana de Endocrinología; 2018
[http://www.endocrinoperu.org/pdf/Guia Peruana de Diagnostico Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus 2008.pdf](http://www.endocrinoperu.org/pdf/Guia%20Peruana%20de%20Diagnostico%20Control%20y%20Tratamiento%20de%20la%20Diabetes%20Mellitus%202008.pdf)

27. Ministerio de Salud. *Ley N° 28553 Ley General de Protección a las personas con Diabetes*. El Peruano 2005: 295035. Lima 19 de junio 2005.
<https://docs.peru.justia.com/federales/leyes/28553-jun-17-2005.pdf>
28. Ministerio de Salud. *Resolución Ministerial N° 1361-2018/MINSA. Documento Técnico: Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud*. Lima 28 de diciembre 2018.
http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2018/RM_1361-2018.pdf
29. Ministerio de Salud. *Resolución Ministerial N° 229 – 2016 / MINSA. Documento Técnico: Lineamientos de políticas y estrategias para la prevención y control de Enfermedades No transmisibles (ENT) 2016-2020*. Lima 06 de abril 2016.
[https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/193750/192473_RM_229-2016- MINSA.pdf20180904-20266-1ap2x89.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/193750/192473_RM_229-2016-MINSA.pdf20180904-20266-1ap2x89.pdf)
30. Jodelet D. *I. Representations sociales: un domaine en expansion*. Denise Jodelet, Les representations sociales, Presses Universitaires de France "Sociologie d'aujourd'hui"; 2003 (7e éd.): 45-78.
https://www.researchgate.net/publication/267923440_Les_representations_sociales_un_domaine_en_expansion/link/5c495892458515a4c73c57f2/download.
31. Araya S. *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Cuad Ciencias Soc 127. Costa Rica; 2002.

<http://www.efamiliarcomunitaria.fcm.unc.edu.ar/libros/Araya%20Uma%20F1a%20Representaciones%20sociales.pdf>

32. Vasilachis I. *Pobres, pobreza, identidad y representaciones sociales*. Barcelona: Edit.Gedisa; 2003.
33. Wagner W, Hayes N. *El discurso de lo cotidiano y el sentido común. La teoría de las representaciones sociales*. México: Anthropos; 2011.
34. Cardona J, Rivera Y. *Representaciones sociales sobre medicina tradicional y enfermedades foráneas en indígenas Embera Chamí de Colombia*. Rev Cuba Salud Pública 2012; 38(3):471–83.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000300013
35. Bautista F. *Prevención Intercultural de la Diabetes Tipo II en Pueblo Pemón Kamaracoto*. Bol Antropol 2014; 32:28–44.
<https://www.redalyc.org/pdf/712/71232464003.pdf>
36. Page JT. *Subjetividades sobre la causalidad de diabetes mellitus entre seis tseltales de la cabecera municipal de Tenejapa, Chiapas*. LiminaR Estud Soc y Humanísticos 2015; 13(2):84–95.
<https://www.redalyc.org/pdf/745/74540298007.pdf>
37. Bermedo S. *Dimensiones y significados que adquiere el proceso salud / enfermedad / atención en usuarios mapuche – williche con diabetes mellitus e hipertensión arterial*. Rev Salud Pública Chile 2015; 19(1):47–52.
<https://revistas.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/36339/37987>

38. Lerín S., Juárez C. y Reartes D. *Creencias de indígenas chiapanecos en torno a la diabetes y posibilidades de atención intercultural*. México. Salud Problema 2015; Vol. 9: 27–4.
<http://repositorio.insp.mx:8080/jspui/bitstream/20.500.12096/6988/1/com-6479620.pdf>
39. Montesi L. *La diabetes como metáfora de vulnerabilidad. El caso de los ikojts de Oaxaca*. Revista Pueblos y fronteras digital 2017; 12(23):46–76.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-41152017000100046
40. Page JT, Eroza E, Acero CG, Acero CG. *Vivir Sufriendo de Azúcar. Representaciones sociales sobre la diabetes mellitus en tres localidades de los Altos de Chiapas*. Centro de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y la Frontera Sur. Universidad Nacional Autónoma de México. México; 2018.
<http://www.librosoa.unam.mx/bitstream/handle/123456789/2317/17-vivir.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
41. Quiñonez F, Vargas ML, Soltero R. *Los wixáritari con diabetes mellitus y sus vínculos con la enfermedad: desde la aparición del síntoma hasta una primera explicación*. Universidad Nacional de Lanús. Salud Colect.2019;1-15. 15:e1856.doi:10.18294/sc.2019.1856.
<https://www.scielosp.org/pdf/scol/2019.v15/e1856/es>
42. Cruz-Sánchez, M. y Cruz-Arceo, M. de los A. *El significado de la diabetes mellitus entre indígenas chontales de Tabasco, México*. Universidad de

- Costa Rica. Centro Centroamericano de Población. *Población y Salud en Mesoamérica* 2020; 18(1): 1-26
<https://doi.org/10.15517/psm.v18i1.40092>
43. Hirsch S, Alonso V. *La emergencia de la diabetes en una comunidad tapiete de Salta: género, etnicidad y relaciones con el sistema de salud*. *Salud Colect.* 2020: 1-15.16:e2760.doi-10.18294/sc.2020.2760.
<https://www.scielosp.org/pdf/scol/2020.v16/e2760/es>
44. Oficina Internacional del Trabajo. *Convenio Num. 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. 25 Años, Edición Conmemorativa*. Lima: OIT/Oficina Regional para América Latina y el Caribe; 2014.
45. Vasilachis I. *La investigación cualitativa*. Barcelona: Edit. Gedisa; 2006: 1–22. [http://jbposgrado.org/icuali/investigacion cualitativa.pdf](http://jbposgrado.org/icuali/investigacion%20cualitativa.pdf)
46. Gobierno Regional Cusco. *Plan Estratégico de Desarrollo Regional Concertado. Cusco al 2021*. Cusco: Gobierno Regional Cusco; 2015.
<https://www.copesco.gob.pe/attach/docsgestion/PDRC-Cusco-al-2021-INTERACTIVO.pdf>
47. Aramburu C. *Acumulación capitalista y migración en la población rural*. En: *La cuestión rural en el Perú*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú. Fondo Editorial PUCP; 1983: 19-40.
<http://files.pucp.edu.pe/departamento/economia/LDE-1983-02.pdf>
48. Mouffe Ch, Laclau E. *Hegemony and Socialist Strategy. Towards a democratic radical politic*. 2 ed. London: Verso; 2001.

<https://libcom.org/files/ernesto-laclau-hegemony-and-socialist-strategy-towards-a-radical-democratic-politics.compressed.pdf>

49. Survival Internacional. *El progreso puede matar. Como el desarrollo impuesto destruye la salud de los pueblos indígenas*. Madrid: Survival; 2008.

<https://www.survival.es/el-progreso-puede-matar>

50. Figueroa R, Yabar G. “*The social representations of patients of quechua origin with type 2 diabetes about their disease and treatment in two hospitals in Cusco*”. *Rev.Med.Hum.* October 2021; 21(4): 839-850. DOI 10.25176/RFMH.v21i4.4232

<https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/4232/5316>

51. Calestani M, Montesi L. *The ethno-racial basis of chronic diseases: Rethinking race and ethnicity from a critical epidemiological perspective*. En *Critical Medical Anthropology. Perspectives in and from Latino America*. London: UCL Press; 2020

<https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10093082/1/Critical-Medical-Anthropology.pdf>

52. Bădescu S V, Tătaru C, Kobylinska L, Georgescu EL, Zăhău DM, Zăgrean AM et al. *The association between Diabetes mellitus and Depression*. *J Med Life* 2016; 9(2):120–5.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4863499/>

53. Weaver LJ, Mendenhall E. *Applying Syndemics and Chronicity: Interpretations from Studies of Poverty, Depression, and Diabetes*.

Cross-Cultural Studies in Health and Illness. Medical Anthropology; February 2014: 92-108 DOI:10.1080/01459740.2013.808637
<http://dx.doi.org/10.1080/01459740.2013.808637>

54. Quiroz S, Cañon W. *Teoría sindémica como enfoque para explicar la interacción entre problemas de salud pública*. Scientia Medica Porto Alegre jan.-dez 2021; v. 31:1-7, e-ISSN: 1980-6108 | ISSN-L: 1806-5562
https://redib.org/Record/oai_articulo3086067-teor%C3%ADa-sind%C3%A9mica-como-un-enfoque-para-explicar-la-interacci%C3%B3n-entre-problemas-de-salud-p%C3%BAblica
55. Clavijo CR. *Sistemas médicos tradicionales en la Amazonia nororiental: salud y saberes alternativos*. IATREIA 2011; 24(1): 5-15.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180522540001>
56. Alvarado D. *Una comprensión andina del cuerpo*. Lima: Multigrafik Ediciones; 2019.
57. Roa R. *El proceso salud-enfermedad: La crisis del paradigma biomédico*. Atención Primaria y Medicina Familiar. Tomo 1. Buenos Aires: Editorial Acadia;2016:1-38.
https://www.smu.org.uy/crep/material/saludyenfermedad_paradigmasycrisis.pdf
58. Menéndez E. *El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores*. La Plata, Salud Colectiva 2005; 1(1): 9-32.
<https://www.scielosp.org/pdf/scol/2005.v1n1/9-32/es>

59. Ministerio de Salud. *Resolución Ministerial N° 719-2015/MINSA. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención*. Lima: MINSA; 2015.
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>
60. Blare T. y Borja RM. *Sistemas alimentarios locales* (Editorial). Asociación Ecología, Tecnología y Cultura en los Andes. *Sistemas Alimentarios Locales en los Andes* 2018; Volumen 34 n° 2.
<https://www.leisa-al.org/web/images/stories/revistapdf/vol34n2.pdf>
61. Prentice AM. *The emerging epidemic of obesity in developing countries*. *International Journal of Epidemiology* 2006; 35:93–99.
doi:10.1093/ije/dyi272
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16326822/>
62. Eguren F. *En América Latina, los brasileños y los peruanos fueron de lejos los mayores consumidores de comida rápida*. En *Seguridad Alimentaria en el Perú. Compendio de artículos publicados en La Revista Agraria 2010-2015*. Lima: CEPES; 2016.
63. Torres V. *Uywanakuy. Ritual y crianza mutua entre humanos y no humanos en el sur andino de Perú*. *Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana* 2020; vol. XV, núm. 29:135-179
64. Medina J, Medina FI, Candila C J, Yam A. *Saberes y prácticas de una población rural maya con Diabetes Mellitas tipo II sobre las plantas medicinales*. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)* 2018 Mayo; 6 (2): 76-91

https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/Primavera2018/RevisitaRqR_Primavera2018_Mayas.pdf

65. Organización Mundial de la Salud. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. Ginebra, Suiza: WHO; 2013.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf;jsessionid=582035B91DA0CDA29E45F7F4262E036E?sequence=1

66. Montoya R. *Interculturalidad, Racismo y Negociaciones Interculturales I*. Rev Divers 2013; 1:50–66.

[http://diversitas.fflch.usp.br/sites/diversitas.fflch.usp.br/files/inline-files/Revista Diversitas 1. Dossie Fronteiras em Movimento.pdf](http://diversitas.fflch.usp.br/sites/diversitas.fflch.usp.br/files/inline-files/Revista%20Diversitas%201.%20Dossie%20Fronteiras%20em%20Movimento.pdf)

67. Seclén S, Villena A, Mayta P, Pinto M. *Respuesta Glicémica y Sensibilidad a la Insulina después de la Ingestión de Miel de Yacón (Smallanthus sonchifolius) en Pacientes con Diabetes Tipo 2*. Sociedad Peruana de Endocrinología. Revista Científica: 35-9.

68. Organización Panamericana de la Salud. *Situación de las plantas medicinales en el Perú*. Grupo técnico de expertos en plantas medicinales. Lima: OPS/OMS; 2018.

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50479/OPSPER19001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

69. Santiváñez R, Cabrera J. *Catálogo florístico de plantas medicinales peruanas*. Lima: Ministerio de Salud/Instituto Nacional de Salud/Centro Nacional de Salud Intercultural; 2013.

https://bvs.ins.gob.pe/insprint/CENSI/catalogo_floristico_plantas_medicinales.pdf

70. Figueroa R, Yábar G. Dimensión emocional de los pacientes de origen quechua con diabetes tipo 2 en la ciudad del Cusco, Perú. PAIDEIA 2021; XXI. Vol. 11, N° 2: 355-368
<https://revistas.urp.edu.pe/index.php/Paideia/article/view/4272/5174>
71. Fernández, I., Zubieta, E., & Páez, D. Expresión e inhibición emocional en diferentes culturas. En D. Páez & M. M. Casullo (Comps.), *Cultura y Alexitimia: ¿cómo expresamos aquello que sentimos?* Buenos Aires: Paidós; 2000: 73-98.
<http://www.uned.es/dpto-psicologia-social-y-organizaciones/paginas/profesores/Itziar/FernandezCLPaidos.pdf>
72. Wilkinson E, Ranghawa G, Maninder S. *What's the worry with diabetes? Learning from the experiences of White European and South Asian people with a new diagnosis of diabetes.* Prim Care Diabetes 2014 Oct; 8(3): 181-6.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S175199181300154>
- X
- 73 Akman H, Olgun N. *Experience of adult individuals with Type 2 diabetes about diabetes: A qualitative study.* International Diabetes Nursing; 2016: 1-3.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/20573316.2016.1246085>
74. Estermann J. *Filosofía Andina. Sabiduría indígena para un mundo nuevo.* 2da Ed. La Paz: ISEAT; 2006
https://www.academia.edu/21410818/Estermann_Josef_Filosofia_andina

75. Ortiz A. *La comunidad, el parentesco y los patrones de crianza andinos*. *Anthropológica* 1989; 7: 135-70.
<http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/anthropologica/article/view/2067/1998>
76. Prestes C. *Religión como tratamiento complementario, posibles consecuencias en la terapéutica*. Revisión. *Humanidades: revista de la Universidad de Montevideo*; N° 1, junio 2017: 135-53.
<http://revistas.um.edu.uy/index.php/revistahumanidades/article/view/179>
77. Miller TA, DiMatteo MR. *Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy*. *Diabetes 2013. Metab Syndr Obes Targets Ther* ; 6:421–6
https://www.researchgate.net/publication/258528198_Importance_of_family_social_support_and_impact_on_adherence_to_diabetic_therapy
78. Organización Mundial de la Salud. *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Ginebra, Suiza: OMS/OPS; 2004.
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
79. Barra SF. *Adherencia al tratamiento farmacológico oral de personas con diabetes mellitus en 7 localidades de la Costa de Perú*. Tesis de Maestría. Lima: Univ Perú Cayetano Hered; 2018.
<http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/3737>
80. Martin LA, Grau JA, Espinosa AD. *Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas*. *Rev Cuba Salud Pública* 2014; 40(2):225–38.

<https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2014.v40n2/222-238/es>

81. Alvarado SV, Botero P, Gutiérrez MI. *Representaciones Sociales. Una mirada a la teoría moscoviciana*. En *Representaciones y Ciencias Sociales. Una perspectiva epistemológica y metodológica*. Buenos Aires: Espacio Editorial; 2008: 27-61.

ANEXOS

GUÍA DE ENTREVISTA

Presentación

- Presentarse de manera informal, señalando que le trae al centro poblado/comunidad y compartir información personal y profesional relevante, buscando establecer un vínculo de confianza.
- Entregar el Formato de Consentimiento, aclarar la importancia de este procedimiento y leerlo en voz alta. Resolver las dudas de el/la participante y solicitar registre su consentimiento escrito. Entregue una copia.
- Definir en base a la opción del (la) entrevistado(a) el idioma en el que se realizara la entrevista (quechua o español).
- Insistir en que no hay respuestas correctas o incorrectas, que lo que importa es su opinión, y que su experiencia y punto de vista ayudará a implementar políticas para mejorar la atención de salud a personas afectadas con la diabetes.

I. Datos Generales

Tiempo de padecer diabetes: Meses.....Años...../Edad:.....

Sexo: Femenino..... Masculino.....

Procedencia: Ciudad.....Comunidad.....

Estado civil: Soltero.....casado.....divorciado

Nivel de instrucción:

Sin Instrucción...Primaria.....Secundaria.....Superior....

II. Introducción

BARRIO, FAMILIA Y REDES DE SOPORTE Y APOYO

- Primero quisiera saber un poco sobre usted, su familia y su barrio. ¿Desde cuándo vive aquí (en esta casa/localidad)? ¿Qué le (dis) gusta del barrio?
- ¿Quiénes viven en la casa con usted? Cuénteme un poco más de su familia...

Mapee los familiares que no viven con él.

- ¿Qué otros familiares suyos o de su pareja viven cerca?
- ¿Qué relación mantienes con ellos ...lo ayudan en algunas cosas?
- Entre sus parientes, vecinos y amigos, cuénteme ¿quiénes son los que más lo apoyan, los más cercanos? ¿Qué tipos de apoyo (se)le brindan?

III. Profundización exploratoria

PROCESO DE DETECCIÓN/MAPEO DE RECURSOS

- ¿Recuerda cuándo comenzó a sentirse enfermo? ¿Con quién consultó primero?
¿Qué hizo luego?

Solicite que describa paso a paso qué recursos consultó hasta antes de recibir el diagnóstico: pregunte lo que sentía y pensaba él y su red de soporte sobre el recurso consultado y sobre la enfermedad. Se busca la narración del proceso de búsqueda de ayuda previa al diagnóstico.

EVALUACIÓN DEL PROCESO DE DIAGNÓSTICO

- ¿Cuándo le dijeron que lo que tenía era diabetes? ¿Qué/Quién/Cómo/Dónde se lo dijeron? ¿Cómo se sintió?

Solicite que describa paso a paso el proceso de diagnóstico: pregunte lo que sentía y pensaba él y su acompañante en cada estación/momento, los papeleos/trámites que tuvo que hacer y lo que pensaba/aprendió entonces de la enfermedad.

- ¿Qué le pareció la atención ese día? ¿Cómo lo trataron/hicieron sentir? Y ¿la información que recibió fue suficiente? ¿Pudo hacer preguntas y resolver sus dudas?

Solicite que evalúe paso a paso el proceso de diagnóstico en relación al trato y a la información recibida. Explore su malestar/satisfacción durante el proceso.

- ¿Cuál(les) considera usted que es (son) la(s) causa(s) de su enfermedad?

Solicite que indique desde la perspectiva del paciente la(s) causa(s) de su padecimiento.

EVALUACIÓN DEL PROCESO DE TRATAMIENTO

- ¿Cuándo empezó su tratamiento? ¿Qué/Quién/Cómo/Dónde le dijeron/explicaron? ¿Cómo se sintió?

Solicite que describa paso a paso el proceso de tratamiento: pregunte lo que sentía y pensaba él y su acompañante en cada estación/momento, los papeleos/trámites que tuvo que hacer y lo que pensaba/aprendió entonces de la enfermedad.

- ¿Qué le pareció la atención ese día? ¿Cómo lo trataron/hicieron sentir? Y ¿la información que recibió fue suficiente? ¿Pudo hacer preguntas y resolver sus dudas

Solicite que evalúe paso a paso el proceso de diagnóstico en relación al trato y a la información recibida. Explore su malestar/satisfacción durante el proceso.

- ¿Cuál es su rutina ahora cuando va al establecimiento de salud para su control?

Explore su malestar/satisfacción actual.

- ¿Cómo cree usted que deben ser los cuidados de una persona con diabetes?

Explore su cumplimiento/incumplimiento

- ¿Qué cree usted que debe comer una persona que tiene diabetes?

Explore su cumplimiento/incumplimiento

- ¿Qué cree usted sobre las medicinas naturales para la diabetes?

Indague y profundice sobre sus nombres, formas de uso, costo

- ¿Qué opina sobre la utilidad de los ejercicios para tratar la diabetes?

Indague sobre su uso, frecuencia e intensidad

IV. Profundización directiva

DETERMINANTES DE LA (NO) ADHERENCIA

- ¿Qué cree que es lo más difícil que deben enfrentar las personas con diabetes?
¿Cuáles han sido las principales dificultades que usted ha tenido que enfrentar?

Indague y profundice cada dificultad en situación: afrontamiento y solución.

- ¿Por qué cree que algunas personas a veces incumplen el tratamiento y otras lo dejan? ¿Qué cosas lo desmotivan a usted para seguir con el tratamiento?

Indague y profundice cada factor en situación: afrontamiento y solución.

- ¿Usted se ha visto obligado alguna vez a incumplir el tratamiento?

Indague y profundice cada factor en situación: afrontamiento y solución.

- ¿Alguna vez ha sentido que la distancia y el tiempo que le toma llegar al establecimiento y atenderse dificulta que pueda cumplir con su tratamiento?

Indague distancia, tiempo, costos.

- Y cuándo ha necesitado interconsultas ¿a dónde ha tenido que ir?

Indague por itinerarios (psicología, trabajo social, neumología), distancia, tiempos y costos.

- Y cuándo ha necesitado algún examen ¿a dónde ha tenido que ir?

Indague por itinerarios (análisis de sangre, orina), distancia, tiempos y costos.

- ¿Considera que es necesario ir todos los días al establecimiento? ¿Qué es lo bueno/malo de tener que ir todos los días?

Explore su malestar/satisfacción.

- ¿En algún momento se ha sentido discriminado en el establecimiento de salud? ¿En otros lugares?

Indague y profundice cada factor en situación: afrontamiento y solución.

- ¿En algún momento se ha sentido obligado por el servicio a hacer algo que no quería?

Indague y profundice cada factor en situación: afrontamiento y solución.

- ¿Qué cosas lo motivan a veces para seguir con el tratamiento?

Indague y profundice cada factor en situación: afrontamiento y solución.

RECOMENDACIONES AL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA

- ¿Qué podría mejorarse en el servicio de Endocrinología? ¿Qué más?
- ¿Qué no debería cambiar en el servicio de Endocrinología? ¿Qué más?
- ¿Qué se podría hacer desde los centros de salud para ayudar a las personas con diabetes a seguir con su tratamiento?
- ¿Y desde fuera del establecimiento de salud?

VI. Despedida

- Resuma lo discutido y valore los aportes del/la participante.

- Solicite retroalimentación y resuelva dudas o preguntas del/la participante.
- Agradezca la colaboración del participante y despídase.