



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

ESCUELA DE POSGRADO

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



TESIS

**REPRESENTACIONES SOCIALES EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2:
DETERMINANTES SOCIALES, PSICOLOGICOS Y CULTURALES EN UNA
MUESTRA DE PACIENTES CRÓNICOS DE LA CIUDAD DE PUNO**

PRESENTADA POR:

WILFREDO PARRA VALDIVIA

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD

PUNO, PERÚ

2023



Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

**REPRESENTACIONES SOCIALES EN LA D
IABETES MELLITUS TIPO 2: DETERMINA
NTES SOCIALES, PSICOLOGICOS Y CULT
URALES EN UNA MUESTRA DE PACIENT
ES CRÓNICOS DE LA CIUDAD DE PUNO**

AUTOR

WILFREDO PARRA VALDIVIA

RECuento DE PALABRAS

40449 Words

RECuento DE CARACTERES

227704 Characters

RECuento DE PÁGINAS

146 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.1MB

FECHA DE ENTREGA

Aug 16, 2024 10:04 AM CST

FECHA DEL INFORME

Aug 16, 2024 10:06 AM CST

● **15% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 14% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 12% Base de datos de trabajos entregados
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 12 palabras)



Juan I. Gómez Palomino
Dr. Juan I. Gómez Palomino
Docente Principal
UNA - Puno



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

ESCUELA DE POSGRADO

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS

**REPRESENTACIONES SOCIALES EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2:
DETERMINANTES SOCIALES, PSICOLOGICOS Y CULTURALES EN UNA
MUESTRA DE PACIENTES CRÓNICOS DE LA CIUDAD DE PUNO**



PRESENTADA POR:

WILFREDO PARRA VALDIVIA

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD

APROBADA POR EL JURADO SIGUIENTE:

PRESIDENTE


.....
Dr. LUIS VICENTE OLIVERA MAROCHO

PRIMER MIEMBRO


.....
Dr. BERNABE CANQUI FLORES

SEGUNDO MIEMBRO


.....
Dra. MARTHA YUCRA SOTOMAYOR

ASESOR DE TESIS


.....
Dr. JUAN ISIDORO GOMEZ PALOMINO

Puno, 30 de noviembre de 2023

ÁREA: Ciencias médicas, Ciencias de la salud.

TEMA: Representaciones sociales en la diabetes mellitus tipo 2.

LÍNEA: Salud pública, salud ambiental.



DEDICATORIA

A mi esposa:

A Violeta Begazo de Parra y a mis hijos: Jerold, Gerson, Roberto y Juliana; por su comprensión y apoyo desde que se me diagnosticó diabetes (20 años aproximadamente); su participación activa en muchos aspectos de mi convivencia con la diabetes fue muy importante.

Me han brindado un “Regalo del conocimiento” sobre Identificación con mis circunstancias de salud, y sin cuya “donación de vida” NO estaría, hoy vivo, para comprender lo que acontece en esta enfermedad autoinmune.

Wilfredo Parra Valdivia



AGRADECIMIENTOS

Al Doctor, Juan Isidoro Gómez Palomino, por sus valiosos aportes sobre la viabilidad de la misma. Han sido de estimable ayuda. Su sentido crítico; por sobre todo en el componente de la dimensión de psicología social.

También, a los participantes del “drama social diabético” la Diabetes Mellitus Crónica: Se agradece el permiso para reproducir sus Historias de Vida en diabetes, en las personas de: Jesús, Samuel, Daniel, Genaro, Eduardo, Marcial, Wilfredo, Candelaria, Elia, y Flor Sin cuyo compromiso social NO hubiera emprendido el camino que me llevara al objetivo de este producto.

Mención muy especial:

A mi hermano, César Parra Valdivia, constante motor en mis aspiraciones profesionales. Y a los amigos y colegas docentes que adolecen de esta enfermedad autoinmune. Me hacen percibir que no estoy solo.

Wilfredo Parra Valdivia



ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
ÍNDICE GENERAL	iii
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
ÍNDICE DE ANEXOS	viii
ACRÓNIMOS	ix
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3

CAPÍTULO I

REVISIÓN DE LITERATURA

1.1	Marco teórico	6
1.1.1	Las Representaciones Sociales	6
1.1.2	La Diabetes Mellitus Tipo 2	15
1.1.3	El nuevo enfoque de diabetes Tipo 3: la diabetes neurológica	22
1.1.4	Complicaciones de la diabetes	26
1.1.5	Implicancias psicológicas de la diabetes	32
1.1.6	Los problemas implicados en la diabetes: la pandemia covid 19	39
1.1.7	Implicancias del sistema inmunológico	42
1.2	Antecedentes	43
1.2.1	Internacionales	43
1.2.2	Nacionales	52

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1	Identificación del problema	55
2.2	Enunciados del problema	56
2.2.1	Pregunta general	56
2.2.2	Preguntas específicas	56
2.3	Justificación	56
2.4	Objetivos	60



2.4.1	Objetivo general	60
2.4.2	Objetivos específicos:	60
2.5	Hipótesis	60
2.5.1	Hipótesis general	60
2.5.2	Hipótesis específicas:	60

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1	Lugar de estudio	61
3.1.1	Visión de la ciudad de Puno	61
3.1.2	Misión de la ciudad de Puno	61
3.2	Población	62
3.3	Muestra	63
3.4	Método de investigación	64
3.5	Descripción detallada de métodos por objetivos específicos	65
3.5.1	La entrevista	66
3.5.2	La entrevista semiestructurada	66
3.5.3	Categorías	68
3.5.4	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	68
3.5.5	Técnicas de análisis	68

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1	Resultados	69
4.1.1	Sexo del informante	69
4.1.2	Grupos de edad del informante	69
4.1.3	Años de tenencia de la enfermedad	70
4.1.4	Estado civil del informante	70
4.1.5	Tenencia de seguro	71
4.1.6	Descripción del entorno social del informante	76
4.1.7	Alimentos que suben glucosa para el informante	76
4.1.8	Alimentos que bajan glucosa para el participante	77
4.1.9	Visión social del participante en relación a la enfermedad	78
4.1.10	La misión psicológica del informante que debe conocer	82
4.1.11	Dimensión cultural, en base al impacto en su vida personal: hábitos, ideas, creencias, valores, costumbres del informante	88



4.1.12	Las situaciones límite, en base al manejo de sentimientos y emociones del informante	91
4.2	Discusión	94
4.2.1	Con respecto a las representaciones sociales	94
4.2.2	Con respecto a la Diabetes Mellitus Tipo 2	95
4.2.3	Con respecto a la misión del diabético	96
4.2.4	Respecto de la dimensión cultural.	97
4.2.5	Respecto de las situaciones límite en el diabético	97
	CONCLUSIONES	99
	RECOMENDACIONES	101
	BIBLIOGRAFÍA	102
	ANEXOS	111



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
1. Descripción detallada de métodos por objetivos	65
2. Dimensiones de la entrevista visión, misión, calidad de vida y situación límite	67
3. Condiciones del entorno del participante.	76
4. Condiciones de la visión del participante	78
5. Resumen de procesamiento de casos de visión social del informante.	79
6. Estadísticas de fiabilidad	79
7. Misión psicológica del informante	82
8. Resumen de procesamiento de casos de la misión psicológica del informante	84
9. Estadísticas de fiabilidad	85
10. Impacto en su vida personal culturalmente	88
11. Resumen de procesamiento de casos de la dimensión cultural del informante	88
12. Estadísticas de fiabilidad	88
13. Impacto de la situación límite en que se recurre el informante	91
14. Resumen de procesamiento de casos en base a las situaciones límite del manejo de sentimientos y emociones	92
15. Estadísticas de fiabilidad	92



ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
1. Sexo del informante	69
2. Grupos de edad del informante	70
3. Años de tenencia de la enfermedad del informante	70
4. Estado civil del informante	71
5. Tenencia de seguro del informante	71
6. Estado de la cuestión uno	72
7. Estado de la cuestión dos.	74
8. Alimentos que suben glucosa al informante	77
9. Alimentos que bajan glucosa al informante	77
10. Vision social	80
11. Mision del informante	86
12. Dimensión cultural del informante	89
13. Situación limite del informante	93



ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
1. Cuestionario	111
2. Matriz de consistencia lógica	114
3. Narraciones sobre historias de vida	115



ACRÓNIMOS

DM2	:	Diabetes Mellitus Tipo 2
OMS	:	Organización Mundial de Salud



RESUMEN

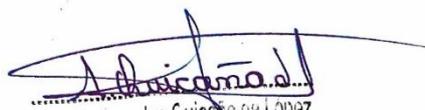
La tesis aborda la problemática del desconocimiento sobre la Diabetes Mellitus Tipo 2 y sus impactos negativos en la salud y calidad de vida. El objetivo del estudio fue analizar las características de la educación en salud y su relación con las representaciones sociales acerca de esta enfermedad. La investigación, de naturaleza mixta “cuantitativo – cualitativo”, utilizó cuestionarios para recolectar datos en cuatro dimensiones: social, psicológica, cultural y situaciones límite. Los resultados revelan una visión holística del paciente andino, destacando la significación negativa de no seguir las recomendaciones médicas desde una perspectiva biológica y sociocultural. También se evidenció resistencia hacia la transferencia de conocimientos debido a la insatisfacción, la falta de educación diabetológica y la actitud crítica de los endocrinólogos. Las respuestas fueron validadas mediante el Alfa de Cronbach, obteniendo 0.720 para la visión del participante, 0.940 para la misión psicológica, 0.768 para el impacto cultural en la vida personal, y 0.821 para el impacto de situaciones límite. En conclusión, las representaciones sociales de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en pacientes crónicos de Puno están fuertemente influenciadas por factores sociales, psicológicos y culturales, lo que subraya la necesidad de mejorar la educación en salud y la comunicación entre médicos y pacientes.

Palabras clave: Determinantes sociales, diabetológica, enfermedad crónica, epidemiológica, representaciones sociales.

ABSTRACT

The thesis addresses the issue of the lack of knowledge about Type 2 Diabetes Mellitus and its negative impacts on health and quality of life. The study aimed to analyze the characteristics of health education and its relationship with social representations of this disease. The research, of a mixed "quantitative-qualitative" nature, used questionnaires to collect data in four dimensions: social, psychological, cultural, and extreme situations. The results reveal a holistic view of the Andean patient, highlighting the negative significance of not following medical recommendations from a biological and sociocultural perspective. Resistance to knowledge transfer was also evidenced due to dissatisfaction, lack of diabetological education, and the critical attitude of endocrinologists. The responses were validated using Cronbach's Alpha, obtaining 0.720 for the participant's vision, 0.940 for the psychological mission, 0.768 for the cultural impact on personal life, and 0.821 for the impact of extreme situations. In conclusion, the social representations of Type 2 Diabetes Mellitus in chronic patients in Puno are strongly influenced by social, psychological, and cultural factors, highlighting the need to improve health education and communication between doctors and patients.

Keywords: Chronic disease, diabetological, epidemiological, social determinants, social representations.



Dra. Sc. Lourdes Guicamo de Lopez
C.E.P. 7896

INTRODUCCIÓN

La investigación titulada "Representaciones Sociales de la Diabetes Mellitus Tipo 2: Determinantes Sociales, Psicológicos y Culturales en una Muestra de Pacientes Crónicos de la Ciudad de Puno" se centra en analizar cómo la educación en salud se relaciona con las percepciones sociales de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Esta tesis surge debido a la falta de conocimiento sobre los términos específicos relacionados con esta enfermedad, un problema frecuente que afecta negativamente la salud y la calidad de vida de los pacientes. Para abordar esta cuestión, se realizó una investigación mixta utilizando un cuestionario que cubre cuatro dimensiones: social, psicológica, cultural y situaciones límite.

Durante la 31ª sesión del comité regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Europa, se estableció que el estilo de vida se refiere a una forma general de existencia, fundamentada en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de comportamiento, los cuales están determinados por factores socioculturales y características personales. Según datos del 2005, en Perú, la mortalidad atribuida a la Diabetes Mellitus fue del 2.7% de los fallecimientos registrados, con variaciones entre la Costa (3.5%), la Sierra (1.4%) y la Selva (2.5%).

En la actualidad, especialmente durante la pandemia, los casos de diabetes en Perú han aumentado considerablemente, clasificando a los pacientes como un grupo de alto riesgo. Diversos factores, tanto sociales como biológicos, incluyendo la herencia, los factores psicológicos, culturales y económicos, influyen significativamente en el estilo de vida de las personas. Para revertir esta tendencia, es esencial superar ciertas creencias, como la asociación entre obesidad y buena salud.

La Diabetes Mellitus se caracteriza por una serie de elementos interrelacionados que permiten su diagnóstico y afecta diversas dimensiones de la vida del individuo. Esta enfermedad es causada principalmente por un estilo de vida inadecuado, especialmente en términos de una alimentación insuficiente o inapropiada. Además, en la población andina se cree que los estados emocionales alterados y ciertas impresiones fuertes (como sustos, cólera y hechizos) empeoran la salud de los diabéticos. El consumo excesivo de productos cárnicos y carbohidratos también contribuye al deterioro de la salud.

La prevención en los pacientes diabéticos está relacionada con un control inadecuado de factores causales, incluyendo la dieta diaria y el peso corporal. Otros factores, como las emociones negativas, aunque no evitables, pueden ser controlados. Sin embargo, factores como la herencia biológica, el entorno social y las festividades culturales no pueden ser evitados ni controlados. Las costumbres y tradiciones tienen una gran influencia en la cosmovisión de las personas en el mundo andino.

La expectativa de vida de los pacientes con diabetes se ve gravemente comprometida cuando no reciben un tratamiento adecuado. Se estima que para el año 2030, el número de personas con diabetes alcanzará los 533 millones a nivel mundial, lo que equivale a tres nuevos diagnósticos cada 10 segundos. En Latinoamérica, se prevé que el número de afectados aumentará de 15 millones a 20 millones en los próximos 10 años, lo que incrementará significativamente la tasa de mortalidad asociada a la Diabetes Mellitus Tipo 2.

El manejo de las complicaciones de la diabetes debe ser integral, dado que los diferentes fenómenos asociados ocurren simultáneamente y requieren una gestión multidisciplinaria, aspecto que a menudo falta en la realidad hospitalaria. En 2005, en Perú, las muertes por diabetes representaron un 55% de mujeres y la mitad de las víctimas tenía menos de 70 años. Se proyecta que las muertes por diabetes se duplicarán entre 2005 y 2030. La falta de conocimiento sobre esta enfermedad autoinmune es una de las principales causas de complicaciones y mortalidad. La educación deficiente en diabetes desencadena actitudes y prácticas negativas que afectan la evolución de la enfermedad. Muchos pacientes desconocen la terminología de la diabetes o tienen conocimientos inadecuados, lo que genera reacciones negativas frente al diagnóstico. Algunos niegan su condición, mientras que otros buscan adaptarse a su nueva realidad.

Se calcula que, en el año 2005, “fallecieron en el Perú... Se comprende que la mitad de esas muertes correspondieron a personas menores de 70 años y un 55% han sido mujeres. Se ha pronosticado que las muertes por diabetes se multiplicarán el doble, entre los años 2005 y 2030. Más de 3 millones de personas mueren al año por complicaciones del exceso de azúcar” (1).

Existe una necesidad creciente de mejorar la educación sobre la diabetes para optimizar el manejo y autocuidado de la enfermedad. En este contexto, la investigación planteó la pregunta general: ¿La inadecuada educación en salud comunitaria se relaciona

con las representaciones sociales acerca de la Diabetes Mellitus Tipo 2? Para abordar esta cuestión, el informe final de la investigación se estructuró en cuatro capítulos.

En el capítulo I, se desarrolló la revisión de literatura, dividiéndola en tres partes: marco teórico, antecedentes y marco conceptual. En el marco teórico se abordaron siete puntos, incluyendo las representaciones sociales y sus orígenes, funciones, fuentes, estructura y mecanismos de formación. La segunda parte se centró en la Diabetes Mellitus Tipo 2, describiendo su concepto, la función de los Islotes de Langerhans en el páncreas, y los tipos de diabetes, entre otros aspectos. La tercera parte exploró el nuevo enfoque de la Diabetes Tipo 3: la diabetes neurológica. Además, se discutieron las complicaciones de la diabetes y sus implicancias psicológicas, los problemas relacionados con la pandemia de COVID-19, y las implicancias del sistema inmunológico.

En el capítulo II, se identificó el problema de investigación, formulando preguntas generales y específicas, justificando el estudio y estableciendo objetivos e hipótesis. El capítulo III detalló los materiales y métodos, incluyendo el lugar de estudio, la población, la muestra y los métodos de recolección y análisis de datos. En el capítulo IV, se presentaron los resultados y la discusión, con gráficos que ilustran diversos aspectos del estudio, como el sexo, edad, estado civil y entorno social de los informantes, así como su visión y misión respecto a la enfermedad. La discusión abordó las representaciones sociales, la Diabetes Mellitus Tipo 2, y las dimensiones cultural y emocional de los pacientes diabéticos.

Finalmente, se consignaron las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

CAPITULO I

REVISIÓN DE LITERATURA

1.1 Marco teórico

Se coincidió en que, la observación participante es, según Taylor y Bogdan “la investigación que involucró la interacción social entre el investigador y los informantes de su investigación” (2). Ocurre que, “si se plantea la pregunta ¿Puede incluirse el investigador en una investigación? La respuesta es sí. Esto de acuerdo a Quintana, recibe la definición de típica dado que se construye a partir del consenso de opiniones entre informantes clave, buenos conocedores de la realidad bajo estudio, en una investigación – acción” (3).

1.1.1 Las Representaciones Sociales

La teoría de las Representaciones Sociales puede ser una herramienta crucial para entender la subjetividad tanto individual como colectiva en relación con la Diabetes Mellitus Tipo 2. En el contexto actual, la integración constante de la pluralidad y singularidad demanda un análisis, comprensión e intervención meticolosos, acciones imprescindibles para el progreso social. Sin embargo, aplicar una teoría científica de esta naturaleza en la investigación exige un conocimiento profundo de sus orígenes, alcances y limitaciones, y debe ser abordada desde una perspectiva abierta y crítica.

Contribuir al conocimiento de esta compleja teoría, aplicada a la gnoseología de la diabetes, es uno de los objetivos principales de este trabajo. Al mismo tiempo, se busca ofrecer valoraciones personales estructuradas a lo largo de su estudio. Para la correcta comprensión y aplicación en esta investigación, se desarrollaron los siguientes contenidos.

La teoría de las Representaciones Sociales es pertinente para interpretar la subjetividad individual y social, especialmente en un contexto actual donde la pluralidad y singularidad se entrelazan en una dinámica constante que requiere análisis, comprensión e intervención, fundamentales para el progreso social. Adoptar una teoría científica como herramienta investigativa demanda una

profundización en su origen, alcance y limitaciones, abordándola desde una perspectiva crítica y abierta.

Este trabajo pretende aportar al conocimiento de esta teoría compleja y controvertida, ofreciendo también valoraciones personales formuladas a lo largo de su estudio y aplicación. En este sentido, se desarrollaron los siguientes contenidos para facilitar la comprensión y aplicación de la investigación.

A. Antecedentes y orígenes de las Representaciones Sociales

El año 1961, Serge Moscovici en su obra "La Psychoanalyse, son image et son public," introduce una redefinición de los problemas y conceptos de la Psicología Social. A través de su teoría de las representaciones sociales, Moscovici incorpora contribuciones de diversas disciplinas en un contexto europeo, permitiendo una comprensión del pensamiento social desde una perspectiva diferente (4).

Los postulados de Serge Moscovici se desviaron del paradigma dominante en Norteamérica, presentando diferencias clave:

- Una metodología abierta que integra diversas técnicas sin dar prioridad a ninguna en particular.
- Un enfoque que pone igual importancia en los contenidos y en los procesos.
- Un origen sociológico de sus conceptos, en oposición al individualismo y a los enfoques psicológicos predominantes en Norteamérica.

En los estudios iniciales de Tomás Ibáñez, el autor identifica otras razones determinantes, como:

- Concebir la representación social como una nueva manera de conceptualizar las actitudes.
- El tradicional énfasis en los estudios sobre los procesos individuales, subestimando lo grupal.

La percepción en Estados Unidos sobre los estudios europeos, especialmente franceses, considerados verbalistas y especulativos, una valoración también aplicada a los trabajos de Moscovici. Por ejemplo, los estudios de criterio inicial de Ibáñez (5). Al profundizar sobre este tema, el autor precisa otras razones también determinantes que son:

El término "actitud" se empleaba para capturar la expresión subjetiva de las transformaciones sociales. La significativa influencia de estas ideas ha provocado extensas discusiones sobre las similitudes y diferencias entre las representaciones sociales y las actitudes, debates que continúan vigentes hasta hoy.

La influencia del cognitivismo social en la teoría de las representaciones sociales es innegable. No obstante, clarificar esta relación constituye un campo controversial, que va más allá de las actitudes. Para muchos, la teoría de las representaciones sociales se presenta como una alternativa a ciertas formas del cognitivismo social, vinculándose con las ideas de F. Heider sobre el "pensamiento ordinario". En este contexto, la noción de representación social busca expresar una forma particular de pensamiento social que se origina en la vida cotidiana de las personas, otorgando al pensamiento social un papel fundamental en la estructuración de la realidad social.

La influencia del sociólogo francés Émile Durkheim es particularmente destacada, pues desde la sociología introdujo el concepto de "Representación Colectiva". Según Durkheim, la Representación Colectiva es la forma en que un grupo percibe y piensa acerca de los objetos que le afectan, afirmando que:

“Los hechos sociales no difieren solo en calidad de los hechos psíquicos; tienen otro sustrato, no evolucionan en el mismo medio ni dependen de las mismas condiciones. Esto no significa que no sean también psíquicos de alguna manera, ya que todos consisten en formas de pensar o actuar. Pero los estados de la conciencia colectiva son de naturaleza distinta que los estados de conciencia

individual; son representaciones de otro tipo: tienen sus leyes propias...” (6).

Sobre este asunto Moscovici señala:

“... En el sentido clásico, las representaciones colectivas son un mecanismo explicativo, y se refieren a una clase general de ideas o creencias (ciencia, mito, religión, etc.), para nosotros son fenómenos que necesitan ser descritos y explicados. Fenómenos específicos que se relacionan con una manera particular de entender y comunicar – manera que crea la realidad y el sentido común –. Es para enfatizar esta distinción que utilizo el término social en vez de colectivo...” (7).

Al considerar que las representaciones sociales son explicaciones del sentido común, al respecto, Moscovici plantea una descripción sobre tres tipos de representaciones sociales existentes, que son explicaciones del sentido común que aportan más claridad. Estas se clasifican de la forma siguiente:

- Representaciones hegemónicas: Caracterizadas por un alto grado de consenso entre los miembros del grupo, estas representaciones se asemejan más a las representaciones colectivas ya mencionadas.
- Representaciones emancipadas: Carecen de un carácter hegemónico o uniforme y surgen dentro de subgrupos específicos que adoptan nuevas formas de pensamiento social.
- Representaciones polémicas: Emergen en contextos de conflicto o controversia social, reflejando formas de pensamiento divergentes entre grupos que enfrentan situaciones o eventos sociales significativos (7).

Las teorías de Durkheim y Moscovici sobre las representaciones sociales difieren en aspectos fundamentales. Durkheim veía las representaciones colectivas como imposiciones sociales con poder coercitivo sobre los individuos, mientras que Moscovici las consideraba como construcciones sociales fruto de la interacción. Para Durkheim, estas

representaciones reproducían ideas sociales, mientras que para Moscovici eran producciones sociales no impuestas externamente. Otras escuelas, como la Psicología Evolutiva de Piaget y la psicología de las masas de Freud, también han influido en la teoría de las representaciones sociales, que se ubica en la intersección de la Sociología, la Psicología, la Antropología y la Historia.

B. Aproximaciones al concepto de Representación Social

En términos generales, las Representaciones Sociales se estructuran como una formación subjetiva compleja y diversa, en la que se reflejan fenómenos culturales, ideológicos y de pertenencia socioestructural. Simultáneamente, elementos afectivos, cognitivos, simbólicos y valorativos también juegan un papel en su constitución.

Un acercamiento claro a este concepto lo presenta Jodelet (8) plantea, que la Representación Social se refiere a una forma particular de conocimiento, es decir, el saber común, cuyos contenidos reflejan la acción de procesos generativos funcionalmente influenciados por la sociedad. En un sentido más amplio, abarca una forma de pensamiento social. Sus características principales se pueden resumir en los siguientes aspectos: Aprendizaje social (los individuos adquieren conocimientos sobre su entorno, eventos cotidianos, información y personas cercanas a través de la interacción social); Conocimiento de sentido común (se trata de un conocimiento espontáneo y no científico, basado en experiencias y creencias compartidas); Construcción social (las representaciones sociales se forman a partir de experiencias, información y modelos de pensamiento transmitidos socialmente); Conocimiento práctico (Ayudan a comprender, dominar y explicar el entorno, así como a construir una realidad social compartida), Proceso dinámico (Son tanto producto como proceso, moldeando y siendo moldeadas por la realidad social).

Moscovici sostiene que las representaciones sociales son un tipo particular de conocimiento que facilita la comunicación y la elaboración de comportamientos. Constituyen un conjunto organizado de conocimientos y actividades psíquicas que permiten a las personas

comprender la realidad física y social, integrarse en grupos y liberar su imaginación. Estas representaciones son sistemas de valores, nociones y prácticas que orientan a los individuos en su contexto social y material(9).

Años después afirmaba:

Por representaciones sociales se entiende como el un conjunto de conceptos, enunciados y explicaciones originados en la vida diaria, en el curso de las comunicaciones interindividuales. En nuestra sociedad se corresponde con los mitos y los sistemas de creencias de las sociedades tradicionales; incluso se podría decir que son la versión contemporánea del sentido común...constructos cognitivos compartidos en la interacción social cotidiana que previene a los individuos de un entendimiento de sentido común (10).

Posteriormente, Moscovici añade que las representaciones sociales son conceptos, enunciados y explicaciones surgidos de la vida cotidiana y la interacción social, funcionando como una versión contemporánea del sentido común, comparables a los mitos y creencias de las sociedades tradicionales

C. Funciones de las Representaciones Sociales

Para examinar este tema, se identificarán cuatro funciones fundamentales de las representaciones sociales: la función de conocimiento, que permite comprender y explicar la realidad, facilitando la adquisición e integración de nuevos conocimientos de manera coherente con los esquemas cognitivos y valores de los individuos, y es esencial para la comunicación social; la función identitaria, que contribuye a definir la identidad de los individuos y grupos, situándolos en el contexto social y permitiendo la elaboración de una identidad social y personal que sea compatible con las normas y valores sociales e históricos; la función de orientación, que dirige comportamientos y prácticas, influenciando la definición de objetivos y relaciones, anticipando expectativas y filtrando información para interpretar la realidad de acuerdo con la representación social; y la función justificadora, que permite explicar y justificar a

posteriori un comportamiento o postura adoptada por los participantes en una situación.

La funcionalidad de las Representaciones Sociales se resume en funciones evaluativas, orientadoras, explicativas y clasificatorias, a las cuales se añaden dos funciones interrelacionadas significativas: la función sustitutiva, en la que las representaciones actúan como imágenes que reemplazan la realidad a la que se refieren, contribuyendo a la construcción del conocimiento sobre dicha realidad; y la función icónico-simbólica, que permite representar un fenómeno, objeto o hecho de la realidad social mediante imágenes o símbolos que sustituyen esa realidad, operando como una práctica teatral que recrea la realidad de manera simbólica.

Finalmente, según Páez (citado en Mora) (4) las representaciones sociales, como una forma de pensamiento natural, realizan varias funciones esenciales: priorizan, seleccionan y retienen hechos significativos del discurso ideológico en relación con la interacción del sujeto, descontextualizando ciertos aspectos; dividen estos aspectos en categorías simples, naturalizando y objetivando los conceptos del discurso ideológico del grupo; crean un modelo reducido o una teoría implícita y evaluativa del entorno a partir de dicho discurso; y reconstruyen y reproducen la realidad, dándole sentido y sirviendo como una guía operativa para la vida social, facilitando la resolución de problemas y conflictos.

D. Fuentes de las Representaciones Sociales

La experiencia acumulada por la humanidad a lo largo del tiempo es clave para la creación de las representaciones sociales. Esta experiencia se solidifica en la cultura y se expresa a través de tradiciones, normas, creencias y valores, representando la memoria colectiva. Los cambios en las condiciones de vida de una sociedad desencadenan transformaciones en las concepciones de los objetos sociales, lo que da lugar a procesos de comunicación colectiva que generan nuevas representaciones sociales.

El lenguaje, que transmite el acervo cultural, es fundamental en la formación de las representaciones sociales. Los medios de comunicación social y la comunicación interpersonal, particularmente las conversaciones diarias, juegan roles cruciales en la estructuración de estas representaciones. Durante las interacciones comunicativas se establece el "trasfondo comunicacional", que sirve como escenario permanente para las representaciones. Según Páez, las representaciones sociales surgen frente a objetos, procesos o hechos sociales que necesitan ser "normalizados" para ajustarse a algo conocido o para explicar lo que se percibe como negativo(9).

E. Estructura y contenidos de las Representaciones Sociales

Cada representación social constituye una unidad funcional estructurada, formada por opiniones, actitudes, creencias, informaciones y conocimientos. Aunque estos elementos puedan parecer similares a la representación misma, están contenidos de manera específica en su estructura, lo que la convierte en una formación más compleja y polifacética. Moscovici⁹ ha indicado que las representaciones se organizan en torno a tres ejes o dimensiones fundamentales.

La primera dimensión, la actitud, es la dimensión afectiva que proporciona dinamismo a la representación y guía el comportamiento hacia su objeto, generando reacciones emocionales de diversa intensidad. Los estudios muestran que, desde el punto de vista de la génesis, la actitud es casi siempre la primera dimensión de una representación y es esencial en la formación de cualquier representación.

La segunda dimensión, la información, se refiere a los conocimientos sobre el objeto de la representación, los cuales varían en cantidad y calidad según factores como la pertenencia a un grupo y la inserción social. La tercera dimensión, el campo de representación, sugiere un modelo y se refiere al orden y jerarquía de los contenidos representacionales, que se organizan en una estructura funcional determinada. Estas tres dimensiones permiten una comprensión más

amplia y compleja de los fenómenos sociales y sus implicaciones en la vida cotidiana de los individuos.

F. Mecanismos de formación de las Representaciones Sociales

Moscovici identificó dos procesos fundamentales e interdependientes en la formación de las Representaciones Sociales: la objetivación y el anclaje. La objetivación convierte elementos abstractos y conceptuales en imágenes y elementos icónicos, transformando lo abstracto en algo concreto y familiar a través de tres etapas: la construcción selectiva, que selecciona y descontextualiza elementos significativos; la esquematización estructurante, que organiza estos elementos en un núcleo figurativo coherente; y la naturalización, donde las imágenes y elementos adquieren existencia propia y se integran en categorías sociales del lenguaje.

El anclaje, por otro lado, incorpora la información recibida mediante la objetivación en nuestro sistema de pensamiento preexistente, permitiendo interpretar lo nuevo a través de marcos de referencia antiguos y reconstruir continuamente nuestra visión de la realidad. Estos procesos interrelacionados explican cómo las representaciones se forman y transforman de manera continua y contradictoria: lo nuevo se integra de forma creativa y autónoma, mientras que lo extraño se familiariza, incorporándose al plano de lo conocido bajo la influencia de la memoria histórica y las experiencias vividas. (11)

G. Estudios realizados en la actualidad.

La Teoría de las Representaciones Sociales fue presentada al ámbito académico en 1961 por Serge Moscovici. Aunque permaneció casi desapercibida durante varias décadas, a partir de los años 80 comenzó a generar un creciente interés, promoviendo tanto investigaciones teóricas como empíricas. Según Perera, la solidez y el crecimiento constante de los estudios sobre esta teoría han favorecido la realización de conferencias internacionales, comenzando en 1992 en Ravello, Italia, y continuando en

diversos lugares como Río de Janeiro, Aix-en-Provence, Ciudad de México, Montreal, Stirling y Caracas (11).

El número de participantes y presentaciones en estas conferencias ha aumentado considerablemente, reflejando el auge global de la teoría. Los materiales disponibles permiten organizar áreas temáticas clave: ciencia y conocimiento popular, salud y enfermedad, desarrollo humano, campo educativo, trabajo, participación y exclusión social, y cuestión comunitaria. Cada una de estas áreas explora aspectos específicos de las representaciones sociales, desde la divulgación del conocimiento científico hasta la representación del trabajo y la exclusión social.

Temas emergentes como los medioambientales, la guerra y el papel de internet también están ganando espacio en las investigaciones. El modelo de las Representaciones Sociales promueve el debate y su aplicación creativa para comprender nuestra realidad social, con el rigor científico necesario para actuar como agentes de cambio e intervención. Las investigaciones buscan el crecimiento y desarrollo humano en diversos campos, incluyendo las ciencias de la salud.

1.1.2 La Diabetes Mellitus Tipo 2

A. Concepto de diabetes

La diabetes es una enfermedad rodeada de mitos, malentendidos y verdades a medias. Muchas personas creen que solo afecta a los niños o que el único tratamiento son las inyecciones de insulina, pero estas creencias son incorrectas. La mayoría de las personas con diabetes tienen más de 40 años y no requieren inyecciones de insulina; en cambio, controlan la enfermedad mediante cambios en la dieta y ejercicio, y algunos toman medicación oral (11).

Además, muchos de nosotros sabemos vagamente que la diabetes está relacionada con el azúcar y nos preguntamos si es causada por comer muchos dulces. Esto es solo parcialmente cierto, ya que la diabetes es un trastorno complejo y misterioso caracterizado por niveles anormales de

azúcar en la sangre, pero no es causada por el consumo excesivo de caramelos.

Uno de los malentendidos más grandes es pensar que solo existe un tipo de diabetes. En realidad, hay dos tipos principales que afectan a diferentes grupos de personas y tienen patrones de síntomas y tratamientos muy distintos. Antes de entender las diferencias entre la diabetes insulino-dependiente y la no insulino-dependiente, es importante conocer más sobre la insulina, un factor común en ambos tipos de diabetes.

La diabetes es una enfermedad provocada por la incapacidad del cuerpo para producir insulina o utilizarla de manera eficiente. La insulina, una hormona que secreta el páncreas, se encarga de transportar la glucosa de la sangre a las células para ser usada como energía. Después de la digestión, los alimentos se convierten en glucosa, lo que eleva los niveles de azúcar en la sangre. El páncreas responde a este incremento secretando insulina desde las células beta, localizadas en los Islotes de Langerhans, disminuyendo así los niveles de glucosa en la sangre y llevándola a las células.

B. Glándula páncreas y diabetes

El origen de la endocrinología está íntimamente relacionado con el páncreas. En 1889, Von Mering y Minkowski descubrieron accidentalmente la primera forma experimental de diabetes. En 1902, Bayliss y Starling identificaron la primera sustancia hormonal, la secretina, a la que denominaron genéricamente como hormona. En 1921, Banting y Best describieron la insulina. Es interesante notar que Langerhans, quien falleció antes del descubrimiento de la diabetes experimental, describió células claras en el páncreas sin asociarlas con la diabetes ni con la insulina.

La diabetes es una disfunción exo-endocrina del páncreas, en la que la disminución de la función exocrina y algún grado de daño morfológico son hallazgos comunes. En algunos casos, la diabetes puede ser la primera manifestación detectable de una pancreatitis crónica. La

insuficiencia exocrina tiene importancia clínica en la diabetes mellitus, especialmente en casos con esteatorrea, que pueden requerir tratamiento. Mejorar la insuficiencia exocrina con enzimas pancreáticas puede optimizar el control de la diabetes, siendo esencial la colaboración entre gastroenterólogos y endocrinólogos para el diagnóstico temprano del cáncer de páncreas y otras enfermedades exocrinas (12).

C. Función de los Islotes de Langerhans en el páncreas

Los islotes pancreáticos, también denominados Islotes de Langerhans, son agrupaciones de células en el páncreas que generan hormonas esenciales para la descomposición y utilización de los alimentos en el organismo. Estos islotes incluyen varios tipos de células, entre ellas las células beta que producen insulina, crucial para el metabolismo de la glucosa. En un páncreas adulto hay aproximadamente un millón de islotes, aunque esta cifra puede oscilar entre 250,000 y 1,750,000. Cada islote tiene un diámetro aproximado de 150 micrómetros y son más numerosos en la cola del páncreas, aunque se encuentran distribuidos por todo el órgano.

Las células del páncreas, como las que producen insulina y glucagón, secretan estas hormonas en el torrente sanguíneo, ayudando a regular la concentración de glucosa en la sangre. Hay cuatro tipos de células en el páncreas: células beta (que producen insulina), células alfa (que producen glucagón), células delta (que producen somatostatina) y células PP o células F (que producen el polipéptido pancreático). Estos islotes, inicialmente descritos por el histólogo Paul Langerhans, están dispersos por todo el páncreas y son especialmente abundantes en su cola.

D. La disfunción del páncreas en la diabetes 1 y 2

D.1 Diabetes de causa autoinmune: diabetes tipo 1 y diabetes tipo LADA

En la diabetes tipo 1, las células beta del páncreas son destruidas, resultando en una ausencia total de insulina. Esta destrucción es causada por el propio sistema inmunológico del paciente. Generalmente, el sistema inmunológico protege al organismo de agresiones externas como virus y bacterias. Sin embargo, cuando el sistema inmunológico deja de reconocer ciertas células del propio cuerpo como propias y las percibe como agentes extraños o agresores, las ataca, provocando una enfermedad autoinmune. En el caso de la diabetes tipo 1, el sistema inmunológico ataca específicamente a las células beta del páncreas, produciendo anticuerpos que las destruyen mediante apoptosis o muerte celular, lo que conduce al desarrollo de esta forma de diabetes.

Cuando esta enfermedad autoinmune aparece en adultos (generalmente mayores de 30 años) y tiene un inicio menos abrupto o agresivo, se denomina diabetes autoinmune latente del adulto (LADA). En la diabetes de origen autoinmune, la destrucción de las células beta por parte de los anticuerpos persiste, lo que provoca una pérdida gradual de la capacidad del cuerpo para producir insulina, hasta alcanzar un estado de ausencia total de esta hormona (13).

D.2 Diabetes tipo 2

El desencadenante principal en el desarrollo de la diabetes tipo 2 es la resistencia a la insulina. Aunque al principio las células beta del páncreas producen insulina adecuadamente, esta no puede disminuir eficazmente los niveles de glucosa en la sangre en los músculos, el hígado o el tejido adiposo. Para compensar, las células beta incrementan la producción de insulina. A diferencia de la diabetes tipo 1, donde hay una deficiencia de insulina, en la diabetes tipo 2, las células beta deben aumentar la producción de insulina para lograr la misma reducción de glucosa en sangre.

La resistencia a la insulina está presente desde el inicio de la diabetes tipo 2 y está principalmente asociada con la obesidad abdominal. Este aumento en la producción de insulina representa una fase previa al desarrollo de la diabetes tipo 2, denominada prediabetes. En esta etapa, las células beta incrementan temporalmente su producción de insulina, pero con el tiempo su función se deteriora, lo que provoca un aumento en los niveles de glucosa en la sangre. El aumento de ácidos grasos en la sangre y la inflamación crónica relacionada con la obesidad también perjudican al páncreas, siendo tóxicos para las células beta.

Se considera que una persona ha desarrollado diabetes tipo 2 cuando la cantidad de células beta funcionales se ha reducido a la mitad. Mientras estas células beta funcionales permanezcan vivas, es posible controlar la diabetes con medicamentos orales. Sin embargo, a medida que el deterioro de las células beta progresa, se vuelve necesario iniciar el tratamiento con insulina. Modificaciones en el estilo de vida pueden evitar la progresión de la prediabetes a la diabetes tipo 2. Una vez establecida la diabetes tipo 2, una dieta adecuada, ejercicio y un buen control metabólico pueden ralentizar la destrucción progresiva de las células beta, retrasando la necesidad de tratamiento con insulina (14).

E. Los tipos de diabetes

Pasó algún tiempo antes de que los médicos comprendieran que no todos los pacientes diabéticos dependían de la insulina, es decir, no todos necesitaban inyecciones regulares de insulina para vivir y funcionar adecuadamente. En realidad, la mayoría de los pacientes no requerían insulina: aunque su insulina no funcionaba de manera óptima, su páncreas continuaba produciéndola. Como se mencionó anteriormente, existen dos tipos de diabetes: la diabetes insulino-dependiente (también conocida como tipo 1 o diabetes juvenil) y la diabetes no insulino-dependiente (tipo 2 o diabetes del adulto).

E.1 Diabetes insulina dependiente (DMID)

Esta forma de diabetes es menos común y afecta aproximadamente al 15% de la población diabética. La incidencia de este tipo de diabetes está aumentando lentamente, posiblemente debido a un factor ambiental aún no comprendido, y se desarrolla rápidamente, generalmente en la niñez o en adultos jóvenes menores de 30 años. Afecta a uno de cada 1,000 niños menores de 15 años y resulta de la incapacidad total del organismo para producir insulina.

Aunque no siempre se conoce la causa exacta, se cree que es un trastorno autoinmune hereditario, probablemente desencadenado por una infección viral, en el cual el organismo ataca sus propios tejidos, en este caso, las células beta del páncreas que producen insulina. Parece que una proteína específica está implicada en desencadenar esta respuesta autoinmune. Un equipo de investigadores en Australia desarrolló recientemente un sencillo "inmunoanálisis" para detectar esta sustancia en niños con riesgo hereditario de desarrollar DMID. En la actualidad, la insulina debe ser inyectada diariamente porque el cuerpo no puede producirla por sí mismo; de lo contrario, la persona podría morir. Los síntomas de la diabetes insulina dependiente incluyen: (14):

- Micción excesiva (orinar mucho).
- Sed anormal y o hambre
- Rápida pérdida de peso.
- Fatiga, mareo, irritabilidad.
- Vómito nausea, dolor abdominal.
- Calambres musculares.
- Pérdida del estado de alerta (coma)

E.2 Diabetes NO insulina dependiente (DMNID)

La mayoría de las personas con diabetes, aproximadamente el 85%, padecen este tipo de diabetes. Las personas con diabetes no insulina dependiente (DMNID) tienden a ser diagnosticadas tardíamente, aunque la predisposición genética esté presente desde el nacimiento. El páncreas

continúa produciendo insulina, pero el organismo va disminuyendo su sensibilidad a esta hormona con el paso de los años. Esto significa que la insulina no puede cumplir su función adecuadamente, lo que provoca niveles elevados de azúcar en la sangre. El exceso de peso desempeña un papel importante en la disminución de la sensibilidad del organismo a la insulina. Por esta razón, se aconseja a las personas con DMNID alcanzar su peso ideal, ya que a veces esto es lo único necesario como tratamiento. A los diabéticos insulino-dependientes también se les recomienda perder peso y controlar su dieta, pero esta acción no restaurará la producción de insulina, por lo que tendrán que inyectársela de por vida (14).

Los síntomas de Diabetes No Insulina Dependiente son:

- Micción excesiva (orinar mucho)
- Sed y/o hambre anormal
- Cansancio, mareos
- Irritabilidad
- Picazón en la piel o en los genitales
- Infecciones en la piel
- Visión borrosa
- Pies entumecidos
- Calambres musculares
- Cortes y heridas que tardan en cicatrizar

La diabetes no insulina dependiente puede afectar a cualquier persona en cualquier momento, pero ciertos grupos tienen un mayor riesgo: personas con sobrepeso, mayores de 40 años, aquellos con antecedentes familiares de diabetes y mujeres que han tenido bebés muy grandes.

La predisposición a desarrollar este tipo de diabetes es predominantemente hereditaria. Aunque puede parecer menos grave que la diabetes insulina dependiente, las complicaciones pueden ser severas si no se controla adecuadamente.

1.1.3 El nuevo enfoque de diabetes Tipo 3: la diabetes neurológica

Nos sentimos sumamente complacidos de considerar en la presente investigación de tesis de doctorado, los trabajos de un peruano que da nuevas perspectivas al conocimiento de la diabetes, teoría que interesa sobremanera a los profesionales psicólogos, y la que se comparte en esta oportunidad, ya que es el trasfondo de mi tesis y que la enlazamos con mi posición de las Representaciones Sociales en la Diabetes Mellitus Tipo 2.

Alejandro Sacha Barrio Healey presentó en 2018 un estudio en la Universidad Nacional Agraria La Molina del Perú sobre "Medicina Complementaria" en Inglaterra. Obtuvo una beca del gobierno chino para realizar estudios de posgrado en Medicina Herbolaria en la Universidad de Medicina Tradicional China de Nanjing. Su contribución al conocimiento de la diabetes es notable. En su libro, sostiene que las células del cuerpo utilizan tres tipos de combustible: proteína, grasa y carbohidrato. El cerebro solo puede utilizar carbohidratos en forma de glucosa, mientras que otros tejidos pueden convertir glucosa, grasa o proteína en energía. Las neuronas dependen exclusivamente de la glucosa, la cual es esencial para desarrollar la inteligencia. Por ejemplo, un buen desayuno puede mejorar el rendimiento en un examen de coeficiente intelectual (15).

El cerebro, a pesar de tener solo, el 2% de peso del cuerpo, consume el 20 o 30 por ciento de sus calorías. Es decir, se constituye en la principal esponja fisiológica que absorbe la glucosa de la sangre. También se observa que otros tejidos tienen la capacidad de almacenar energías, puesto que las neuronas no fueron dotadas de depósitos de reservas importantes; así se les cortara el suministro de glucosa durante diez minutos, se extinguiría la operación del sistema cerebral. De allí de que de todas las sustancias que nutren al cerebro, la glucosa y el oxígeno, le son críticamente indispensables.

La glucosa se comporta como un aliciente para desarrollar las capacidades mentales y también para mejorar el estado de ánimo. Entre sus virtudes está la de fortalecer la memoria, la concentración y las habilidades de aprendizaje. Estas decaen cuando hay deficiencia de carburante para las funciones intelectuales.

Para asegurar el óptimo funcionamiento y la preservación de la integridad funcional del cerebro, así como para el bienestar mental y emocional, es esencial mantener los niveles de glucosa en un rango intermedio, evitando tanto los niveles bajos como los altos. En la era moderna, la balanza se inclina hacia los niveles excesivamente altos, y en ese rango, la glucosa resulta hostil al cerebro. No podemos vivir sin glucosa, pero su consumo en exceso es contraproducente, pues mutila y daña las células nerviosas, lo que trae consigo enfermedades neurodegenerativas.

La glucosa y el oxígeno forman el hilo de vida del que depende la subsistencia de las células nerviosas. Pero en exceso la glucosa puede resultar toxica. Por lo tanto, adquirir la habilidad de controlar el nivel de azúcar en la sangre nos otorga un gran poder sobre el bienestar emocional e intelectual del cerebro.

La glucosa potencia la capacidad cerebral, como lo evidencia la ciencia moderna. Sin embargo, en tiempos modernos tenemos niveles crónicamente altos de glucosa e insulina en la sangre. El exceso de ambas puede ocasionar una degradación de la capacidad cerebral, mutilación de neuronas y disminución de la memoria. El exceso de ambas puede ocasionar una degradación de la capacidad cerebral, mutilación de neuronas y disminución de la memoria. Un nivel elevado de insulina está relacionado con envejecimiento acelerado, y como factor aislado, es el más implicado en el descuento de la longevidad. Por otro lado, la glucosa crea resistencia insulínica a nivel cerebral, una nueva forma de diabetes que se ha llamado diabetes Tipo 3, relacionada con enfermedades neurodegenerativas. También la glucosa deteriora los llamados vasonervorum, que son los capilares que irrigan sangre al tejido nervioso, originando la neuropatía diabética.

Mucha atención se le ha dado a la neuropatía diabética, que es el deterioro del tejido nervioso periférico. Es común ver a pacientes diabéticos que padecen de dolores severos en las extremidades inferiores, tanto así que no resisten el roce de la vestimenta sobre la piel. Debido a que la neuropatía diabética es sumamente dolorosa, recibe considerable atención en los medios. Pero hay otras consecuencias silenciosas, como el deterioro de los nervios del cerebro y el consecuente desgaste de las facultades mentales.

Las complicaciones neurológicas relacionadas con el azúcar no están limitadas al círculo de la diabetes. También abarcan a personas prediabéticas o con resistencia insulínica, a enfermos de Alzheimer e incluso a personas sin diagnóstico alguno.

No es necesario tener diabetes para manifestar desgaste de la capacidad cerebral. Las personas con niveles altos de insulina, lo que equivale a niveles altos de glucosa en la sangre, tienen un pobre resultado en pruebas de inteligencia. Se calcula que niveles altos de insulina interfieren con la actividad sináptica de los nervios e impide la transmisión de mensajes nerviosos.

Hoy se sabe que los niveles altos de glucosa e insulina en la sangre promueve la demencia senil; por otra parte, las autopsias evidencian que los diabéticos presentan mayor arterioesclerosis en los capilares del cerebro.

A. La diabetes neurológica

Recientemente se viene hablando de un nuevo tipo de diabetes, llamado diabetes Tipo 3. Esta variante vincula la resistencia insulínica y la neurodegeneración. El Alzheimer es un ejemplo de diabetes cerebral. Se han realizado muchas investigaciones sobre la conexión entre neurodegeneración y la disponibilidad de glucosa. En otras palabras, las neuronas con hambre se deterioran y perecen cuando no pueden obtener glucosa. Hay varias evidencias que apoyan esta teoría; por ejemplo, el cerebro del diabético envejece prematuramente o un cerebro de paciente diabético puede ser histológicamente hasta diez años más viejo que un cerebro de otra persona no diabética que tiene la misma edad. Otra evidencia es que las personas con diabetes tienen mayor riesgo a contraer enfermedades neurodegenerativas como Parkinson o Alzheimer. Los pacientes diabéticos tienen un 150% de mayor riesgo de contraer Alzheimer y demencia senil (16).

Otro ejemplo de neurodegeneración creada por la glucosa y la insulina es la enfermedad de Parkinson. En estos pacientes hasta un 80% de casos presenta disfunciones en el metabolismo de glucosa. Del mismo

modo, pacientes diagnosticados con diabetes tienen el 83% mayor probabilidad de contraer Parkinson más tarde en la vida.

Los cambios fisiológicos en el cuerpo que conducen a la diabetes y al Alzheimer ocurren mucho antes que cualquiera de estas dos enfermedades se declare. En la sociedad abundan problemas el metabolismo de la glucosa. La diabetes puede demorar unos diez a veinte años hasta establecerse. Y una enfermedad neurológica tardara de diez a veinte años más hasta establecerse.

El Dr. Sacha Barrio Healey afirma: La insulina es la llave que abre la puerta para que la glucosa entre en la membrana celular. Si los receptores en las membranas son dañados, inflamados, la puerta se cierra, la glucosa se queda en el torrente sanguíneo, la glucosa es elevada en la sangre y las células no pueden producir energía. Antes que se manifieste y declare la diabetes, por lo general hay una condición llamada resistencia insulínica. Es decir, las células resisten la insulina, pero en realidad lo que resisten es años de todo género de alimentos chatarra (16).

En el Alzheimer los receptores de insulina en las neuronas del cerebro disminuyen notablemente. Conforme avanza la enfermedad, la deficiencia de insulina avanza progresivamente, lo cual señala que el proceso de neurodegeneración incrementa, a medida que la disponibilidad de glucosa se ve afectada. La raíz causal de la prediabetes, la diabetes y el Alzheimer es la resistencia insulínica (16).

B. El origen de la diabetes emotiva

Expresemos que: la preocupación, la racionalidad desmedida y la angustia agotan el páncreas (17).

Los signos psicoemocionales del aspecto emocional y mental del bazo – páncreas son los pensamientos obsesivos, preocupación, problemas digestivos como anorexia y bulimia, inhabilidad a pensar con coherencia, pensamientos confusos, y el excesivo cuidado a los demás, inapropiada ocupación en asuntos ajenos, para así evitar tomar responsabilidad propia y crecimiento individual.

La proteína es el nutriente que edifica al cuerpo muscular y de ella depende nuestra capacidad de movimiento y nuestra fuerza de voluntad.

Entonces podemos concluir en los puntos siguientes:

- Un exceso o deficiencia de carbohidratos afecta el cerebro y la razón.
- Un exceso o deficiencia de proteína afecta la musculatura y la voluntad.
- Un exceso o deficiencia de grasa afecta al corazón y el ánimo.

En el “micro cosmos de la anatomía humana” nuestro plexo solar es el centro emocional, este contiene un plexo de nervios que se consideran como el cerebro emocional. Los órganos que gobiernan el plexo solar son el páncreas, el bazo y el estómago. Estos órganos nos instruyen a permanecer en el centro de las emociones y no en la periferia... Cuando esto no se consigue, el bazo-páncreas se perturba, pierde su eje funcional, pierde la paz y la armonía, y le acosan problemas digestivos y metabólicos, entre ellos la diabetes.

Tengamos presente que la ansiedad de vivir anulado y reducido altera su metabolismo y entre estos la regulación del azúcar en la sangre.

Entonces, se concluye que de generación en generación se da el desempoderamiento del hombre, el severo desorden del abuelo, lo repite el hijo y después el nieto, y luego resignados juzgan su diabetes familiar como una enfermedad de origen genético. La gula, el vicio y la imprudencia en la alimentación también pueden trasladarse de una generación a otra. En general, y hablando con exactitud biológica, las enfermedades propiamente genéticas no ocupan más del 2% de los casos.

1.1.4 Complicaciones de la diabetes

Tanto con la Diabetes Insulina Dependiente, como con la No Dependiente, un inadecuado control de los niveles de glucosa en la sangre puede causar severos daños a muchas partes del organismo. Esto podría ocasionar complicaciones desagradables y mortales a corto y a largo plazos. El riesgo de tales

complicaciones aumenta con la duración de la enfermedad. Pueden ser muy insidiosos y dar pocas señales o ninguna, hasta que ya están muy avanzadas. Por esta razón, se exhorta a los diabéticos a monitorear y regular sus niveles de glucosa en la sangre, como también a someterse a exámenes periódicos y, en general, a vigilarse cuidadosamente.

Desarrollamos las complicaciones más importantes, tales como:

A. La hiperglicemia

Como ya hemos visto, los niveles de glucosa aumentan si el propio suministro de insulina del organismo cesa o se vuelve menos efectivo. A esta condición se le denomina hiperglucemia. Produce una variedad de síntomas diabéticos y susceptibilidad a infecciones. La palabra viene del griego y literalmente significa “demasiada azúcar en la sangre”.

B. La cetoacidosis

Si no se trata la hiperglicemia y los niveles de glucosa aumentan alto, puede producirse una condición muy seria llamada cetoacidosis. Esto, únicamente, ocurre en la Diabetes Insulina Dependiente. Si los niveles de glucosa en la sangre permanecen altos y no hay suficiente insulina para controvertirlos en energía para las células, el hambriento organismo quemará sus propias reservas de grasa para tener combustible. Este proceso lo produce unos químicos llamados “cetonas”, las cuales son tóxicas en concentraciones altas y su concentración puede detectarse en la orina. El diabético se envenena con esas cetonas y puede, en un extremo, caer en estado de coma, sino recibiera tratamiento médico, moriría.

Los síntomas de cetoacidosis son:

- Sed y micciones anormales
- Algodoncillos e infecciones en la piel
- Aliento frutal o a vino
- Respiraciones rápidas y superficiales
- Cansancio y mareo
- Piel ardiente

- Visión borrosa
- Alteración en el estado de alerta, hasta el estado de coma
- Náusea, vómito y dolor abdominal.

La cetoacidosis es una urgencia médica y las personas que experimentan estos síntomas deben ir al médico inmediatamente.

C. Daño a los vasos sanguíneos

Los niveles altos de glucosa en la sangre pueden dañar los vasos sanguíneos. El daño a los pequeños vasos se llama daño microvascular, y es el responsable de problemas como la retinopatía (cuando los vasos capilares de la retina del ojo se rompen, derraman sangre y afectan la visión), neuropatía (daño al nervio) y lesión renal (daño a los riñones).

El daño a los vasos sanguíneos grandes se llama lesión macrovascular y contribuye a propiciar enfermedades cardíacas, problemas cardiovasculares como embolias y enfermedad periférica vascular (rompimiento y bloqueo de los vasos sanguíneos que suministran sangre a las extremidades).

Algunas de las lesiones vasculares pueden tratarse con cirugía. El favor más grande que el paciente puede hacerse es dejar de fumar. El cigarro daña los vasos sanguíneos y el corazón aumentando los riesgos ya existentes de la gente que padece diabetes. Otros factores de riesgo conocidos para las lesiones macrovasculares son una hipertensión (presión sanguínea alta) no controlada y altos niveles de colesterol y triglicéridos.

Es importante conocer detalles de algunos tipos de lesión vascular y los problemas que se asocian.

D. Enfermedades del corazón

Las enfermedades del corazón son la causa más común de muerte entre la población general. Pero las personas con diabetes corren dos veces el riesgo de enfermarse del corazón y las mujeres diabéticas, cuatro veces más, comparados con el resto de la población. De hecho, tener un ataque

cardiaco puede ser el primer síntoma de una Diabetes Insulina Dependiente no diagnosticada.

Y las personas diabéticas corren de dos a seis veces el riesgo de embolia.

Estos riesgos pueden reducirse con dieta, ejercicios y manteniendo una cuidadosa revisión de presión sanguínea, los niveles de glucosa en la sangre, los niveles de colesterol y triglicéridos.

E. Neuropatía

Como se ha visto, los niveles de glucosa dañan los nervios de varias partes del organismo. Esto puede tener terribles consecuencias. Por ejemplo, pérdida de la sensación en los pies, impotencia, incontinencia de la vejiga y los intestinos, y otros problemas. La pérdida de la sensación en los pies, sino es advertida puede ocasionar úlceras y otros daños (domo quemaduras causadas por el pie frío muy cerca de un calentador sin darse cuenta ¿qué calor tiene cerca?). Tal lesión, combinada con problemas en los vasos sanguíneos, puede, en casos extremos, ocasionar gangrena y terminar en amputación. Por este motivo, el cuidado de los pies es vital para los diabéticos.

F. Retinopatía y otros problemas de la vista

La diabetes es la principal causa de problemas en la vista en los adultos. Por tal razón se les pide a los diabéticos que su oftalmólogo les revise los ojos frecuentemente, para descubrir problemas oculares en las primeras etapas. Tales problemas son:

- **Visión borrosa transitoria.-** Es un estado de visión que puede fluctuar con el cambio de niveles de azúcar en la sangre. Mejora unas semanas después de que dichos niveles se han estabilizado. Es importante no mandarse a hacer lentes antes de que se haya notado la mejoría, porque la graduación que se necesitaría no será la adecuada hasta seis semanas después, cuando el tratamiento ha surtido efecto.

- **Retinopatía.-** Es el resultado de la lesión a los pequeños vasos sanguíneos de la retina, la capa sensible a la luz atrás del ojo. Estos vasos pequeños pueden reventarse y, con el tiempo, ocasionar daños severos, inclusive ceguera. Afortunadamente con la nueva terapia de láser que sella el vaso dañado con un tipo especial de luz, es muy efectivo el tratar la retinopatía y prevenir la ceguera.
- **Cataratas.-** Es otro trastorno que amenaza al ojo (ocurre cuando las lentes del ojo se opacan. Los diabéticos corren más riesgo de tener esta condición. Las cataratas pueden ser eliminadas quirúrgicamente.

G. La lesión renal

La diabetes puede dañar los pequeños vasos de los riñones y esto puede ocasionar una insuficiencia renal. La gente con diabetes corre el riesgo de algún grado de daño en los riñones. Si los riñones dejan de funcionar (una enfermedad muy seria y potencialmente mortal llamada Insuficiencia Renal Terminal), el paciente necesitará diálisis o trasplante de riñón. Por tal motivo es importante analizar la orina para detectar síntomas tempranos de problemas renales. El riesgo de tener trastornos renales puede reducirse teniendo un control cuidadoso de la presión sanguínea.

H. La hipoglucemia

Algunas veces, las personas con Diabetes Insulina Dependiente pueden encontrar que sus niveles de azúcar bajan muy rápidamente. Esto puede suceder si por accidente se han inyectado demasiada insulina, si esperaron mucho para comer después de haberse inyectado, si han hecho mucho ejercicio o han abusado del alcohol. Cuando los niveles de azúcar bajan bastante, se dice que hay hipoglucemia (algunas veces llamada “choque insulínico”).

La hipoglucemia es muy seria, si el enfermo está confuso o más allá de la capacidad de cuidarse.

H.1 Síntomas de la hipoglucemia

Los síntomas de hipoglucemia son:

- palidez y frialdad en la piel
- sensación de ansiedad y mareo
- temblor de manos y pies
- confusión
- mal humor
- dolor de cabeza
- inconsciencia
- ataques.

H.2 Control de la hipoglucemia

El tratamiento es muy simple, esto consistiría en comer azúcar inmediatamente. Mucha gente piensa que los diabéticos nunca deben tomar alimentos dulces, pero una de las primeras medidas de primeros auxilios para los diabéticos es darles azúcar, media docena de gomitas o cualquier dulce suave, media botella de refresco (pero no le administre dieta), jugo de naranja, leche, o aún mermelada o leche condensada. Es mejor no darles caramelos duros porque alguien con hipoglucemia puede no ser capaz de mastocarlos y ahogarse.

H.3 Recuperarse de la hipoglucemia

La persona con hipoglucemia debe recuperarse de 10 a 15 minutos, luego de haber tomado el azúcar. Después de tomar algún alimento o al menos, algo con carbohidratos (bizcocho o un sándwich) para estabilizar el nivel de azúcar.

Si la hipoglucemia no responde a la azúcar dentro de los 10 minutos de espera, un miembro de la familia debe saber inyectar glucagón (un preparado hormonal disponible), si se tiene a la mano. Si no lo tienen o sin tampoco responde al glucagón, llame a una ambulancia, no trate de dar (que...) oralmente a una persona inconsciente o con ataques. Gire de lado a la persona inconsciente mientras espera la ambulancia.

H.4 Estar alerta

Debido a que la confusión es parte de la hipoglucemia (el cerebro no funciona adecuadamente porque está hambriento de glucosa), la persona con hipoglucemia no siempre responde de inmediato, o no responde a la situación. Pueden parecer que están ebrios. Este puede ser un problema especial porque beber alcohol puede acarrear una hipoglucemia y los compañeros de parranda quizás no noten nada distinto de un estado común de ebriedad.

H.5 A quién avisar

Si la persona tiene repetidos ataques de hipoglucemia, escriba todas las circunstancias que dieron origen al episodio: la hora, el tiempo que transcurrió luego de habersele inyectado insulina (si es el caso), ¿Cuándo fue el último ataque?, ¿Cuánto tiempo duró?, y estas informaciones deben dársele a su médico. Finalmente, considerar que su dieta y su régimen de medicación pueden necesitar ajustes.

1.1.5 Implicancias psicológicas de la diabetes

A. El control de los sentimientos y emociones

El primer paso para saber vivir con la diabetes no consiste en adoptar una dieta ni tomar medicamentos. No se trata de insulina ni de encontrar el mejor médico endocrinólogo. El primer paso para cuidarse de la diabetes es controlar sus propios sentimientos y emociones. La diabetes es una enfermedad grave y crónica, y el diagnóstico es algo que muchas veces produce miedo. Se suele pensar inmediatamente en las inyecciones y en la eliminación de ciertos alimentos o en el hecho de ser diferentes, puesto que se puede llegar a requerir una amputación o de perder la vista, o de morir joven. No hay forma de evitarlo. Saber que se tiene diabetes es más que recibir malas noticias. Cuando se reciben malas noticias es normal que se produzca una serie de respuestas típicas:

- Incredulidad (“Imposible, ¡Esto no me puede estar pasando a mí!”)
- Negación (“El médico se equivoca. Estoy muy bien”)

- Tristeza (“Me hace falta comer y beber lo que deseo y echo de menos mi vida. Nada volverá a ser lo mismo”)
- Ira (“¡No es justo! ¡Todo esto es culpa suya!”)
- Tratar de negociar (“Prometo que me portaré mejor, me cuidaré, Dios mío, simplemente, quítame esta enfermedad”)

B. Razones para no consumir azúcar

Esta comunicación que hacemos se debe a la observación empírica y ofrecen la ventaja de poder comprobarse y realizarse, fácilmente, abren nuevas e insospechadas vías terapéuticas. Junto con los resultados del estudio de las vitaminas, permiten afirmar que el azúcar influye en el desarrollo y la evolución de muchas enfermedades.

Debe cambiar la alimentación de las personas, sobre todo, el de las dietas gastrointestinales que producen numerosas enfermedades. En muchas de ellas hay que renunciar por completo al consumo de carbohidratos refinados, en especial, a los diversos tipos de azúcar industrial.

Los trastornos y las enfermedades crónicas ya existentes son irreparables y, debido a la falta de información objetiva, corren a cargo de la sociedad, es decir, de cada uno de los ciudadanos que padecen de Diabetes Mellitus.

Seguidamente, citamos las numerosas enfermedades que ocasiona el consumo de azúcar industrial, mencionadas por los doctores Max O. Bruker y Nancy Appleton, en su libro ¡AZUCAR! Todo sobre el azúcar. Estas consecuencias y enfermedades derivadas del consumo de azúcar son:

En primer lugar, el consumo excesivo de azúcar tiene numerosos efectos negativos en la salud. Entre sus principales consecuencias se incluyen el debilitamiento del sistema inmunitario, la alteración del equilibrio de minerales en el organismo y el incremento significativo de los triglicéridos y la obesidad. Además, el azúcar puede causar un rápido aumento de los niveles de glucosa y la producción de insulina, lo que

puede conducir a la diabetes y a una disminución de la sensibilidad a la insulina. También está relacionado con la acidez en el tracto digestivo, deficiencias de cromo y cobre, y la interferencia con la absorción de calcio y magnesio, contribuyendo a condiciones como osteoporosis, cálculos renales y enfermedades cardíacas.

Asimismo, el azúcar puede causar hiperactividad, ansiedad y déficit de concentración en los niños, junto con otras condiciones graves como cáncer, problemas cardíacos, hipertensión y envejecimiento prematuro. La relación con enfermedades como el síndrome metabólico, la enfermedad periodontal y la degeneración macular también es significativa. En el ámbito mental, el azúcar puede agravar síntomas de esquizofrenia, depresión y problemas de aprendizaje en niños. Además, el consumo excesivo de azúcar puede deshidratar a los recién nacidos, contribuir a la pérdida de memoria inmediata y aumentar el riesgo de diversos tipos de cáncer, como el de mama, próstata y estómago, entre otros.

Finalmente, el azúcar puede inducir a la retención de sal y agua, contribuir a la pérdida de la memoria inmediata y desempeñar un papel en la aparición del acné. Afecta negativamente el rendimiento escolar en niños, provoca fatiga, mal humor, nerviosismo y depresión. El consumo elevado de fructosa se ha vinculado a enfermedades hepáticas y el exceso de azúcar puede afectar la vida sexual, producir apatía y aumentar el apetito por todos los alimentos, siendo una opción común entre las personas obesas. Una pobre asimilación de nutrientes esenciales también está asociada con el aumento del consumo de azúcar, lo que subraya la importancia de moderar su ingesta para mantener una buena salud.

C. La insuficiente formación de los médicos

Cuando un enfermo acude a un médico, lo primero que hace es hablarle de sus dolencias y problema. Luego quiere que el médico le diga de donde le vienen sus males. Cuando le preguntan por la causa, el médico suele explicar que las dolencias descritas por el enfermo se deben a una serie de trastornos circulatorios -a una presión sanguínea demasiado baja

o demasiada elevada-, a los nervios, al hígado, a las glándulas o al corazón. Es decir, el médico habla de causas que no son más que síntomas, pues los trastornos circulatorios y las disfunciones de los órganos internos no son la causa de la enfermedad, sino un defecto derivado de ella. La consecuencia de que en la universidad no se expliquen las causas auténticas de la enfermedad es que en la consulta del médico se suele tratar los síntomas, mientras que no se hace nada para eliminar las verdaderas causas de la enfermedad.

En la medicina oficial se utiliza principalmente un tratamiento para aliviar los síntomas, en lugar de un tratamiento curativo que incida sobre las causas.

Todas las enfermedades tienen una causa. Según sus causas se pueden dividir todas las enfermedades en tres grandes grupos:

- Enfermedades originadas por la alimentación de la civilización.
- Enfermedades de origen vital.
- Enfermedades originadas por el entorno.

Las enfermedades de origen vital son todas las alteraciones cuya causa se encuentra en las circunstancias vitales de la persona. Aquí juegan un papel importante las relaciones interpersonales que, a su vez, están en función de la educación de la persona y de la concepción del mundo que resulta de ella.

Si el médico no encuentra remedio a las enfermedades de origen vital, suele transferir al paciente a un especialista, es decir, a un psicoterapeuta. A menudo, esto tampoco supone una salida.

El conocimiento de las enfermedades originadas por la alimentación de la civilización y la transmisión de ese conocimiento son más pobres. Durante decenios, ni siquiera se ha considerado que este tipo de enfermedades tuvieran un origen alimenticio.

En las numerosas enfermedades causadas por la alimentación de la civilización, el consumo de carbohidratos refinados (harina blanca,

azúcar industrial) juega un papel importante. El azúcar puro es quizá el factor más importante.

D. Enfermedades y alimentación

Las enfermedades que tienen su origen probado en la alimentación son las siguientes:

- El deterioro de la dentadura, la caries, la piorrea, las malformaciones dentales. Estas últimas son consecuencia de los malos hábitos alimenticios de la generación anterior.
- Las enfermedades del aparato motor, las enfermedades reumáticas, la osteoartritis, y la artritis, las lesiones en la médula espinal y las hernias de disco.
- Todas las enfermedades metabólicas, como la obesidad, la diabetes, los trastornos hepáticos, los cálculos biliares y renales y la gota.
- La mayoría de las enfermedades de los órganos digestivos, como el estreñimiento, las enfermedades del hígado, de la vesícula biliar, del páncreas, de los intestinos grueso y delgado y los trastornos digestivos y enzimáticos.
- Las enfermedades de las arterias, como la arteriosclerosis, el infarto de miocardio, la apoplejía y la trombosis.
- Las defensas deficientes contra infecciones que se manifiestan reiteradamente, como catarros e inflamaciones de las vías respiratorias, resfriados, pielitis y cistitis.
- La mayoría de las alergias.
- Algunas enfermedades orgánicas del sistema nervioso.
- El desarrollo de un cáncer también se debe en cierta medida a los malos hábitos alimenticios.

Se ha descubierto que las personas afectadas por las enfermedades de origen vital deberían cambiar sus hábitos alimentarios, pues CREEN que, al experimentar una mejoría, el enfermo será más sensible a los demás problemas vitales que pueda tener.

Resulta cierto que, en la universidad, los futuros médicos no reciben una formación sobre las relaciones entre la alimentación y las enfermedades. Esto parece increíble, pero es absolutamente cierto.

Me gustaría decirles a los pacientes diabéticos que “no se fíen de ningún médico, ya que deben analizar sus respuestas y recetas de forma crítica. Desháganse del respeto por la bata o el saco blanco con que los que han sido educados”. La sensación de seres todopoderosos, que algunos médicos muestran ante sus pacientes diabéticos, no es la más indicada. El médico debería examinar al paciente como una unidad bio, psico, social y debería tener en cuenta las causas que han dado lugar a la enfermedad.

Espero que esta crítica pueda ayudar tanto al médico como al paciente, y que se transforme en mediador entre ambos. Y deseo también que ayude para que el médico que practique tratamientos ultrarrápidos, es decir, vuelva a ser un auténtico médico, uno que realmente trate al paciente, que le encamine en la dirección correcta. Por mi experiencia propia digo que incluso debería pensar en la posibilidad de volver a empezar con una consulta más inicial. De esta forma evitarle muchos problemas, se sentiría más realizado y -si es buen médico- llegará a ganar bastante dinero. El paciente paga gustosamente lo que le cobran -que como es natural, no debe ser exagerado- cuando se le ayuda realmente con el tratamiento.

Para las personas con diabetes, los tipos de alcohol más recomendables son aquellos con bajo contenido de azúcar o carbohidratos, como las cervezas ligeras, los vinos tintos y blancos, los licores destilados y los cócteles bajos en carbohidratos, evitando siempre el uso de jugos o jarabes azucarados. Consumir pisco o whisky puede aumentar el riesgo de hipoglucemia, especialmente si la diabetes se controla con dieta y ejercicio, o si se toma insulina o medicamentos que estimulan la producción de insulina. Beber alcohol mientras se toma metformina incrementa el riesgo de desarrollar acidosis láctica y puede reducir los niveles de azúcar en sangre. Los hombres diabéticos no deben consumir más de dos porciones de alcohol al día, donde una porción equivale a 12

onzas de cerveza o 5 onzas de vino. Los niveles normales de azúcar en sangre para una persona con diabetes deben estar entre 80 y 130 mg/dl antes de comer y menos de 180 mg/dl dos horas después de comenzar a comer.

E. Importancia del ejercicio para el diabético

El paciente debe conocer la importancia del ejercicio moderado y constante. Al hacer trabajar más a los pulmones y al corazón, se aumenta la condición física en general y le hace sentir y verse bien. También es muy útil para aliviar la tensión. Sin embargo, el ejercicio tiene beneficios especiales para los diabéticos, ya que les ayuda a adelgazar, factor importante para controlar la Diabetes Insulina Dependiente. También aumenta la circulación y combate el estrechamiento de los vasos sanguíneos que contribuye a complicaciones diabéticas.

La falta de ejercicio cada vez se considera más y más como un factor desencadenante para la Diabetes No Insulina Dependiente. Se piensa que nuestro estilo de vida sedentario es un factor clave en la moderna epidemia de este tipo de enfermedad. El ejercicio constante aumenta la respuesta del organismo a su propia insulina, permitiéndole funcionar eficazmente. No es solo un tratamiento para la Diabetes No Insulina Dependiente. El ejercicio, en sí mismo, podría ser una auténtica medida preventiva para que no se desarrolle la enfermedad.

F. Importancia del trabajo de prevención

El diabético no está condenado a padecer todas o algunas de las complicaciones mencionadas hasta esta parte. En cualquier caso, la severidad puede disminuirse mediante los pasos preventivos siguientes:

- Evitar estar pasado de peso.
- Aferrarse a un plan alimentario prudente.
- Hacer ejercicio regularmente
- No fumar.
- Revisar sus propios niveles de glucosa (usar glucómetro)

- Tratar la hipertensión (si la tiene) y los altos niveles grasos en la sangre.

El control exitoso se representa algunas veces como los tres lados de un triángulo: la dieta y ejercicio, forman los dos lados y la medicación (no frecuente), completa el tercer lado. La alimentación hace que los niveles de glucosa aumenten y la insulina los hace caer. Igualmente, el ejercicio. Por eso, la clave del control del nivel de glucosa es alcanzar un balance adecuado entre la ingestión de comida, la actividad y la medicación.

Las personas con diabetes no insulina no dependiente pueden ser capaces de controlar sus niveles de azúcar en la sangre solo con dieta y ejercicio, sin tener necesariamente que medicarse (con pastillas, no con insulina). Los Diabéticos Insulina Dependientes deben inyectarse insulina, pero la dieta y el ejercicio siguen jugando un papel importante en su plan de acondicionamiento físico.

Recordemos siempre, estos son los tres aspectos clave del control: alimentación, ejercicio y medicación.

1.1.6 Los problemas implicados en la diabetes: la pandemia covid 19

A. El diabético como Grupo de Riesgo frente al COVID – 19 (2019)

Los seres humanos somos una especie social que ha evolucionado para vivir en grandes grupos. El sistema unitario de conducta adaptó nuestras interacciones para reducir la propagación de enfermedades, llevando a una forma de distanciamiento social intuitivo. El sistema inmunológico de conducta humana actúa bajo la lógica de "más vale prevenir que curar", permitiéndonos modificar nuestras creencias. La influencia de este sistema varía entre individuos, con algunos que lo ignoran. Programas de radio y televisión, junto con redes sociales, bombardean información sobre muertes y estadísticas del coronavirus, provocando ansiedad y afectando nuestra salud mental.

El constante sentimiento de amenaza influye en nuestra psicología, llevándonos a ser más conformistas y menos receptivos a la excentricidad. Juicios morales y actitudes sociales se vuelven más estrictos sobre temas como migración y libertad sexual. Recordatorios diarios de enfermedad influyen en afirmaciones políticas y pueden desencadenar xenofobia y racismo. Si las predicciones científicas son correctas, estos pueden reflejar cambios sociales y psicológicos profundos.

B. El surgimiento de la ansiedad, miedo y apatía

Estas emociones pueden ser muy predominantes en estos días debido a la incertidumbre provocada por la situación actual. Los pensamientos catastróficos y anticipatorios nos llevan a imaginar los peores escenarios posibles, causando un gran malestar. Esta incertidumbre nos impulsa a querer saber qué ocurrirá para poder anticiparnos. No obstante, el esfuerzo constante por intentar controlar todo a nuestro alrededor, lo cual a veces es imposible, solo incrementa la ansiedad.

El exceso de información también perjudica nuestra salud física y emocional, generando hipocondría, que es la preocupación obsesiva por las enfermedades. Los cambios emocionales pueden variar desde un estado de ánimo estable hasta emociones desagradables como la tristeza, el miedo o el enfado. También pueden surgir irritabilidad, angustia, preocupación, estrés, síntomas de depresión y problemas de sueño.

C. El manejo emocional del miedo al coronavirus – 19

Si se trata de una población en riesgo, es aconsejable implementar medidas de aislamiento, teniendo en cuenta que esta situación puede provocar estrés, ansiedad, sentimientos de soledad, frustración, aburrimiento y/o enojo, además de sensaciones de miedo y desesperanza. Estos efectos pueden perdurar o manifestarse incluso después del confinamiento. Es importante tratar de mantenerse ocupado y en contacto con sus seres queridos. Salir a caminar por las tardes, no necesariamente para hacer ejercicio, sino para despejar la mente de pensamientos que tienden a ocupar más tiempo en la conciencia

D. Efectos psicológicos del coronavirus en personas diabéticas

D.1. El miedo a la infección

Dos de cada cinco personas están ansiosas por retornar a la vida normal. Los efectos psicológicos del aislamiento social y el estado de alerta decretado por el gobierno para enfrentar la crisis sanitaria causada por la expansión del COVID-19 nos han obligado a permanecer confinados en nuestras casas.

La cuarentena suele ser una experiencia desagradable para las personas, ya que el aislamiento obligatorio rompió con nuestra vida diaria, nuestras rutinas, actividades de ocio y la socialización con amigos y familiares; implicando una pérdida de libertad y la aparición de aburrimiento, entre otros. Esta situación ejerce una carga psicológica considerable sobre nosotros.

De repente, nuestras vidas se paralizaron y tuvimos que adaptarnos temporalmente a una nueva situación. Naturalmente, esto nos generó estrés, no solo por la situación en sí, sino también por todas las consecuencias que la pandemia trajo consigo, como la pérdida de empleo, la reducción de ingresos mensuales y la necesidad de gestionar la convivencia 24 horas al día con nuestra pareja, hijos, familiares o compañeros de piso. En el caso de las personas con hijos, también hay un cierto nivel de estrés adicional. Para los niños, puede ser difícil entender esta situación y por qué no se puede salir de casa.

D.2. El diabético como población de riesgo

Si uno pertenece a la población en riesgo, es recomendable adoptar medidas de aislamiento, teniendo en cuenta que esta situación puede provocar sentimientos de estrés, ansiedad, soledad, frustración, aburrimiento y/o enojo, además del miedo y la desesperanza. Estos efectos pueden persistir incluso después del confinamiento. Es importante tratar de mantenerse ocupado y en contacto con sus seres queridos. Salir a caminar por las tardes, sin que esto implique hacer ejercicio, puede ayudar

a despejar la mente de pensamientos que tienden a ocupar más espacio/tiempo en la conciencia del paciente.

1.1.7 Implicancias del sistema inmunológico

A. La respuesta antigénica

El sistema inmunológico busca, identifica y ataca microorganismos, alérgenos, células cancerosas y tejidos injertados, portando moléculas conocidas como antígenos que provocan la respuesta inmune del organismo. Cuando un antígeno ingresa al torrente sanguíneo, las células inmunitarias se activan, generando dos tipos de respuestas: la general y la adaptativa. La inmunidad general es manejada por células polimorfonucleares que ingieren y descomponen patógenos, mientras que la respuesta inmune adaptativa, más sofisticada, implica linfocitos que diseñan una defensa específica para cada patógeno. En este proceso, las células B identifican y marcan a los patógenos, y las células T destruyen a los invasores.

Aunque el sistema inmunológico es impresionante, no es infalible. Puede fallar al no tener suficientes células inmunes o ser superado por patógenos nuevos o más agresivos. Las células inmunitarias adaptativas recuerdan patógenos específicos para atacarlos rápidamente en futuras exposiciones, lo que puede resultar en una inmunidad parcial o completa. Sin embargo, pueden ocurrir errores como tratar amenazas inofensivas como peligrosas, lo que resulta en alergias, o atacar estructuras normales del cuerpo, causando enfermedades autoinmunes. La diabetes es un ejemplo de una enfermedad autoinmune, en la que el cuerpo ataca sus propias células productoras de insulina.

La diabetes mellitus es un trastorno de la insulina que afecta el metabolismo del azúcar en el cuerpo. En la Diabetes Mellitus Tipo 1, las células productoras de insulina en el páncreas son destruidas, generalmente por un fenómeno autoinmune, lo que requiere inyecciones regulares de insulina para mantener la vida. En la Diabetes Mellitus Tipo 2, la producción de insulina disminuye o el cuerpo pierde su capacidad

para utilizarla, comúnmente relacionada con malos hábitos alimenticios y un estilo de vida deficiente. Las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares, las principales causas de muerte en América, subrayando la importancia de un estilo de vida saludable para prevenir estas complicaciones.

1.2 Antecedentes

1.2.1 Internacionales

El estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el riesgo de desarrollar DM2 y el sobrepeso y la obesidad en adultos de Barranquilla, Colombia. La muestra incluyó 322 adultos mayores de 18 años no diagnosticados con DM2, seleccionados aleatoriamente de 9,319 adultos de 1,759 hogares. Se utilizó el test de Fendis para evaluar el riesgo de DM2 y su relación con el sobrepeso, la obesidad, la actividad física y el consumo de frutas y verduras. El estudio, de diseño observacional, descriptivo y transversal, mostró que el 5.9% (n=19) tenía un riesgo alto y el 48.8% (n=157) un riesgo moderado de DM2. Los factores de riesgo con correlación significativa ($p=0.00$) fueron el sedentarismo (74.84%), la obesidad abdominal (62.77%), el sobrepeso y la obesidad (60.43%) y la ingesta insuficiente de frutas y verduras (56.21%). Se concluyó que el sobrepeso, la obesidad y la falta de actividad física están relacionados con el riesgo de desarrollar DM2 en adultos de Barranquilla. (18).

Cuellar et al. plantearon como objetivo mostrar la relación entre la diabetes y el cáncer de páncreas, un tema investigado durante muchos años. La comorbilidad de la diabetes se encuentra en el 50% de los pacientes con cáncer de páncreas esporádico, y la mitad de estos se diagnosticaron simultáneamente o poco después del diagnóstico de cáncer. Los mayores con diabetes de reciente aparición tienen un riesgo 8 veces mayor de padecer cáncer de páncreas. La patogenia de la diabetes asociada con el cáncer de páncreas y sus mediadores bioquímicos sigue siendo desconocida, aunque se sospecha que el tumor destruye la glándula. La etiología puede involucrar la disfunción de las células B. La detección temprana es complicada por la baja incidencia, y el pronóstico al momento del diagnóstico es desfavorable. Se recomienda realizar estudios de

seguimiento, como tomografías computarizadas y análisis de marcadores tumorales, para reducir la progresión de la enfermedad y evitar diagnósticos tardíos. (19).

Reyes et al. indicaron que la Diabetes Mellitus Tipo 2 se diagnostica en el 85-95% de todos los casos de diabetes, con un porcentaje más alto en regiones menos desarrolladas (1 de cada 14 adultos padecerá diabetes mellitus). La Diabetes Mellitus Tipo 2 es una enfermedad crónica, degenerativa e incurable, pero controlable. El tratamiento se centra en el control metabólico y la prevención de complicaciones. La revisión destacó la necesidad de modificar estilos de vida y resumió algunas características farmacológicas de cada grupo de medicamentos, presentando un nuevo arsenal terapéutico como una alternativa efectiva. Propuso combinar dos o tres medicamentos hipoglucemiantes para lograr niveles óptimos de glucosa y reducir efectos adversos. Además, presentó un algoritmo integrador para el manejo práctico de la diabetes, mejorando el desempeño médico en la atención primaria y secundaria. (20).

Guamán afirmó que su estudio tuvo como objetivo evaluar el nivel de conocimientos y actitudes de los pacientes y del personal de enfermería respecto a la autoadministración de DM2 en el servicio médico interno del Hospital General de Educación Ambato, incluyendo a 55 pacientes con DM2 y 15 enfermeras. Utilizando una metodología prospectiva, transversal y descriptiva, los resultados evaluaron la autoeficacia en el manejo de la DM2 mediante la Escala de Autoeficacia para el Manejo de la Diabetes (DMSES), además de conocimientos sobre la enfermedad, factores de riesgo, síntomas, nutrición, salud, actividad física, medicación, y complicaciones. Se concluyó que en mujeres y adultos, la DM2 predominó en un 38%, y en niños mayores de 10 años en un 61%, siendo la retinopatía la complicación más común. El 51% de los pacientes mostró alto conocimiento en automanejo y el 40% una actitud adecuada. En el personal de enfermería, el 67% tenía alto conocimiento y el 87% actitudes adecuadas. (21).

Zayas et al. investigaron la relevancia de la hemoglobina glicosilada para diagnosticar, monitorear y prevenir complicaciones en pacientes diabéticos. A pesar de su alta prevalencia, la diabetes sigue infradiagnosticada, incluso con métodos tradicionales. Usando equipos y estándares recomendados por NGSP, la

prueba HbA1c es precisa y segura para detectar hiperglucemia crónica, correlacionándose moderadamente con el riesgo de complicaciones graves. La HbA1c ofrece ventajas sobre las pruebas de glucosa en sangre de laboratorio. La diabetes se diagnostica con una HbA1c del 6,5% o superior, confirmada con una segunda prueba, a menos que se presenten síntomas de glucosa en sangre de 200 mg/dL o más. Si no es posible, se utilizan métodos alternativos (GA o PG 2h). Niveles de HbA1c de 5,7-6,4% indican mayor riesgo de diabetes, siendo más probable con niveles superiores al 6%. Estrategias preventivas deben implementarse, especialmente en individuos con antecedentes familiares y predisposición. (22).

El estudio de Casasola y Casas tuvo como objetivo explicar y discutir los hallazgos de una publicación reciente sobre la representación social (RS) de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2). La muestra incluyó artículos con términos relacionados con la expresión social y la diabetes tipo 2, y las búsquedas se realizaron en Lilacs, SciELO, Dialnet, PubMed, Scopus y Google Scholar entre 2017 y 2019. Se encontraron seis artículos originales y dos de revisión, centrándose en la dieta, la nutrición, la RS en entornos comunitarios y el tratamiento. Los resultados indicaron que la DM2 fue vista como un factor negativo en el estilo de vida y actividades diarias. Se identificaron barreras para la adherencia a pautas dietéticas y de tratamiento debido a conceptos variados de nutrición adecuada y hábitos previos al tratamiento. Los conceptos biomédicos se incorporaron a la RS y las redes familiares o sociales se destacaron como una importante fuente de apoyo. (23).

López et al. se propusieron explorar las experiencias de personas con diabetes tipo 2 en el área de salud básica de Medio Kudeyo. La investigación no se basó en representaciones estadísticas, sino en un muestreo no estocástico y estratégico que busca representaciones socialmente estructuradas para comprender los fenómenos en toda su complejidad. Los criterios de heterogeneidad y polarización cubren una amplia gama de temas y discursos sociales. Se consideraron siete variables clave: edad, tiempo desde el diagnóstico, sexo, clase social, vivir solo o con familia, presencia de cónyuge o amigos, y origen rural o urbano. El perfil sociológico resultante seleccionó 20 temas específicos basados en las cuatro preguntas de criterio de Gorden. En conclusión,

se requiere un enfoque holístico en enfermería, ya que la integración de la enfermedad crónica en la vida diaria es una experiencia compleja, dinámica y multidimensional que afecta áreas sociales, culturales y espirituales. Comprender estas experiencias facilita cambios en el estilo de vida y ayuda a sobrellevar situaciones diarias. (24).

Zavala y Fernández se propusieron realizar una revisión científica crítica y sistemática de la literatura sobre la epidemiología de la diabetes tipo 2 en Ecuador. La metodología se basó en una revisión bibliográfica sistemática de bases de datos como PubMed, Web of Sciences y Proquest, abarcando los últimos cinco años en diagnósticos, hospitalizaciones, morbilidad y complicaciones. También revisaron factores de riesgo genéticos, ambientales y conductuales, utilizando palabras clave como revisión sistemática, diabetes mellitus tipo 2, epidemiología y Ecuador. Los resultados revelaron que en 2017 la DM2 causó 4,895 muertes en Ecuador, reflejando un aumento significativo de la mortalidad, influenciado por la obesidad, dislipidemia, sedentarismo y tabaquismo. Además, se encontró una relación directa entre el bajo nivel socioeconómico y la incidencia de la enfermedad. En conclusión, la diabetes tipo 2 es una patología de distribución global en aumento, y Ecuador no es la excepción, siendo una de las epidemias más importantes del siglo XXI. La revisión literaria puede ayudar a implementar medidas preventivas en salud pública. (25).

García et al. investigaron cómo la literatura científica aborda los efectos de variables psicosociales sobre la diabetes y su control. La metodología incluyó una revisión documental de estudios sobre representación social, estrés y apoyo social en pacientes diabéticos, seleccionando trabajos académicos desde 2016. Se utilizaron bases de datos como EBSCO, PubMed, SciELO, Dialnet, ScienceDirect, Scopus y Google Scholar. Se citaron 47 de las 92 publicaciones iniciales según criterios de inclusión y exclusión. La investigación concluye que la expresión inadecuada de la diabetes afecta el estado emocional y la adherencia al tratamiento, mientras que el estrés y el escaso apoyo social influyen en la regulación metabólica. Un control adecuado de la diabetes requiere fortalecer redes de apoyo social, coordinar la expresión de la enfermedad y manejar el estrés (26).

Socorro et al. investigaron la importancia de los fármacos y el estilo de vida en el control glucémico de la diabetes tipo 2 (DM2), destacando sus beneficios en la reducción o retraso de complicaciones. Utilizaron una metodología descriptiva, transversal y relacional para analizar la relación entre el estilo de vida y el control glucémico, medido mediante hemoglobina glucosilada (HbA1c), en pacientes mayores de 40 años con DM2. Encontraron que 30,1% eran mujeres de 50 a 59 años, 75,7% eran mujeres y 69,5% estaban casadas. La mayoría (65,5%) no completaron la educación primaria. El fármaco más usado fue glibenclamida. Aunque muchos evitaban ciertos alimentos y no fumaban ni bebían, solo 24,3% tenían HbA1c regulada. La inactividad física fue el mayor problema (27).

Márquez et al. se propusieron sintetizar la mejor evidencia científica sobre la efectividad de indicadores biomédicos sensoriales coherentes en el desarrollo, tratamiento, regulación metabólica y complicaciones de la diabetes. Utilizaron una metodología de revisión sistemática, seleccionando artículos de bases de datos como Scopus, Web of Science, PubMed, Ebsco y Science Direct, revisados por dos independientes en 2017, disponibles en español e inglés para mayores de 18 años. De 154 artículos, se incluyeron 20. La mayoría utilizó la versión SOC-13 para comprobaciones de consistencia y el indicador más común fue la hemoglobina glicosilada. Se encontró una relación significativa entre el sentido de coherencia y la diabetes en 14 de 20 estudios, concluyendo que el sentido de coherencia está fuertemente correlacionado con la diabetes y asociado con un menor riesgo de desarrollo y complicaciones. (28).

Pinilla et al. revisaron la literatura sobre los factores de riesgo de la diabetes y sus complicaciones, estrategias de prevención y la relevancia de programas interdisciplinarios para mejorar la calidad de vida. Utilizaron fuentes en español e inglés de Medline, SciELO y bases de datos de la Universidad Nacional de Columbia, además de libros y contratos relevantes. Seleccionaron literatura representativa sobre prevención primaria y educación revisando títulos y resúmenes. Clasificaron y organizaron la literatura según el tema principal. Realizaron un análisis para sintetizar cambios en el estilo de vida relacionados con factores de riesgo de diabetes, epidemiología, pie diabético, educación, prevención primaria, ejercicio y dieta. Concluyeron que es crucial establecer

políticas de salud pública de prevención primaria y fortalecer programas educativos dirigidos por profesionales de salud (29).

Amagua en su estudio investigaron la Representación Social y las complicaciones de la diabetes en pacientes diabéticos y sus familiares tratados en el centro de salud público Gonokoto tipo C durante el primer semestre de 2019. Utilizaron un método cualitativo de encuesta para recopilar, interpretar y analizar el comportamiento grupal. La muestra incluyó 50 pacientes con diabetes tipo 2, de los cuales se seleccionaron 30 mujeres y 20 hombres. Se aplicaron dos entrevistas semiestructuradas para obtener información sobre este tema de salud. Los resultados mostraron que la mayoría de los pacientes fueron diagnosticados en atención primaria y perciben la diabetes tipo 2 como una enfermedad crónica, peligrosa y silenciosa. Son conscientes de sus complicaciones, como retinopatía diabética, enfermedad renal crónica, pies diabéticos y disfunción eréctil (30)

Arteaga et al. realizaron un estudio con el objetivo de determinar la relación entre el apoyo social y la regulación metabólica en personas con diabetes tipo 2 (DM). Utilizaron una metodología descriptiva transversal con 77 participantes. Evaluaron la regulación metabólica mediante hemoglobina glucosilada ($HbA1c \leq 7\%$) y el apoyo social con un cuestionario de resultados médicos. El análisis se llevó a cabo con la prueba t de Student en muestras independientes para comparar el apoyo social positivo y negativo y el nivel de baja por enfermedad. El 86,5% de los participantes percibió apoyo social positivo, el 48,6% vivía con cinco o más familiares, y el 10% no tenía familiares. El 73% con apoyo positivo tenía $HbA1c \leq 7$, mientras que el 85% con apoyo negativo estaba desproporcionado (31).

Gonçalves et al., en su artículo “Representación Social y tratamiento de la diabetes mellitus: un estudio psicosocial” de Gonçalves y colaboradores (2018), el objetivo fue identificar la expresión social de la DM y el tratamiento construido por pacientes diabéticos. La mayoría de hombres y mujeres casados respondieron preguntas sociodemográficas y entrevistas semiestructuradas, y el promedio de edad estuvo entre 41 y 83 años ($M = 57,60$, $DT = 12,3$). Los datos fueron procesados con los programas SPSS e IRAMUTEQ y analizados mediante estadística descriptiva, análisis léxico, análisis de similitud y nube de palabras. El

enfoque de enfermedad y tratamiento se basa en conocimientos biomédicos relacionados con conceptos, síntomas, comorbilidades y tratamientos. El resultado de esta manera es un enfoque de apoyo psicosocial y un enfoque interdisciplinario dirigido a desarrollar políticas públicas que posibiliten acciones psicoeducativas destinadas a sensibilizar a los diabéticos sobre la naturaleza y las consecuencias de su condición diabética. Intentos conductuales versus tratamiento (32).

Moreno-Altamirano et al. presentaron su investigación sobre “La diabetes y la obesidad” en México, considerándolas problemas de salud pública. Se analizaron su tamaño y distribución en el contexto de determinantes sociales como la dieta, el sedentarismo y la distribución del ingreso. Se expusieron aspectos generales y el comportamiento epidemiológico de estas enfermedades en México. Se revisó la dieta como un determinante social crucial para la diabetes tipo 2 y la obesidad, y se subrayó la importancia de la actividad física para la prevención y control. Se destacó la influencia de la distribución de grasa corporal y la obesidad como resultado de la conversión alimentaria. Finalmente, se hicieron recomendaciones para reforzar estrategias que reduzcan la frecuencia, mortalidad y complicaciones de estas enfermedades (33).

Landa et al. llevaron a cabo un estudio sobre la diabetes mellitus como enfermedad crónica, considerada un evento catastrófico que provoca comportamientos negativos en la adherencia al tratamiento. El objetivo fue responder a: ¿Cuál es la representación social de las mujeres sobre la diabetes tipo 2? ¿Qué conforma los sistemas central y periférico de la representación social? Métodos: revisión integrada de artículos sobre expresión social, diabetes tipo 2 y mujeres, utilizando el método PRISMA. Las búsquedas se realizaron en bases de datos como Web of Science, Medline, PubMed, SciELO, LILACS, Bireme y CUIDEN. Resultados: La diabetes genera una representación social irreversible, organizada en torno a la enfermedad, dieta, ejercicio y medicación, afectando la identidad social y adherencia al tratamiento. Conclusión: Identificar los componentes estructurales de la representación social permite a los profesionales de la salud planificar intervenciones para mejorar la identidad social y la adherencia al tratamiento en mujeres con diabetes tipo 22 (34).

Ortiz-Ruiz, en su estudio sobre la Diabetes Mellitus Tipo 2, destaca que esta enfermedad impacta significativamente la morbilidad global, afectando a diversos grupos sociales e individuos según su clase social. El objetivo del estudio fue revisar artículos en revistas indexadas entre 2016-2018 para identificar evidencia de la relación entre desigualdad social y la diabetes tipo 2. Se encontró que la desigualdad social, medida por el estatus étnico/racial y socioeconómico, afecta la incidencia y tratamiento de la diabetes, con diferencias de comportamiento según género. En seis países europeos, la autogestión mostró una fuerte correlación con el apoyo informativo en grupos de bajo nivel educativo, mejorando el autocontrol con más apoyo informativo y emocional y participación comunitaria (35).

Pérez y su equipo investigaron los determinantes sociales de la salud relacionados con la diabetes tipo 2, como el nivel socioeconómico, educativo, ocupación, acceso a la atención médica y una dieta alta en calorías. Cambios en el contexto socioeconómico influyen en los hábitos dietéticos y de ejercicio de una persona, y varios estudios han identificado una relación entre diabetes tipo 2 y niveles de ingresos. Las personas con bajos ingresos son más propensas a hábitos poco saludables, como comer comida rápida barata o consumir alcohol, debido a la depresión y el estrés socioeconómico. Contrariamente a la creencia popular, las condiciones de bajos ingresos conducen a una mala alimentación y sedentarismo, los principales factores de riesgo para desarrollar diabetes tipo 2 (37).

Arcos en su estudio, propusieron “identificar y explicar la expresión social de la vida con diabetes tipo 2 en pacientes del Instituto Mexicano del Seguro Social en Cuautla, México”. Utilizaron una metodología cualitativa y la teoría de la representación social como marco interpretativo. La información fue recopilada mediante entrevistas semiestructuradas y analizada con procesos de codificación abiertos y acumulativos. Participaron diez beneficiarios (9 mujeres y 1 hombre) del Instituto Mexicano del Seguro Social, entre 30 y 60 años. Las consideraciones éticas y el respeto por la dignidad humana se destacaron en cada paso. Se identificaron conceptos basados en representaciones del discurso de los participantes, quienes asocian la enfermedad con elementos negativos del estilo de vida y la vida cotidiana (39) .

Rodríguez et al. buscaron interpretar y comparar el significado del apoyo familiar en el contexto de la familia y la diabetes, basándose en la teoría de la representación social desde el enfoque estructural de Abric. La metodología involucró un estudio con una población que presta servicios de medicina familiar en Chalco, México, con 10 pares de familiares y diabéticos. Inicialmente, se utilizó la asociación libre de palabras, la frecuencia de ítems y el rango de asociaciones para identificar términos relacionados con el apoyo familiar. Posteriormente, se agruparon por características de apoyo, se realizaron entrevistas semiestructuradas y se analizó gráficamente el significado de Friedman. Los resultados mostraron diferencias en la centralidad de términos y frases entre pacientes y familiares, destacando las necesidades emocionales del paciente como un aspecto crucial del apoyo (41).

Andrade et al. realizó un estudio sobre las Representaciones Sociales de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en Neiva, Colombia, abarcando diferentes estratos. Los resultados mostraron que estas representaciones se asociaban con términos como azúcar, angustia, cambios, enfermedad, herencia, muerte y tristeza. Este hallazgo coincide con la propuesta de Conrad (1987), quien sostiene que los investigadores deben dar voz a las personas con enfermedades crónicas para resaltar su perspectiva interna. Esto reconoce la presencia del otro y promueve estrategias de autocuidado (42).

Pérez y colaboradores investigaron la prevalencia de este trastorno, la cual varía entre el 0,5 % y el 16 %. En los países occidentales, se presenta en alrededor del 5 % de los embarazos; por ejemplo, estudios realizados en España mencionan una prevalencia de hasta el 16,09 %⁷. Es importante recordar las dificultades para unificar los resultados debido a los distintos procedimientos diagnósticos y a la diversa metodología analítica utilizada (43).

García, investigó sobre la frecuencia de la diabetes mellitus gestacional se ha duplicado en la última década, lo cual se atribuye al incremento de la obesidad y su asociación con el síndrome metabólico y la diabetes tipo 2. La diabetes gestacional aparece, sobre todo, en mujeres con factores de riesgo fácilmente identificables, quienes por los cambios propios de su embarazo elevan la resistencia a la insulina y sus cifras de glucosa, lo que repercute en el desarrollo

de su hijo y puede ser causa de macrosomía. Los cambios en la fisiología materna durante la primera mitad del embarazo se deben al mayor almacenamiento de energía, lo cual es más evidente en el tejido graso, que a partir casi del final del segundo trimestre tiene ajustes para que esta energía sea liberada y pueda ser derivada al feto en formación. En este periodo se pueden identificar diversas sustancias producidas por la placenta que actúan a nivel intracelular bloqueando el efecto de la insulina. El tratamiento se basa en dieta, ejercicio e insulina, si uno de estos recursos logra normalizar la glucemia, el riesgo para la madre y su hijo disminuye, aunque no llegue a cifras de la población no diabética. En sentido estricto la diabetes gestacional no altera la organogénesis, puesto que la hiperglucemia aparece casi al final del segundo trimestre del embarazo. En cambio, el riesgo de teratogénesis se debe más a la diabetes pregestacional, del tipo 1 o 2 que podrían no ser identificadas hasta etapas muy tardías, en las que el feto ya pudo haber sido afectado. La adiponectina plasmática se encuentra disminuida en mujeres con diabetes mellitus gestacional. Esta sustancia se considera un sensibilizador de insulina, al actuar sobre una enzima clave en la regulación energética celular, la AMP cinasa, por lo que estimula la captación de glucosa en el músculo esquelético y disminuye la neoglucogénesis hepática (44).

Concepción y Ávalos estudiaron los determinantes sociales de la salud, incluyendo comportamientos y estilos de vida saludables, ingresos, posición social, educación, trabajo, condiciones laborales, acceso a servicios sanitarios y entornos físicos. Estos factores combinados influyen en la salud. La diabetes mellitus es una enfermedad social debido a su alta frecuencia y el costo económico para gobiernos y familias. Recientemente, ha crecido el interés en los aspectos psicosociales y de calidad de vida en enfermedades crónicas, especialmente diabetes. Los investigadores enfatizan la necesidad de una aproximación terapéutica que considere las ramificaciones sociales, psicológicas y psiquiátricas para el bienestar del paciente y la prevención de complicaciones (45).

1.2.2 Nacionales

Villena investigó los aspectos epidemiológicos de la diabetes mellitus (DM) y su impacto en Perú, considerando epidemias, morbilidad, tratamiento, mortalidad y medidas sanitarias. Utilizó una revisión bibliográfica en PubMed,

SciELO, LILACS, Ministerio de Salud, y la Organización Mundial de la Diabetes. Los resultados indican que la DM afecta al 7% de la población peruana. La diabetes tipo 2 representa el 8% de los casos, la tipo 1 tiene una incidencia de 0,4/100.000/año, y la gestacional complica el 16% de los embarazos. La intolerancia a la glucosa es del 8,11% y la glucosa alterada en ayunas es del 22,4%. La diabetes es la octava causa de muerte y una causa significativa de infartos, accidentes cerebrovasculares y amputaciones no traumáticas (46).

Figuroa llevaron a cabo una investigación con el objetivo de analizar la expresión social de la enfermedad en pacientes. La metodología utilizada fue cualitativa, basada en un paradigma interpretativo y entrevistas en profundidad con una guía temática. La cohorte incluyó pacientes diagnosticados con diabetes tipo 2, atendidos por Antonio Lorena y endocrinólogos del Hospital Regional del Cusco, identificados como indígenas quechua. La muestra no estocástica por conveniencia consistió en 30 entrevistas, alcanzando la saturación del discurso. El análisis incluyó la transcripción y traducción de entrevistas, y su procesamiento con el software RQDA. Los resultados muestran que los pacientes combinan la medicina moderna con remedios populares andinos, reflejando un enfoque multicultural en el tratamiento (47)

Figuroa, “realizaron una investigación que tuvo como objetivo analizar la expresión social de la enfermedad de un paciente. El método de investigación se basa en una metodología cualitativa para la representación social basada en un paradigma interpretativo y una entrevista en profundidad utilizando una guía de temas o categorías según el propósito de la investigación. La cohorte de estudio estuvo conformada por pacientes atendidos por Antonio Lorena y endocrinólogos del Hospital Regional del Cusco, diagnosticados con diabetes tipo 2 e identificados como indígenas quechua. La muestra fue no estocástica por conveniencia, se buscó la representatividad del discurso y se llegó a 30 entrevistas según el criterio de saturación. El análisis de la información es el siguiente: 1. Transcripción (del quechua hablado al quechua escrito) y traducción de la entrevista. 2. Procesamiento informático de las entrevistas utilizando el software de análisis de datos cualitativos (RQDA) del estudio. Los resultados obtenidos indican que la concepción del paciente sobre las causas y cambios de la enfermedad refleja la influencia de la medicina moderna y los remedios populares



andinos. Por otro lado, ha sido útil combinar medicamentos de etiqueta farmacéutica con medicinas populares (hierbas y otros productos naturales) para el tratamiento de enfermedades y dolencias. En conclusión, los pacientes de nuestro estudio tienen un enfoque multicultural para acceder y tratar la enfermedad” (48).

En las últimas dos décadas, la incidencia de diabetes tipo 2 ha aumentado significativamente entre niños y adolescentes. El sobrepeso y la obesidad son factores clave que contribuyen a esta epidemia global. Esta revisión aborda diversos aspectos relacionados con el diagnóstico, la fisiopatología, la presentación clínica, el cribado, la prevención y el tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en niños (50).

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Identificación del problema

Actualmente, la incidencia de diabetes en el Perú ha aumentado significativamente, y en su desarrollo influyen diversos factores sociales, psicológicos, culturales y económicos que afectan el estilo de vida de las personas. Para contrarrestar esta tendencia, es crucial superar limitaciones como la creencia común en la población de que ser obeso es un indicio de buena salud.

En la sesión 31 del comité regional de la OMS para Europa, se dictó la definición de estilo de vida como “una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales.

Un factor que puede revertir el aumento de personas con diabetes, es la promoción del ejercicio entre población infantil y juvenil como una práctica social cotidiana.

La causalidad de la diabetes mellitus se encuentra conformada por un conjunto de elementos relacionados entre sí, que llegan a identificar al padecimiento como una enfermedad que invade la vida de la persona en sus diversas esferas.

Por otra parte, son ocasionados por el estilo de vida, como es la alimentación insuficiente o inadecuada, la población andina considera además los estados emocionales alterados y las impresiones fuertes (sustos, cólera, hechizos, envidia y otros), como producto del daño, hechizo, brujería.

En el paciente con diabetes, la prevención tiene que ver con el control o eliminación de factores causales. Entre estos se destacan el control de la dieta y el peso corporal; otros como las emociones negativas, no son consideradas evitables, pero sí controlables, mientras que la herencia biológica y el ambiente social, no pueden ser evitados ni controlados. En el estudio hemos mencionado también el consumo de productos considerados nocivos para la salud, como los refrescos (gaseosas), las bebidas alcohólicas y diferentes formas de pastelería, así como comer demasiado.

Una de las formas de control que genera más polémica es la dieta. Esta se considera que viene a alterar situaciones culturales, propias de la alimentación del peruano, y más específicamente, en el puneño. En primer lugar, se tiene el consumo de comida chatarra, abundante carne de vacuno, cordero, alpaca, porcino etc. Y en la base de la alimentación peruana y puneña está el pan, las galletas, los caramelos; la papa, el chuño, el maíz, etc. Si no come tales productos siente la sensación de que no comiera.

En segundo lugar, se tiene la costumbre tradicional de celebrar cualquier acontecimiento importante y fiestas patronales con el consumo de alimentos básicamente cárnicos, y bebidas alcohólicas, lo cual limita a las personas con diabetes mellitus a su participación, se produce entonces la segregación, sobre todo, porque la comida tradicional peruana es rica en carbohidratos.

2.2 Enunciados del problema

2.2.1 Pregunta general

- ¿La inadecuada educación en salud comunitaria se relaciona con las Representaciones Sociales acerca de la Diabetes Mellitus Tipo 2, caracterizada por la negatividad, la insatisfacción, la falta de educación diabetológica, y actitud crítica dentro de un sistema de ideas?

2.2.2 Preguntas específicas

- ¿Cuáles son las características de la educación en salud comunitaria?
- ¿Cuáles son las Representaciones Sociales acerca de la Diabetes Mellitus Tipo 2 como resultado de las creencias culturales?

2.3 Justificación

En este momento, la forma en que la persona afectada afronta el trastorno, la situación personal en otras áreas, como la laboral, lo social o lo afectivo. Es preocupante porque crea una situación de conflicto que condiciona la manera de afrontar el autocuidado de la enfermedad. El paciente diabético debería ser capaz de utilizar un sistema de autocuidado, en donde los conocimientos que tenga acerca de su enfermedad puedan ser aplicados en su propio beneficio, ya sea entendiendo cómo controlar su salud, o previniendo las complicaciones.

El autocuidado es la aplicación ideal de base de conocimientos para elevar la calidad de vida de las personas diabéticas, ellas deben plantearse los requisitos fundamentales para mantener un óptimo estado de salud. El autocuidado, como concepto básico de la teoría de Dorotea Orem (Teoría del autocuidado), es una actividad aprendida por todos los individuos durante la vida, con el fin de controlar los factores que afectan el propio desarrollo.

La educación en salud por parte de los psicólogos, debería enfocarse holísticamente al ser humano para los cuidados de la salud, viendo por la recuperación, rehabilitación, prevención de las enfermedades de todos los usuarios diabéticos, a través de la promoción utilizando como herramienta principal la palabra como factor sugestivo y terapéutico.

Las interpretaciones sobre los conceptos de salud y enfermedad de los individuos llegan a ser muy distintos, lo cual dificulta sin duda el proceso de abordaje para combatir la enfermedad, controlarla y evitar complicaciones cuando ya está establecido.

Resulta oportuno que los profesionales de la salud inmersos en el grave problema (médicos endocrinólogos, psicólogos clínicos y asistentes sociales), participen más allá del acto de distribuir y recomendar los insumos, y medicamentos de forma regular para todos los usuarios con Diabetes Mellitus Tipo 2 en pacientes crónicos.

Igualmente, resulta trascendental tomar en cuenta las particularidades de la salud, como población vulnerable, de manera que no solo se persiga la satisfacción y el manejo adecuado de los costos en la calidad de vida de los pacientes y en muchos casos evitar que estos se enfermen y mueran de manera innecesaria. Tal como lo hemos podido evidenciar en instancias del COVID – 19.

Asimismo, la justificación del tema de investigación se refuerza por cuanto la diabetes afecta a muchos millones de peruanos, debido a una combinación de factores concurrentes, hereditarios, sociales, ambientales con características propias de la naturaleza cultural puneña.

Los peruanos, concretamente, los puneños tienen un mayor riesgo de contraer diabetes que el resto de poblaciones, tan solo por el hecho del consumo de carne en exceso, consumo de alcohol en las fiestas patronales, y por qué no, después de las horas

de trabajo; en fin, hábitos, costumbres, creencias propias de la cultura puneña, tal como el simbólico “challado” para que dure lo que se adquiere; propios del sincretismo andino.

Vivir con esta enfermedad, es algo que exige cambios en su estilo de vida. Por consiguiente, descubrir que es diabético puede ser psicológicamente preocupante, puesto que se genera una serie de signos, síntomas, síndromes, cuadros y enfermedad, que inhabilitan a la persona.

Al igual que muchas enfermedades crónicas, autoinmunes, el manejo de la diabetes es un proceso de aprendizaje. Una vez que se aprende lo que hay que saber acerca de esta enfermedad, se convertirá en un experto en lo que respecta a su cuerpo. Podrá seguir llevando una vida activa y feliz. Esta es prácticamente un capital psicológico que se adquirirá, para una calidad de vida.

Si usted o uno de sus familiares es diabético, la presente investigación lo apoyará en comprender y asimilar su problema, entonces, logrará un mejor control; pero si está en riesgo de contraerla le ayudará a reducir el problema.

La investigación mostrará desde lo que es realmente la diabetes, hasta las razones por las cuales algunos tienen un mayor riesgo que otros, de desarrollar la enfermedad, desde los distintos tipos de diabetes, hasta comprender por qué en la actual pandemia del covid-19, el diabético se ubica en el grupo de riesgo; hasta los más recientes adelantos que se están produciendo en este campo. Igualmente reconocer y manejar las situaciones de emergencia hasta entender las necesidades especiales como son la mezcla de sentimientos y emociones que provienen de saber que se tiene la enfermedad hasta la forma exitosa de incluir la dieta y el ejercicio en la vida diaria. Finalmente, la pandemia por el covid-19 que estamos atravesando ha mostrado tributo con los numerosos fallecidos, el lado oculto. En este escenario, como psicológico y profesional considero que es de suma importancia, el tema de investigación que planteamos.

Entonces, podemos decir que: la Diabetes Mellitus es considerada actualmente como una enfermedad social, no solo por su elevada frecuencia, sino también por el costo económico que representa para los gobiernos y las familias de las personas que la padecen. El propósito de este trabajo de investigación es entonces preguntarse: ¿Por qué la diabetes se produce con tanta frecuencia e incidencia? Es entonces, que debemos analizar la situación de los pacientes portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2 crónicos,

desde una perspectiva psicológica y social, en la que inciden factores de carácter psicológico-cultural y económico que predisponen el comportamiento del paciente respecto a la enfermedad y cambian su propio contexto familiar, laboral. En el Perú, y concretamente en Puno, el control de la Diabetes Mellitus se ha convertido en un problema psicosocial y económico grave para el paciente, su familia, la sociedad y el propio estado, de ahí la importancia de abordar aspectos que durante muchos años han sido ignorados por la comunidad médica y psicológica pero que están latentes y requieren atención inmediata y saldar el compromiso social de todos con las personas portadoras de este padecimiento.

Las Representaciones Sociales tienen una doble función: hacer que lo extraño resulte familiar y lo invisible, perceptible. Lo que es desconocido o insólito conlleva a una amenaza, ya que no tenemos una categoría en la cual clasificarla(7).

Es entonces, que el conjunto de comportamientos o actitudes cotidianas que realizan las personas para mantener su cuerpo, depende en gran parte a su estilo de vida, o sea, qué hábitos y costumbres posee la persona, hecho paciente, las cuales pueden ser beneficiosas, o debilidades y amenazas.

El estilo de vida se limita a una conducta exterior, el estilo de vida lleva implícitamente una forma de conocer, de aprender, de adueñarse del conocimiento y, en última instancia, una protección consciente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma: El estilo de vida: Es un esfuerzo de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad.

Los determinantes de la salud comprenden los comportamientos y los estilos de vida saludables, los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos.

En las últimas conferencias mundiales convocadas por la OMS se ha declarado que las inquietudes en materia de salud se deben a las condiciones de la sociedad en las que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece; esas condiciones se conocen como determinantes sociales de la salud. Ello abarca la educación, la situación económica, el empleo y el trabajo digno, la vivienda y el medio ambiente, y sistemas eficaces de prevención y tratamiento de los problemas de salud.(51).

Finalmente, en nuestra intensión de la investigación pretendemos: describir e interpretar el factor de la educación, por los cuales se percibe que las Representaciones Sociales permiten comprender cuál es el grado de conocimiento que sobre la enfermedad de la diabetes que tienen los pacientes crónicos, en tal sentido, planteamos: la búsqueda de estrategias de educación para la salud orientada a aplicar medidas de autocuidado que contribuyan a mejorar la calidad de vida del portador crónico de diabetes.

2.4 Objetivos

2.4.1 Objetivo general

- Analizar las características de la educación en salud comunitaria y su relación con las Representaciones Sociales acerca de la Diabetes Mellitus Tipo 2

2.4.2 Objetivos específicos:

- Establecer las características de la educación en salud comunitaria en la ciudad de Puno.
- Describir las Representaciones Sociales acerca de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en una muestra de pacientes crónicos de la ciudad de Puno como resultado de las creencias culturales.

2.5 Hipótesis

2.5.1 Hipótesis general

- La inadecuada educación en salud comunitaria se relaciona con las Representaciones Sociales acerca de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en una muestra de pacientes crónicos de la ciudad de Puno.

2.5.2 Hipótesis específicas:

- Las características de los programas de salud comunitaria acerca de la Diabetes Mellitus Tipo 2, son inadecuadas y no se ajustan a la realidad de nuestra región en el mundo andino.
- Las Representaciones Sociales acerca de la Diabetes Mellitus Tipo 2 son inexactas debido a las creencias culturales en una muestra de pacientes crónicos de nuestra región andina.

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Lugar de estudio

La investigación ha sido realizada en la ciudad de Puno capital. El departamento de Puno cuenta con una población de 1, 415, 608 habitantes donde el 9.3% representa la población adulta (131, 564. Indicadores de Salud y enfermedad en Puno capital).

La Diabetes Mellitus se encuentra ocupando el octavo lugar, de un total de 35 enfermedades registradas (52). (Datos de la Red Nacional de Epidemiología RENACE).

3.1.1 Visión de la ciudad de Puno

La región Puno, desarrolla con una educación integral de calidad, humanística, científica, tecnológica, inclusiva, democrática, descentralizada e innovadora, identificada con las culturas andinas y la conservación del ecosistema a través de la participación activa de autoridades regionales, locales y sociedad civil como miembros de una comunidad educadora y ética, que propicie espacios de interacción multisectorial con docentes éticos, creativos, investigadores y capaces de adaptarse a los cambios y los nuevos escenarios, respetando las practicas interculturales e idiomas originarios, comprometidos con la cultura de paz, para el desarrollo humano y productivo de la región(53).

Los estudiantes se desempeñan con eficiencia y eficacia en la vida y el mundo laboral, practicando valores, capaces de enfrentar los retos de la globalización y liderar el desarrollo productivo y empresarial, en una sociedad democrática, justa y solidaria.

3.1.2 Misión de la ciudad de Puno

“Somos una región andina, con diversidad étnica, cultural y lingüística, formamos ciudadanos competitivos, críticos, creativos y participativos con capacidades para generar y transformar recursos generaciones con identidad, liderazgo con vocación de servicio, que se desempeñan con eficacia en la vida. Buscamos el desarrollo dentro de una sociedad justa, equitativa, tolerante, incluyente, solidaria con calidad de vida, afirmando nuestra cultura e identidad”.

“Lo hacemos por tener una sociedad intercultural, competitiva, culta, respetuosa de la diversidad, con líderes y autoridades que practican y promueven procesos de participación, concertación y vigilancia, con valores de responsabilidad, solidaria, reciprocidad, laboriosidad, tolerancia, honradez, justicia, respeto, honestidad, democracia y sensibilidad social” (53)

El ámbito de estudio se realizó en la ciudad de Puno, con pacientes netamente atendidos en el seguro de Essalud. En el entendido que la diabetes afecta a millones de peruanos porque tanto los factores genéticos como los ambientales actúan simultáneamente. Los peruanos, en especial los puneños, tienen mayor riesgo de diabetes que el resto de la población porque comen demasiada carne y alcohol mientras celebran a su santo patrón. En una palabra, son las costumbres y creencias de la cultura puneña. Vivir con esta enfermedad requiere cambios en el estilo de vida. Por lo tanto, descubrir que tiene diabetes puede ser psicológicamente preocupante. Al igual que con muchas enfermedades autoinmunes crónicas, controlar la diabetes es un proceso de aprendizaje. Saber lo que necesitas saber sobre esta enfermedad te convierte en un experto en tu cuerpo. Puede continuar llevando una vida activa y feliz. Este es el capital psicológico que realmente adquirirá para su calidad de vida.

Este estudio cubrirá todo, desde comprender por qué algunas personas corren un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad que otras con otros tipos de diabetes hasta comprender por qué las personas con diabetes corren riesgo en la actual pandemia de COVID-19. Finalmente, la pandemia de Covid-19 que se vive se ha visto honrada con numerosas muertes en el plano psicológico detrás de los temas de investigación que motiva a hacerlo.

3.2 Población

Esta investigación se aplicó el estudio de casos(54). Los casos de estudio se centran en la enfermedad de DM tipo 2 crónica, reconstruida a partir de las narrativas de los pacientes tratados en ESSALUD en el hospital de Puno. La investigación descriptiva utiliza métodos observacionales, encuestas y estudios de caso único, empleando técnicas como muestreo, entrevistas, cuestionarios y grupos de enfoque por conveniencia. Empleando métodos cualitativos que se basan en el lenguaje verbal sin recurrir a la cuantificación, el objetivo es comprender las experiencias vividas desde la perspectiva de

los afectados, proporcionando una visión integral y completa de su realidad social y cultural. La investigación es inductiva, centrada en los sujetos y adaptada a la perspectiva del emisor, buscando respuestas sobre la creación y el significado de la experiencia social y la vida humana.

En el entendido que, los métodos cualitativos se basan en la utilización del lenguaje verbal y no recurren a la cuantificación(55).

El objetivo de la investigación es el de proporcionar el estudio de la gente a partir de lo que dicen y hacen las personas en el escenario social y cultural. Permite “comprender el complejo mundo de la experiencia vivida desde el punto de vista de las personas que lo viven. Las características básicas de los se pueden resumir en que son investigaciones centradas en los sujetos, que adaptan la perspectiva emisor o del interior del fenómeno a estudiar de manera integral y completa. El proceso de indagación es inductivo y el investigador interactúa con los participantes y con los datos, busca respuestas a preguntas que se centran en la experiencia social, cómo se crea y cómo da significado a la vida humana”(56).

3.3 Muestra

En esta investigación sobre 1,000 pacientes con diabetes crónica, se emplearon tanto técnicas de muestreo probabilístico como no probabilístico, utilizando un enfoque cuantitativo para explorar las relaciones entre diversas variables. Se seleccionó una muestra de 100 pacientes y un grupo de estudio de 10 pacientes de ESSALUD por conveniencia. A estos 10 pacientes seleccionados aleatoriamente se les aplicó un cuestionario-entrevista que abordaba dimensiones sociales, psicológicas, culturales y situaciones límite. El enfoque metodológico no probabilístico permitió desarrollar propuestas interpretativas basadas en análisis subjetivos y comprensivos de las problemáticas, respaldadas por lógica y coherencia, aunque con menor rigor. Este enfoque documental sobre las experiencias y actitudes de los diabéticos crónicos facilita la comparación y generalización de resultados, manteniendo disciplina e intuición para evitar dispersión y vaguedad. Las observaciones probabilísticas sobre los individuos y el objeto de estudio se extrapolan a la población total de 1,000 pacientes, fundamentadas en la muestra de 100 casos y 10 casos por conveniencia(57).

Muestra y muestreo sobre una población de 1,000 diabéticos crónicos, muestra de 100 diabéticos crónicos, grupo de estudio de 10 pacientes de ESSALUD, por conveniencia.

El enfoque que se ha elegido “permite orientar a un enfoque documental sobre las vivencias y actitudes de un grupo de diabéticos crónicos (10 de ellos). Se da cabida a la interpretación y la ampliación de los significados, favoreciendo más la comparación y la generalización de resultados. Hemos considerado que el interpretar si no es fundamentado como es debido puede llevarnos a la dispersión y a la vaguedad por eso hemos necesitado proceder con disciplina e intuición. Ahí están las historias de vida que hemos construido en base al cuestionario y entrevista”(59)

Observar al individuo encuestado, por un lado, y por otro lado, observar el producto, u objeto de la investigación y sobre lo que se encuesta y que es el estudio generador de determinadas conductas entre los pacientes diabéticos crónicos. Estas observaciones adquirirán un carácter probabilístico, y, por ende, proyectable al universo que es de 1,000, sobre una muestra de 100 casos y, 10 casos elegidos por conveniencia(60).

3.4 Método de investigación

La investigación corresponde al enfoque mixto, porque combina elementos de investigación cualitativa y cuantitativa en un mismo estudio(60). Este enfoque es útil para obtener una comprensión más completa y matizada de un fenómeno de estudio. El diseño de investigación que utiliza es descriptivo “cuantitativa” y hermenéutica “cualitativa”, porque busca la descripción y comprensión del fenómeno de estudio. A continuación, detallo:

3.5 Descripción detallada de métodos por objetivos específicos

Tabla 1

Descripción detallada de métodos por objetivos

Objetivos	Descripción
1. Establecer las características de la educación en salud comunitaria en la ciudad de Puno.	Cuestionario - Entrevista de cuatro (04) dimensiones: social, psicológico, cultural y de situaciones límite. El producto final es el fenómeno de “adentro hacia afuera”; el sentir, pensar, actuar de los diabéticos crónicos seleccionados por muestreo propositivo, por conveniencia 1. Psicólogo: Tiene usted familiares (papá, mamá, hermanos) que padecen diabetes.
2. Describir las Representaciones Sociales acerca de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en una muestra de pacientes crónicos de la ciudad de Puno como resultado de las creencias culturales	2. Psicólogo: Tiene usted presión arterial alta. 3. Psicólogo: Le ha dicho un profesional de salud que tiene hipertensión. 4. Psicólogo: Realiza usted algún tipo de actividad física. 5. Psicólogo: Qué alimentos le suben la glucosa. 6. Psicólogo: Qué alimentos le bajan la glucosa. 7. Psicólogo: El personal asistencial le visita periódicamente en su domicilio. 8. Psicólogo: El personal médico se comunica con usted regularmente. 9. Psicólogo: Su médico le ha diagnosticado algún problema cardiaco. 10. Psicólogo: Se ha desmayado en alguna oportunidad. Agregan los diabéticos crónicos: Diabético: “Me preocupa el excesivo número de pacientes en la consulta”. Diabético: “Siento molestias de enfermedades que el médico no me pregunta”. Diabético: “Conozco cuales son las complicaciones de la diabetes”. Diabético: “Conozco como comprender el manejo de mis alimentos”. Diabético: “Me preocupa que, a veces, faltan medicamentos e insumos”. Diabético: “Me preocupa que, muchas veces, debemos esperar muchos días para solicitar ser atendidos en turno de atención”.

Al diseñar el instrumento para recopilar las Representaciones Sociales, hemos considerado que las contribuciones de este trabajo de investigación siguen el enfoque procesual. Este enfoque se distingue por examinar el contenido de las Representaciones Sociales mediante un enfoque metodológico cualitativo. Después de plantear el problema de investigación, también se ha definido el objeto de estudio y se ha desarrollado su marco

de referencia. Posteriormente, se ha llevado a cabo el estudio de campo para recopilar las representaciones sociales (61).

Es fundamental entender que la elección y diseño de cualquier herramienta para la recopilación de datos empíricos es crucial para la interpretación de los resultados de investigación. Lansksbear y Knobel (2000) indican que la planificación del diseño de recolección de datos requiere una cuidadosa consideración del objetivo del estudio y del marco de referencia. Esto facilitaría la obtención de información empírica relevante que contribuirá al desarrollo de la investigación. (62)

3.5.1 La entrevista

Es una herramienta que facilita el acceso al mundo de pensamientos del individuo y al contenido de la Representación Social. Según Moscovici, esta es una herramienta esencial en cualquier investigación sobre representaciones sociales, ya que busca comprender el discurso de los individuos, donde se manifiestan las representaciones. Por ello, la naturaleza discursiva de la entrevista le otorga una riqueza y profundidad inigualables. Este instrumento implica un diálogo cuyo objetivo es recolectar información sobre un tema específico. Un discurso se desarrolla en un contexto particular de espacio, lugar y tiempo, y es parte de una cultura específica(9). Así, el individuo, en su discurso, elabora una argumentación basada en estos aspectos.9

3.5.2 La entrevista semiestructurada

Para capturar las Representaciones Sociales de los participantes, se desarrolla un conjunto flexible de preguntas relacionadas con el tema de estudio, lo cual permite realizar ajustes y añadir nuevas preguntas durante la entrevista (Nils y Rine, 2003). En nuestro estudio con 10 diabéticos crónicos, formulamos 10 preguntas y consideramos 6 reflexiones adicionales para asegurar que se aborde el tema de estudio y facilitar el intercambio entre los protagonistas. El diseño del instrumento de recolección de datos requiere la construcción de ejes de análisis teórico-metodológicos que conecten el marco de referencia con la evidencia empírica, ayudando a entender el problema de investigación (63).

En nuestro caso, los ejes de análisis incluyen visión, misión, calidad de vida y situaciones límite, que reflejan las condiciones de producción de

representaciones sociales, influenciadas por la singularidad del individuo y su contexto social. Nuestra muestra, seleccionada por conveniencia, nos permitió crear historias individuales para cada participante, recuperando elementos de antecedentes, problemáticas, preguntas de investigación y supuestos implícitos, concentrando así los aspectos que influyen en la construcción de la representación social.

Tabla 2

Dimensiones de la entrevista visión, misión, calidad de vida y situación límite

Objetivos	Descripción
1. Establecer las características de la educación en salud comunitaria en la ciudad de Puno.	PRIMERO. LA VISION SOCIAL. ¿Cómo percibe su enfermedad? 01. En mi experiencia, hay falta de seguimiento al paciente en la enfermedad. 02. No imparten educación diabetológica en Salud. 03. Existe diferentes criterios en el conocimiento de los médicos endocrinólogos 04. Reacciono críticamente a la falta de medicamentos para la diabetes. 05. Experimento falta de soporte familiar, y mi entorno está distanciado. 06. Siento deterioro de mis sentimientos y emociones, tengo carácter explosivo. 07. Existe deficiente conocimiento y habilidad para cumplir las recomendaciones médicas. 08. Siento falta de conocimiento de mi enfermedad, por esto me descuido 09. Me molesta la aplicación de medicamentos en forma diaria, quisiera abandonar 10. La aplicación de medicamentos varias veces al día, me perturba SEGUNDO. LA MISIÓN PSICOLÓGICA. ¿Qué debo conocer? 11. ¿Conozco cómo debo enfrentar a los sentimientos y emociones? 12. ¿Conozco cómo debo enfrentar la obesidad, la diabetes y la dislipidemia? 13. ¿Conozco cómo enfrentar la diabetes y el alcohol? 14. ¿Conozco cómo comprender el manejo de los carbohidratos? 15. ¿Conozco cómo comprender las grasas y aceites? 16. ¿Tengo reacciones de tensión, ansiedad y nerviosismo? 17. ¿Tengo dificultades económicas para sustentar los gastos de mi enfermedad? 18. ¿Experimento intervenciones no conversadas conmigo? 19. Tengo miedo a efectos adversos y secundarios del tratamiento 20. Me preocupa la complejidad del tratamiento con Insulina
2. Describir las Representaciones Sociales acerca de la diabetes mellitus tipo 2 en una muestra de pacientes crónicos de la ciudad de Puno como resultado de las creencias culturales	TERCERO. DIMENSIÓN CULTURAL ¿Cuál es el impacto en su vida personal? (Hábitos, ideas, creencias, valores y costumbres) 21. ¿Está usted satisfecho con la cantidad de tiempo que ocupa en revisiones? 22. ¿Está usted satisfecho con su tratamiento actual? 23. ¿Está usted satisfecho con la flexibilidad que tiene en su dieta? 24. ¿Está usted satisfecho con su conocimiento sobre la diabetes? 25. ¿Está usted satisfecho con su sueño? 26. ¿Está usted satisfecho con sus relaciones sociales y amistades? 27. ¿Está usted satisfecho con su vida sexual? 28. ¿Está usted satisfecho con la apariencia de su cuerpo? 29. ¿Está usted satisfecho con el tiempo que emplea para hacer ejercicio? 30. ¿Con qué frecuencia siente dolor asociado con el tratamiento de su diabetes?

CUARTO. LAS SITUACIONES LÍMITE. “Tengo que... (decidir)

Manejo de sentimientos y emociones

31. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado por tener que referir su diabetes en público?

32. ¿Con qué frecuencia se siente físicamente enfermo?

33. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para orinar?

34. ¿Con qué frecuencia encuentra que su diabetes limita sus relaciones sociales y amistades?

35. ¿Con qué frecuencia se siente restringido por su dieta?

36. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en su vida sexual?

37. ¿Con qué frecuencia su diabetes le impide conducir o usar una máquina (p. e.) máquina de escribir o computadora?

38. ¿Con qué frecuencia come algo que no debe, antes de decirle a alguien que tiene diabetes?

39. ¿Con frecuencia esconde a los demás el hecho de que usted está teniendo una reacción insulínica?

40. ¿Con qué frecuencia le preocupa si perderá el conocimiento?

3.5.3 Categorías

Este sistema ofrece categorías detalladas y exclusivas, cada una codificada con un único dígito por observadores entrenados cada tres segundos. La secuencia de dígitos obtenida permite examinar las proporciones y secuencias de la conducta verbal en cada categoría (64). Las respuestas están restringidas a opciones específicas que los sujetos deben seguir. Se trata de un método válido y confiable para registrar comportamientos observables, utilizado por profesionales con una orientación conductual. Para desarrollar un sistema de observación, es necesario definir los aspectos y comportamientos a observar, seleccionar una muestra representativa, contar con un repertorio adecuado de conductas, y establecer unidades y categorías de observación(65).

3.5.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

El cuestionario se compone de una serie de preguntas destinadas a evaluar una o varias variables. Las preguntas dentro de un cuestionario pueden abordar una amplia gama de temas según las variables que se deseen medir(66).

3.5.5 Técnicas de análisis

Cada una de las técnicas de clasificación puede presentar errores significativos, lo que afecta tanto su validez como su confiabilidad.(67) .

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

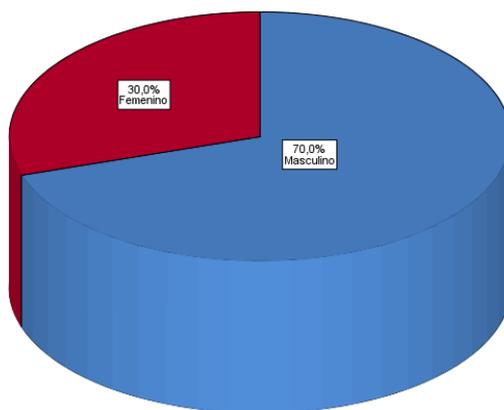
4.1 Resultados

4.1.1 Sexo del informante

En la figura 1, se registra que el 70% de participantes son de sexo masculino, el 30% de sexo femenino, de los cuales se intenta explicar la cantidad con las que se ha trabajado en el momento transeccional que no se ha determinado por seguimiento, sino por lo que se ha encontrado en el momento de la participación.

Figura 1

Sexo del informante

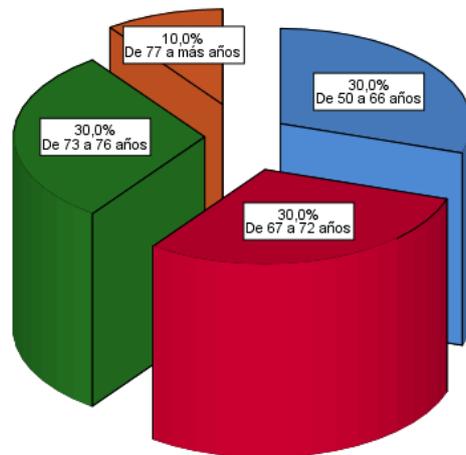


4.1.2 Grupos de edad del informante

En la figura 2, se aprecia la distribución de los participantes por grupos de edad donde el 60% de ellos se registran entre 70 a 80 años de edad y, 40% entre 50 y 60 años de edad.

Figura 2

Grupos de edad del informante

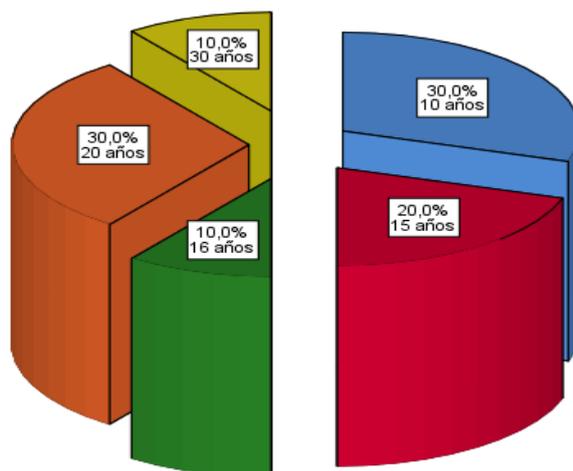


4.1.3 Años de tenencia de la enfermedad

En la figura 3, se aprecia la distribución en cuanto al tiempo de la dolencia de diabetes donde el 30% de los participantes son de 20 años de experiencia conociendo enfrentando en mal, el 30% de 10 años, el 20% tiene 15 años, y, 10% de 30 años, 2 entre 15 a 16 años.

Figura 3

Años de tenencia de la enfermedad del informante

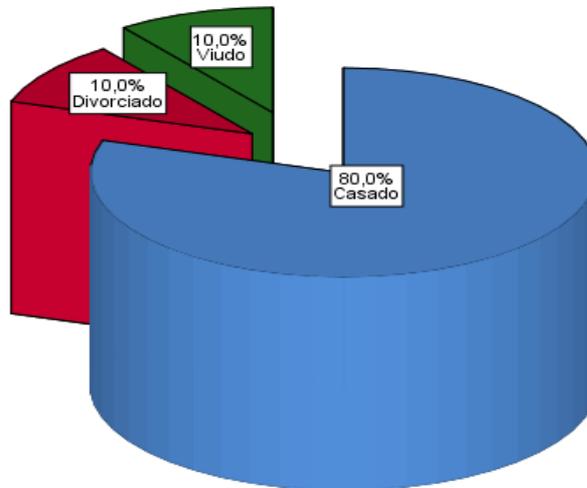


4.1.4 Estado civil del informante

En la figura 4, se aprecia el estado civil de los participantes donde el, 70% son casados, el 10% es soltero, otro 10% es viudo y el otro 10% divorciado.

Figura 4

Estado civil del informante

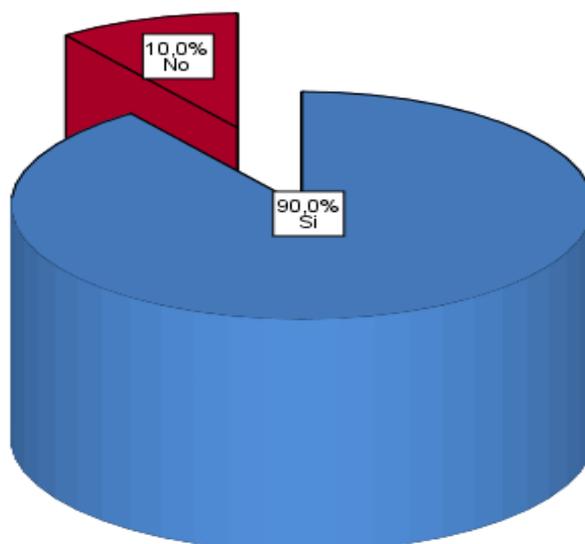


4.1.5 Tenencia de seguro

En la figura 5, se presenta el tipo de seguro que tienen, donde el 90% tienen Seguro Social y, el 10% tiene Seguro Social Agrario, que es un tipo de seguro independiente para poder recibir la atención, empero, se parecía que un 10% para continuar con sus controles, tuvieron que tramitar el seguro agrario.

Figura 5

Tenencia de seguro del informante





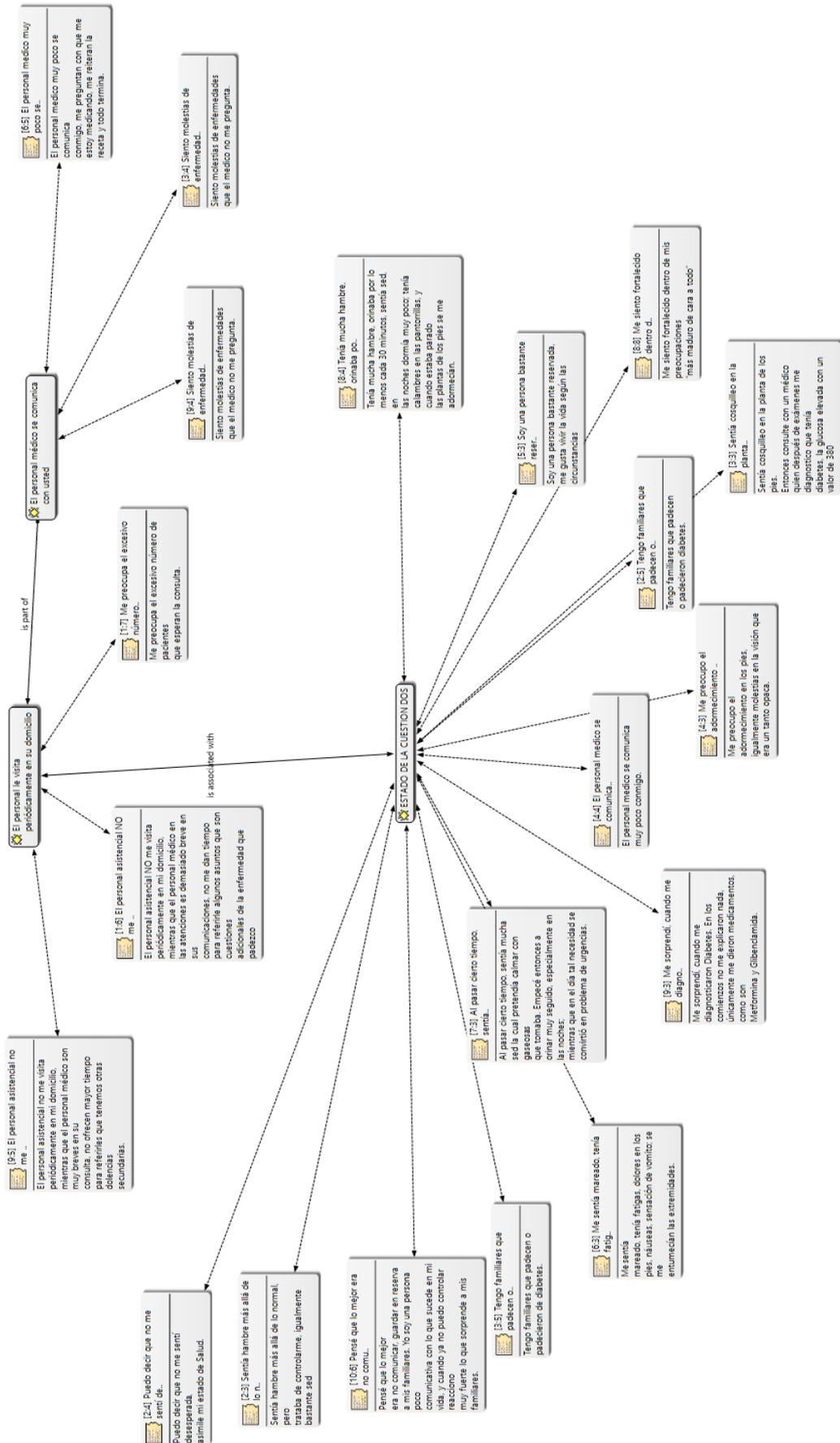
Este panorama, que aunque configurado de manera parcial e incompleta, se ha desarrollado a partir de los recursos disponibles e integra principalmente los estudios recientes en el ámbito de la salud, junto con aquellos trabajos que, aunque menos actuales, son ampliamente referenciados en la bibliografía debido a su rigor teórico y metodológico.

Así, se manifiesta la perspectiva del psicólogo que impulsa la reflexión entre los profesionales de la salud sobre nuestra realidad, una reflexión viable a través del estudio enfocado en el campo de las Representaciones Sociales para aumentar el interés. Adoptamos esta postura desde un juicio de valor comprometido con una realidad observable.

Las Representaciones Sociales constituyen una teoría en constante desarrollo y debate. Podemos acercarnos a esta teoría, aplaudida y al mismo tiempo controvertida, que resulta ser original, interesante y útil. La propuesta de las Representaciones Sociales representa una necesidad urgente que ofrece diversas posibilidades metodológicas.

El modelo de las Representaciones Sociales fomenta el debate y su aplicación creativa para entender en profundidad nuestra realidad social, manteniendo un rigor científico en el rol de agentes de cambio e intervención, y formulando propuestas cualitativas orientadas al crecimiento y desarrollo humano en el ámbito de las ciencias de la salud.

Figura 7
Estado de la cuestión dos.





De la investigación se desprende que, los 10 participantes afirman que, en su experiencia, hay falta de seguimiento al paciente en la enfermedad autoinmune de la diabetes; 5 participantes afirman que no imparten educación diabetológica para el conocimiento de la diabetes por ello desconocen muchos términos y sus implicancias; 9 participantes manifiestan que existen muchos criterios divergentes en el conocimiento y manejo de los médicos endocrinólogos; 7 participantes reaccionan críticamente a la falta de medicamentos y otros insumos para la diabetes; 9 participantes sienten deterioro de sus sentimientos y emociones, reaccionan muchas veces explosivamente; 6 participantes observan que existe deficiente conocimiento y habilidades sociales para cumplir las recomendaciones médicas, principalmente porque se olvidan las misma muy rápidamente; 7 participantes sienten que existe falta de conciencia de su enfermedad por esto se descuidan de la medicación y alimentación; asimismo, les molesta la aplicación de medicamentos en forma diaria, varias veces al día, quisieran abandonar el tratamiento; a 9 de los participantes les perturba la aplicación de medicamentos varias veces al día.

La política que tiene Essalud, en relación a la cantidad de atención al asegurado por día, es de 20 pacientes por turno, en consecuencia, es un indicador que permite manifestar que los profesionales no se abastecen para poder atender a los demás pacientes crónicos.

Falta capacitación del personal, para enfrentar la enfermedad, es una respuesta muy cruda porque las respuestas son la que validan sus versiones en base a su historia de vida.

4.1.6 Descripción del entorno social del informante

Tabla 3

Condiciones del entorno del participante.

Detalle	Si	No	Total
Tiene usted familiares (papá, mamá, hermanos) que padecen diabetes	90,0%	10,0%	100,0%
Tiene usted presión arterial alta	60,0%	40,0%	100,0%
Le ha dicho un profesional de salud que tiene hipertensión	60,0%	40,0%	100,0%
Realiza usted algún tipo de actividad física	60,0%	40,0%	100,0%
El personal asistencial le visita periódicamente en su domicilio	10,0%	90,0%	100,0%
El personal médico se comunica considerablemente	50,0%	50,0%	100,0%
Me preocupa el excesivo número de pacientes en la consulta	0,0%	100,0%	100,0%
Siento molestias de enfermedades que el médico no me pregunta	70,0%	30,0%	100,0%

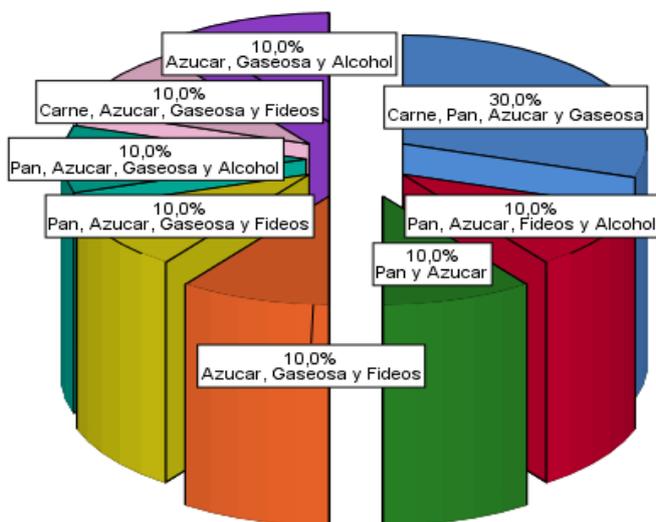
En la tabla 3, se aprecia que, ante la interrogante: ¿Tiene usted familiares que padecen de diabetes? el 90% de los participantes respondieron que SÍ y, 10% de ellos, respondieron que NO; asimismo, el 60% de los participantes ante la pregunta: ¿Tiene usted presión arterial alta? respondieron que SÍ y, 40% de ellos, respondieron que NO; ante la interrogante: ¿Le ha dicho un profesional médico que tiene hipertensión? el 60% de los participantes Respondieron que SÍ y, 40% de ellos respondió que NO; ante la interrogante: ¿Realiza usted algún tipo de educación física? El 60% de los participantes respondieron que SÍ y, otro 40% respondieron que NO; ante la pregunta: ¿El personal de salud le visita periódicamente en su domicilio? El 10% de los participantes respondieron que SÍ y el 90% de ellos respondieron que SI; 80% de los participantes

4.1.7 Alimentos que suben glucosa para el informante

En la figura 8 se aprecia que, el 100% de los participantes ante la interrogante: ¿Qué alimentos le suben la glucosa?, han generado una combinación de alimentos a la que ellos consideran la causa de la suba de la glucosa, entre ellos se aprecia que el 30.0% de los informantes respondieron que la carne, pan, azúcar y gaseosa y el resto producto de una combinación repartido entre cada uno de ellos al 10%, donde el producto coincidente entre los grupos es el azúcar y el pan.

Figura 8

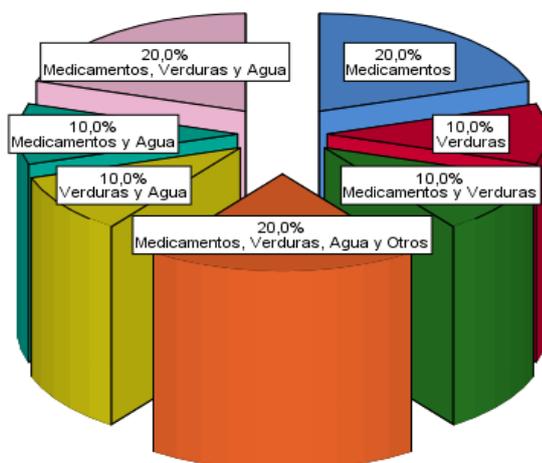
Alimentos que suben glucosa al informante



4.1.8 Alimentos que bajan glucosa para el participante

Figura 9

Alimentos que bajan glucosa al informante



En la figura 9, se aprecia que del 100% de los participantes ante la pregunta: ¿Qué alimentos le bajan la glucosa?, respondieron un grupo de combinaciones de los cuales no superan el 20.0%, como se puede apreciar existen dos grupos lo natural (verduras, agua, y otros) los medicamentos.

4.1.9 Visión social del participante en relación a la enfermedad

Tabla 4

Condiciones de la visión del participante

Detalle	Si	No	Total
En mi experiencia, hay falta de seguimiento al paciente en la enfermedad.	100,0%	0,0%	100,0%
No imparten educación diabetológica en salud.	50,0%	50,0%	100,0%
Existen diferentes criterios en el conocimiento de los médicos endocrinólogos.	90,0%	10,0%	100,0%
Reacciono críticamente a la falta de medicamentos para la diabetes.	70,0%	30,0%	100,0%
Experimento falta de soporte familiar y mi entorno está distanciado.	10,0%	90,0%	100,0%
Siento deterioro de mis sentimientos, emociones y tengo carácter explosivo.	90,0%	10,0%	100,0%
Existe deficiente conocimiento y habilidad para cumplir las recomendaciones médicas.	60,0%	40,0%	100,0%
Siento falta de conocimiento de mi enfermedad por eso me descuido.	80,0%	20,0%	100,0%
Me molesta la aplicación de medicamentos en forma diaria, quisiera abandonarlos.	70,0%	30,0%	100,0%
La aplicación de medicamentos varias veces al día me perturba.	90,0%	10,0%	100,0%

Ante la proposición: En mi experiencia, hay falta de seguimiento al paciente en la enfermedad, el 100,0% de los participantes manifestaron que sí; ante la proposición: No imparten educación diabetológica en salud, el 50,0% respondieron que sí y el otro 50,0% respondieron que no; ante la proposición: Existe diferentes criterios en el conocimiento de los médicos endocrinólogos, el 90,0% de los participantes respondieron que sí y el 10,0% respondieron que no; ante la proposición: Reacciono críticamente a la falta de medicamentos para la diabetes, el 70,0% de los encuestados respondieron que sí, y el otro 30,0% respondieron no; ante la proposición: Experimento falta de soporte familiar y mi entorno está distanciado, el 10,0% de los participantes manifestaron que sí y el 90,0% respondieron que no; ante la proposición: Siento deterioro de mis sentimientos y emociones, tengo carácter explosivo, el 90,0% respondieron que sí, y el otro 10,0% sotuvieron que no; ante la proposición: Existe deficiente conocimiento y habilidad para cumplir las recomendaciones médicas, el 60,0% y, el 40,0% responde que no; ante la proposición: Siento falta de conocimiento de

mi enfermedad por eso me descuido, el 80,0% respondieron que sí, y, el otro 20,0% manifestaron que no; ante la proposición: Me molesta la aplicación de medicamentos en forma diaria, quisiera abandonarlas, el 70,0% de los participantes respondieron que sí, y el otro 30,0% sostuvieron que no; ante la proposición: La aplicación de medicamentos varias veces al día me perturba, el 90,0% de los participantes respondieron que sí y el otro 10,0% manifestaron que no.

Tabla 5

Resumen de procesamiento de casos de visión social del informante.

	N	%
C Válido	10	100,0
a Excluidoa	0	,0
s Total	10	100,0
o		
s		

Nota. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

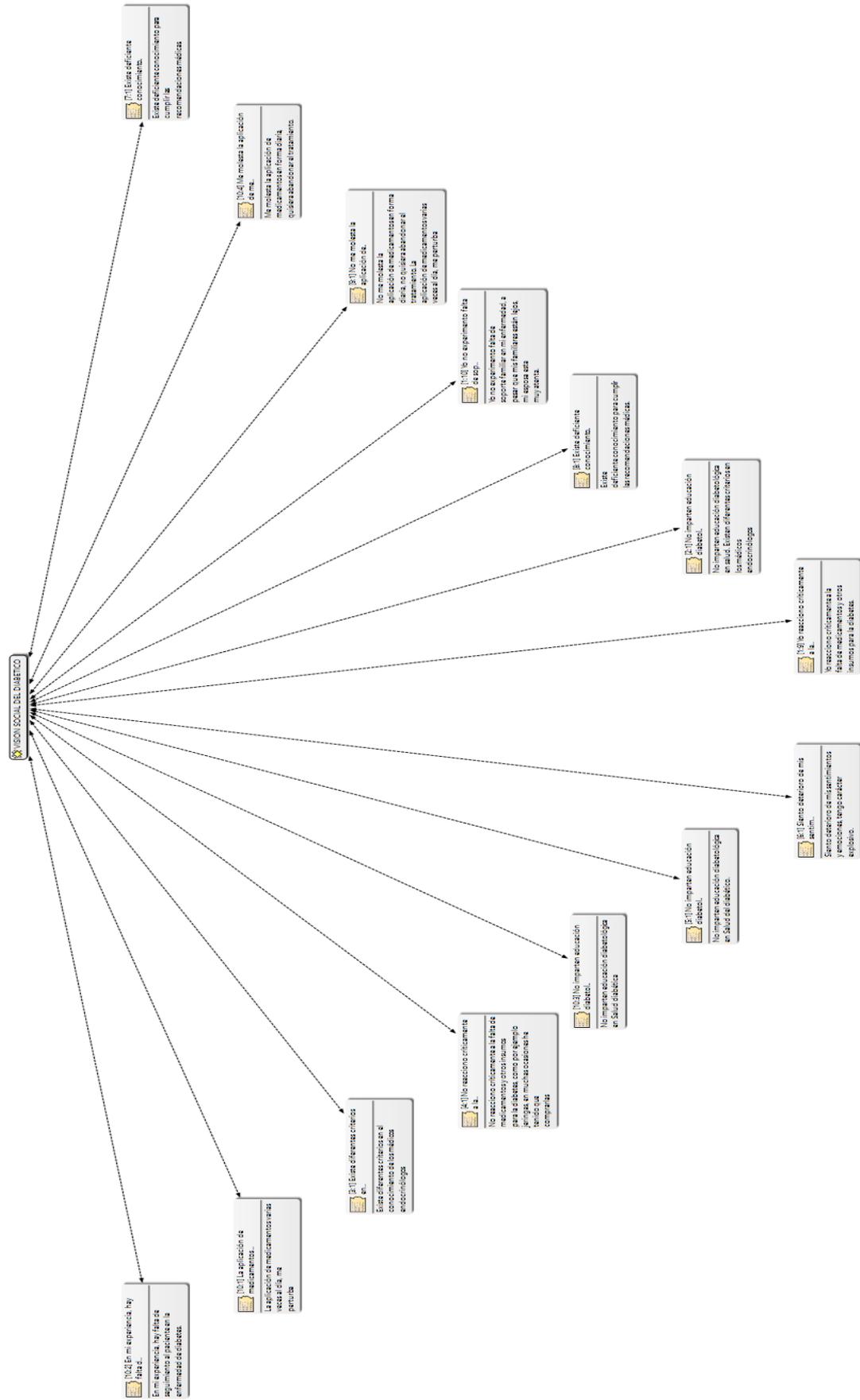
Tabla 6

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,720	10

La tabla 6 demuestra que los informantes brindaron un 0.720 de fiabilidad, lo que implica que sus respuestas fueron sinceras.

Figura 10
Vision social



En la figura 10, se describe la visión del infórmate de la cual se desprende que:

Los participantes afirmaron que en su experiencia hay falta de seguimiento al paciente en la enfermedad autoinmune de la diabetes; esto se debe a una mala administración del recurso presupuestal, lo que genera preocupación para los pacientes.

Del total de participantes, 5 afirmaron que no imparten educación diabetológica para el conocimiento de la diabetes, por ello desconocen muchos términos y sus implicancias;

La mayoría de los participantes afirman que existen muchos criterios divergentes en el conocimiento y manejo de los médicos endocrinólogos; lo médicos tienen diversidad de especialización, a pesar de ello siguen siendo considerados como tratantes de la diabetes, ante la ausencia de especialistas, lo que implica la diversidad de tratamientos para los pacientes.

La mayoría de los participantes reaccionan críticamente a la falta de medicamentos y otros insumos para la diabetes; porque existe un mal manejo administrativo de los requerimientos pedidos oportunos para su stock y así brindar de manera oportuna los medicamentos a los pacientes.

Por otra parte, 9 participantes sienten deterioro de sus sentimientos, emociones y reaccionan muchas veces explosivamente; mientras que 6 de los participantes observaron que existe deficiente conocimiento y habilidades sociales para cumplir las recomendaciones médicas, principalmente porque se olvidan de las misma muy rápidamente; asimismo, 7 de los participantes sienten que existe falta de conciencia de su enfermedad por esto se descuidan de la medicación y alimentación; también, 7 de los participantes les molesta la aplicación de medicamentos en forma diaria, varias veces al día, quisieran abandonar el tratamiento; y 9 de los participantes les perturba la aplicación de medicamentos varias veces al día.

4.1.10 La misión psicológica del informante que debe conocer

Tabla 7

Misión psicológica del informante

Detalle	Estoy seguro	No estoy seguro	Tengo duda	Total
Conozco qué es la Diabetes Mellitus Tipo 2.	30,0%	50,0%	20,0%	100,0%
Conozco en qué consiste la Diabetes Mellitus Tipo 2.	40,0%	40,0%	20,0%	100,0%
Conozco cómo debo enfrentarme a mis sentimientos y emociones.	40,0%	50,0%	10,0%	100,0%
Conozco cómo debo enfrentar la obesidad, la diabetes y la dislipidemia.	50,0%	30,0%	20,0%	100,0%
Conozco cómo enfrentar la diabetes y el alcohol.	50,0%	40,0%	10,0%	100,0%
Conozco cuáles son las complicaciones de la diabetes.	60,0%	40,0%	0,0%	
Conozco cómo aplicar la bomba de insulina.	30,0%	60,0%	10,0%	100,0%
Conozco cómo comprender el manejo de los carbohidratos.	20,0%	70,0%	10,0%	100,0%
Conozco cómo comprender las grasas y aceites.	30,0%	40,0%	30,0%	100,0%
Conozco cómo comprender el manejo de mis alimentos.	50,0%	40,0%	10,0%	100,0%
Tengo reacciones de tensión, ansiedad y nerviosismo.	70,0%	30,0%		
Tengo dificultades económicas para sustentar los gastos de mi enfermedad.	50,0%	20,0%	30,0%	100,0%
Experimento intervenciones no conversadas conmigo.	20,0%	50,0%	30,0%	100,0%
Tengo miedo a efectos adversos y secundarios del tratamiento.	60,0%	10,0%	30,0%	100,0%
Me preocupa la complejidad del tratamiento con insulina.	40,0%	20,0%	40,0%	100,0%
Conozco cómo entender el manejo de las proteínas.	20,0%	60,0%	20,0%	100,0%
Conozco cómo debe ser el monitoreo de la diabetes.	20,0%	70,0%	10,0%	100,0%
Conozco cómo es el tratamiento de la Diabetes Mellitus.	10,0%	70,0%	20,0%	100,0%
Existe deficiente relación del paciente con su enfermedad y con el médico	80,0%	10,0%	10,0%	100,0%
Constantemente se me baja el estado de ánimo y estoy deprimido.	30,0%	50,0%	20,0%	100,0%

En la tabla 7, a la pregunta: Conozco qué es la Diabetes Mellitus Tipo 2, el 30,0% de los participantes manifestaron estar seguros, el 50,0% de los participantes manifestaron No estar seguros y el 20,0% manifestaron tener dudas; a la pregunta: Conozco en qué consiste la Diabetes Mellitus Tipo 2, el 40,0% de los participantes manifestaron que sí, el 40% indicaron que no están seguros y el 20,0% manifestaron tener dudas; a la pregunta: Conozco cómo debo enfrentar a los sentimientos y emociones, el 40,0% de los participantes manifestaron estar seguros saber cómo enfrentarlos, el 50,0% no está seguro y el 10,0% sostuvieron que tienen dudas.

A la pregunta: Conozco cómo debo enfrentar la obesidad, la diabetes y la dislipidemia, el 50,0% de los participantes sostuvieron estar seguro de saberlos enfrentar, el 30,0% no estuvieron seguros y el 20,0% sostuvieron que tienen dudas; a la pregunta: Conozco cómo enfrentar la diabetes y el alcohol, el 50,0% de los participantes manifestaron estar seguros de saberlos enfrentar, el 40,0% que no se encuentran seguros y el 10,0% sostuvieron que tienen dudas.

A la pregunta: Conozco cuáles son las complicaciones de la diabetes, el 60,0% de los participantes manifiesta que estar seguros de conocerlas, el 40,0% respondieron no estar seguros; a la pregunta: Conozco cómo aplicar la bomba de insulina, el 30,0% de los participantes manifestaron estar seguros de aplicarla, el 60,0% respondieron no estar seguros y el 10,0% sostuvieron tener dudas; a la pregunta: Conozco cómo comprender el manejo de los carbohidratos, el 20,0% de los participantes manifestaron estar seguros de comprender su manejo, el 70,0% respondieron no estar seguros y el 10,0% sostuvieron que tienen dudas; a la pregunta: Conozco cómo comprender las grasas y aceites, el 30,0% de los participantes manifestaron estar seguros de comprender su manejo, el 40,0% respondieron no estar seguros y el 30,0% sostuvieron tener dudas. A la pregunta: Conozco cómo comprender el manejo de mis alimentos, el 50,0% de los participantes manifestaron estar seguros comprender su manejo, el 40,0% sostuvieron no estar seguros y el 10,0% asumieron tener dudas; a la pregunta: Tengo reacciones de tensión, ansiedad y nerviosismo, el 70,0% de los participantes manifestaron estar seguros de tenerlas, el 30,0% respondieron no estar seguros; a la pregunta: Tengo dificultades económicas para sustentar los gastos de mi enfermedad, el 50,0% de los participantes expresaron estar seguro

de tenerlas, el 20,0% respondieron no estar seguros y el 30,0% sostuvieron que tienen dudas; a la pregunta: Experimento intervenciones no conversadas conmigo, el 20,0% de los participantes manifestaron estar seguros de experimentarlas, el 50,0% respondieron no estar seguros y el 30,0% manifestaron tener dudas; a la pregunta: Tengo miedo a efectos adversos y secundarios del tratamiento, el 60,0% de los participantes manifestaron estar seguros de tenerlos, el 10,0% consideraron no estar seguros, y el 30,0% sostuvieron tener dudas; a la pregunta: Me preocupa la complejidad del tratamiento con insulina, el 40,0% de los participantes manifestaron estar seguros de la preocupación, el 20,0% sostuvieron no estar seguros y el 40,0% sostuvieron que tiene dudas; a la pregunta: Conozco cómo entender el manejo de las proteínas, el 20,0% de los participantes manifestaron estar seguros de entenderlo, el 60,0% sostuvieron no estar seguros y el 20,0% manifestaron tener dudas; a la pregunta: Conozco cómo debe ser el monitoreo de la diabetes, el 20,0% de los participantes manifestaron estar seguros de conocer el monitoreo, el 70,0% respondieron no estar seguros y el 10,0% manifestaron tener dudas.

A la pregunta: Conozco cómo es el tratamiento de la Diabetes Mellitus, el 10,0% de los participantes manifestaron estar seguros de conocer el tratamiento, el 70,0% respondieron no estar seguros y el 20,0% sostuvieron estar en duda; a la pregunta: Existe deficiente relación del paciente con su enfermedad y con el médico, el 80,0% de los participantes manifestaron estar seguros de la deficiente de relación, el 10,0% sostuvieron no estar seguros y el 10,0% expresaron estar en duda; a la pregunta: Constantemente se me baja el estado de ánimo y estoy deprimido, el 30,0% de los participantes manifestaron estar seguros de disminuirles su estado anímico afectando su depresión, el 50,0% expresaron no estar seguros y el 20,0% sostuvieron tener duda.

Tabla 8

Resumen de procesamiento de casos de la misión psicológica del informante

	N	%
Casos Válido	10	100,0
Excluido ^a	0	0,0
Total	10	100,0

Tabla 9

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,940	20

La tabla 9 demuestra que los informantes brindan un 0.940 de fiabilidad, lo que implica que sus respuestas fueron sinceras.

Figura 11
Misión del informante



En la figura 11 se aprecia la Misión del informante investigación realizada se puede concluir que: 5 de los participantes admiten estar seguros que conocen como enfrentar a los sentimientos y emociones que perciben los diabéticos y, otros 4 admiten no estar seguros que conocen cómo enfrentar a los sentimientos y emociones; 6 de los participantes afirman conocer cómo deben enfrentar la obesidad, la diabetes y la dislipidemia; 6 de los participantes conocen como deben enfrentar la diabetes y el alcohol; 6 de los participantes no están seguros de como comprender el manejo de los carbohidratos; 4 de los participantes no están seguros de como comprender y usar las grasas y aceites; 7 de los participantes tienen reacciones de tensión, ansiedad y nerviosismo, 6 de los participantes tiene dificultades económicas para sustentar los gastos de su enfermedad; 5 de los participantes experimenta intervenciones no conversadas (no autorizadas) por el paciente; 6 de los participantes tiene miedo a efectos adversos y secundarios del tratamiento de diabetes; 4 de los participantes le preocupa la complejidad del tratamiento con insulina.

Los mejores tipos de alcohol para las personas con diabetes son aquellos con un bajo contenido de azúcar o carbohidratos. Esto incluye cervezas ligeras, vinos tintos y blancos, licores destilados y cocteles bajos en carbohidratos, siempre y cuando no se use jugos o jarabes azucarados

4.1.11 Dimensión cultural, en base al impacto en su vida personal: hábitos, ideas, creencias, valores, costumbres del informante

Tabla 10

Impacto en su vida personal culturalmente

Detalle	Si	No	Total
¿Está usted satisfecho con la cantidad de tiempo que ocupa en revisiones?	30,0%	70,0%	100,0%
¿Está usted satisfecho con su tratamiento actual?	40,0%	60,0%	100,0%
¿Está usted satisfecho con la flexibilidad que tiene en su dieta?	60,0%	40,0%	100,0%
¿Está usted satisfecho con su conocimiento sobre la diabetes?	30,0%	70,0%	100,0%
¿Está usted satisfecho con su sueño?	40,0%	60,0%	100,0%
¿Está usted satisfecho con sus relaciones sociales y amistades?	60,0%	40,0%	100,0%
¿Está usted satisfecho con su vida sexual)	30,0%	70,0%	100,0%
¿Está usted satisfecho con la apariencia de su cuerpo?	70,0%	30,0%	100,0%
¿Está usted satisfecho con el tiempo que emplea para hacer ejercicio?	50,0%	50,0%	100,0%
¿Con qué frecuencia siente dolor asociado con el tratamiento de su diabetes?	60,0%	40,0%	100,0%

Tabla 11

Resumen de procesamiento de casos de la dimensión cultural del informante

	N	%
Casos Válido	10	100,0
Excluido ^a	0	0,0
Total	10	100,0

Tabla 12

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,768	10

La tabla 12 demuestra que los informantes brindaron un 0.768 de fiabilidad, lo que implica que sus respuestas fueron sinceras.

Figura 12

Dimensión cultural del informante





Del impacto en la vida personal del participante, sobre los hábitos, ideas, creencias, valores, costumbres, se tiene que: 7 de los participantes no están satisfechos con la cantidad de tiempo que ocupa en revisiones sobre su estado físico en la consulta; 6 de los participantes no está satisfecho con su tratamiento actual puesto admiten que existe nuevos medicamentos que no se les administra; 5 de los participantes si está satisfecho con la flexibilidad que tiene en su dieta y, otros 5 pacientes no está satisfecho con la dieta; 7 de los participantes NO está satisfecho con su conocimiento sobre la diabetes por falta de educación en diabetes; 6 de los participantes NO está satisfecho con su sueño, considera que es parte de la enfermedad; 6 de los participantes está satisfecho con sus relaciones sociales y amistades, pero se siente reprimido, discriminado y aislado; 7 de los participantes NO está satisfecho con su vida sexual, se siente disminuido y afectado en su seguridad conyugal; 7 de los participantes está satisfecho con la apariencia personal de su cuerpo; 5 de los participantes están satisfechos con el tiempo que emplea para hacer ejercicio físico en bien de su salud, pero otros 5 no está satisfecho con el tiempo para el ejercicio; 7 de los participantes con frecuencia siente dolor asociado con el tratamiento de su diabetes, especialmente al ser inyectado con medicamentos.

4.1.12 Las situaciones límite, en base al manejo de sentimientos y emociones del informante

Tabla 13

Impacto de la situación límite en que se recurre el informante

Manejo de sentimientos y emociones	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	Total
¿Con qué frecuencia se siente avergonzado por tener que referir su diabetes en público?	20,0%	40,0%	10,0%	20,0%	10,0%	100,0%
¿Con qué frecuencia se siente físicamente enfermo?	0,0%	30,0%	30,0%	40,0%	0,0%	100,0%
¿Con qué frecuencia tiene problemas para orinar?	10,0%	40,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%
¿Con qué frecuencia encuentra que su diabetes limita sus relaciones sociales y amistades?	30,0%	20,0%	20,0%	30,0%	0,0%	100,0%
¿Con qué frecuencia se siente restringido por su dieta?	0,0%	20,0%	30,0%	40,0%	10,0%	100,0%
¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en su vida sexual?	10,0%	40,0%	40,0%	10,0%	0,0%	100,0%
¿Con qué frecuencia su diabetes le impide conducir o usar una máquina (p. e.) máquina de escribir o computadora?	10,0%	60,0%	30,0%	0,0%	0,0%	100,0%
¿Con qué frecuencia come algo que no debe, antes de decirle a alguien que tiene diabetes?	10,0%	40,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%
¿Con qué frecuencia esconde a los demás el hecho de que usted está teniendo una reacción insulínica?	50,0%	20,0%	20,0%	10,0%	0,0%	100,0%
¿Con qué frecuencia le preocupa si perderá el conocimiento?	30,0%	20,0%	40,0%	10,0%	0,0%	100,0%

En la tabla 13, aprecia sobre las situaciones límite de los diabéticos crónicos de la investigación, donde el 40% manifestaron que algunas veces, el 20% responde que casi siempre, 7 de ellos (siempre, casi siempre, algunas veces) con frecuencia se sienten avergonzados por tener que referir su diabetes en

público; 10 de los participantes (siempre, casi siempre, a veces), con frecuencia se sienten físicamente enfermos durante su experiencia con diabetes; 9 de los participantes (siempre, casi siempre, algunas veces), con frecuencia tiene problemas para orinar cuando le sorprende la necesidad; 7 de los participantes (Siempre, casi siempre, algunas veces), encuentra que su diabetes limita sus relaciones sociales y amistades, lo cual le hace sentir discriminado; 9 de los participantes (siempre, casi siempre, algunas veces), se siente restringido por su dieta y así no puede ingerir lo que quisiera; 8 de los participantes (siempre, casi siempre, algunas veces), su diabetes interfiere en su vida sexual, así se siente disminuido en esta función; 9 de los participantes (siempre, casi siempre), su diabetes le impide conducir o usar una máquina de escribir o computadora, entonces no puede trabajar como quisiera; 9 de los participantes (a veces, muy pocas veces), con frecuencia come algo que no debe, antes de decirle a alguien que tiene diabetes, así se siente muy limitado en sus elecciones de alimentos; 5 de los participantes (a veces, muy pocas veces), con frecuencia esconde a los demás el hecho de que está teniendo una reacción insulínica, se siente avergonzado y preocupado, muy ansioso; 7 de los participantes (algunas veces, muy pocas veces, siempre), con frecuencia le preocupa si perderá el conocimiento, más aún si se encuentra solo.

Tabla 14

Resumen de procesamiento de casos en base a las situaciones límite del manejo de sentimientos y emociones

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	10	100,0

Tabla 15

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,821	10

La tabla 15 demuestra que los informantes brindaron un 0.821 de fiabilidad, lo que implica que sus respuestas fueron sinceras.

Sobre las situaciones límite de los diabéticos crónicos de la investigación, se tiene que: 7 de ellos (siempre, casi siempre, algunas veces) con frecuencia se sienten avergonzados por tener que referir su diabetes en público; 10 de los participantes (siempre, casi siempre, a veces), con frecuencia se sienten físicamente enfermos durante su experiencia con diabetes; 9 de los participantes (siempre, casi siempre, algunas veces) , con frecuencia tiene problemas para orinar cuando le sorprende la necesidad; 7 de los participantes (siempre, casi siempre, algunas veces), encuentra que su diabetes limita sus relaciones sociales y amistades, lo cual le hace sentir discriminado; 9 de los participantes (siempre, casi siempre, algunas veces), se siente restringido por su dieta y así no puede ingerir lo que quisiera; 8 de los participantes (siempre, casi siempre, algunas veces), su diabetes interfiere en su vida sexual, así se siente disminuido en esta función; 9 de los participantes (siempre, casi siempre), su diabetes le impide conducir o usar una máquina de escribir o computadora, entonces no puede trabajar como quisiera; 9 de los participantes (a veces, muy pocas veces), con frecuencia come algo que no debe, antes de decirle a alguien que tiene diabetes, así se siente muy limitado en sus elecciones de alimentos; 5 de los participantes (a veces, muy pocas veces), con frecuencia esconde a los demás el hecho de que está teniendo una reacción insulínica, se siente avergonzado y preocupado, muy ansioso; 7 de los participantes (algunas veces, muy pocas veces, siempre), con frecuencia le preocupa si perderá el conocimiento, más aún si se encuentra solo.

4.2 **Discusión**

4.2.1 **Con respecto a las representaciones sociales**

La teoría de las Representaciones Sociales resulta particularmente adecuada para entender la dimensión subjetiva tanto individual como colectiva en el análisis de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Esta teoría se inserta en una dinámica específica y continua que exige un proceso de análisis, comprensión e intervención, fundamentales para el avance social y una mayor comprensión de la diabetes. Utilizar una teoría científica como herramienta de investigación implica una profunda comprensión de su origen, sus posibilidades y limitaciones, así como una actitud crítica y abierta hacia su aplicación en el estudio de la diabetes.

Contribuir al conocimiento de la teoría de las Representaciones Sociales, una teoría compleja y debatida, requiere presentar reflexiones personales desarrolladas durante su estudio y aplicación. La Representación Social se diseñó como un enfoque innovador para conceptualizar actitudes, intentando capturar la expresión subjetiva de las experiencias de personas con diabetes. Esta idea busca reflejar un pensamiento social personal que surge en el contexto cotidiano y desempeña un papel significativo en la estructura de la realidad social.

Las Representaciones Sociales representan una construcción subjetiva multidimensional que integra elementos culturales, ideológicos y socioestructurales, así como dimensiones afectivas, cognitivas y simbólicas. Este concepto se refiere a un tipo de conocimiento específico, el saber común, que organiza comportamientos y facilita la comunicación entre individuos. Las Representaciones Sociales son construcciones cognitivas compartidas que reflejan los mitos y creencias de las sociedades tradicionales, adaptadas a la interacción social cotidiana en la actualidad.

4.2.2 Con respecto a la Diabetes Mellitus Tipo 2

La diabetes es una afección grave que conlleva grandes riesgos si no se maneja de manera correcta. Aunque no tiene cura, los avances en su tratamiento permiten que la mayoría de las personas con diabetes lleven una vida activa y saludable, siempre que se hagan responsables de su propio bienestar. Este compromiso implica seguir una dieta balanceada, mantener una rutina de ejercicios, realizar pruebas de glucosa con regularidad y, en algunos casos, tomar medicación. Los médicos pueden ofrecer orientación y apoyo, pero el control diario de la diabetes está en manos del paciente.

El objetivo de esta tesis no es sustituir la labor del médico, sino proporcionar a las personas con diabetes una mejor comprensión de su condición. La diabetes es una enfermedad compleja, y se sugiere a los lectores buscar información adicional en clínicas, hospitales y con sus propios médicos. Cuanto más se informe, mejor preparado estará para manejar la diabetes y disfrutar de una vida satisfactoria. La vigilancia continua es el costo de una buena salud, pero la recompensa es considerable.

A menudo, la diabetes está envuelta en mitos y malentendidos, como la creencia de que solo afecta a los niños o que el único tratamiento son las inyecciones de insulina. En realidad, la mayoría de las personas con diabetes son mayores de 40 años y pueden manejar su enfermedad mediante ajustes en la dieta, ejercicio y, en algunos casos, medicación oral. Entender que existen dos tipos de diabetes, cada uno con sus propios síntomas y tratamientos, es esencial para gestionar esta enfermedad de manera efectiva.

4.2.3 Con respecto a la misión del diabético

Es fundamental que una persona con diabetes comprenda que un control deficiente de la glucosa en sangre, tanto en la Diabetes Insulina Dependiente como en la No Dependiente, puede provocar graves daños en diversas partes del cuerpo. Estos daños pueden desembocar en complicaciones severas y potencialmente mortales, tanto a corto como a largo plazo, y el riesgo de estas complicaciones aumenta con el tiempo que se ha tenido la enfermedad. Las complicaciones pueden desarrollarse de manera silenciosa, con pocos síntomas visibles hasta que están en una etapa avanzada, por lo que es vital monitorear los niveles de glucosa, realizar exámenes regulares y mantener una vigilancia continua.

Para quienes padecen Diabetes No Insulina Dependiente, el primer paso es controlar la enfermedad a través de una dieta adecuada y ejercicio regular. El médico orientará al paciente en la implementación de una rutina de actividad física para mejorar los niveles de glucosa en sangre. Si tras un mes de seguir estas recomendaciones no se observan mejoras, el médico podrá recetar medicamentos. Sin embargo, la dieta y el ejercicio siguen siendo fundamentales y deben mantenerse como parte del tratamiento a largo plazo.

El control de la diabetes exige una "vigilancia constante" para gestionar la enfermedad de manera efectiva. Esto incluye el monitoreo regular de los niveles de glucosa en casa y la realización de pruebas de cetonas en la orina cuando sea necesario. Además, el médico solicitará otros análisis para evaluar el manejo de la diabetes y examinar posibles complicaciones en los vasos sanguíneos, nervios y ojos. Esta revisión constante permite detectar problemas a tiempo para aplicar un tratamiento adecuado, y una gestión efectiva de la diabetes abarca una dieta equilibrada, ejercicio regular y consultas periódicas con el médico.

4.2.4 Respeto de la dimensión cultural.

En ciertas culturas, la planificación a largo plazo es apreciada más que las preocupaciones inmediatas. Esta dimensión cultural, que engloba valores, creencias y perspectivas sobre la sociedad, tiene una influencia significativa en la producción y las expresiones en internet. La dimensión cultural explora conocimientos, concepciones y actitudes respecto a la salud y la enfermedad, las prácticas de atención médica y los modelos de relación en diversos contextos sociales. Comprender esta dimensión es fundamental para examinar las prácticas de salud y promover el bienestar en distintas comunidades.

En el ámbito de la salud, los aspectos culturales a menudo se consideran menos importantes que los factores biomédicos. No obstante, la dimensión cultural es mucho más que una simple diferencia; es clave para comprender las prácticas de salud y las relaciones en el ámbito asistencial. Este enfoque cultural abarca conocimientos, actitudes e interpretaciones relacionadas con la salud y la enfermedad, y es vital en la educación en salud. Es importante tener en cuenta estas dimensiones culturales en todas las poblaciones, no solo en contextos externos.

Es necesario distinguir entre hábitos, ideas, creencias, valores y costumbres dentro de una cultura. Los hábitos son comportamientos automáticos y repetitivos, las ideas son representaciones mentales basadas en experiencias o imaginación, y las creencias son convicciones personales. Los valores impulsan acciones y definen nuestra manera de vivir, mientras que las costumbres son prácticas tradicionales que caracterizan a diferentes comunidades. Estos elementos configuran la idiosincrasia de los grupos sociales, influyendo en la vida cotidiana y en nuestra percepción de la salud y la enfermedad.

4.2.5 Respeto de las situaciones límite en el diabético

Las experiencias extremas como el temor, el dolor, la culpa, el conflicto, la insatisfacción, la muerte y el suicidio marcan los contornos de la vida espiritual interna del ser humano y su práctica cotidiana. Estos límites de la existencia se dirigen hacia el “vacío”, un abismo desconocido que simboliza el fin de nuestras habilidades y vivencias. La vida enfrenta situaciones que no pueden ser



modificadas ni evitadas, y estas circunstancias constituyen el telón de fondo de nuestras vidas y del pensamiento filosófico que surge a partir de ellas.

En la vida, fenómenos como la muerte, la vejez, el remordimiento y el sufrimiento son condiciones inevitables que no pueden ser controladas de manera ordinaria. Estos aspectos son inalterables y están más allá del dominio humano, actuando como barreras definitivas en nuestra existencia. Enfrentar estos límites no solo pone de manifiesto la fragilidad de nuestra existencia, sino que también plantea dudas sobre nuestra capacidad para manejar nuestra propia realidad y comprender el valor de nuestra vida.

Los límites humanos fundamentan el aprendizaje y el desarrollo en todos los aspectos, ya sean físicos, mentales o filosóficos. La ausencia de tales límites daría lugar a la falta de formas y, por ende, a la inexistencia de cualquier estructura o definición en nuestras vidas. La tendencia a evitar la realidad, al enfrentar problemas y buscar escapatorias, refleja una forma de lidiar con la ansiedad y la desilusión, mientras que reconocer estos límites puede ser clave para la reflexión y el crecimiento personal..

CONCLUSIONES

PRIMERA: Se concluye que, la teoría de las representaciones sociales, resulta oportuna en el camino de hacer inteligible la subjetividad individual y social que significa el estudio de la Diabetes Mellitus Tipo 2, la misma que se integra en una dinámica continua, particular y muy específica que demanda análisis, comprensión e intervención; acciones indispensables para el progreso social y un mayor conocimiento de la diabetes. Esto se valida con las respuestas que se tienen dentro de la estadística de fiabilidad de Alfa de Cronbach, donde los informantes en relación a las condiciones de la visión del participante su Alfa de Cronbach es 0,720; en relación a la misión psicológica del informante que debe conocer su Alfa de Cronbach es 0,940; en relación al impacto en su vida personal culturalmente su Alfa de Cronbach es 0,768 y en relación al impacto de la situación límite en que se recurre el informante su Alfa de Cronbach es 0,821.

SEGUNDA: En relación a la diabetes es una enfermedad seria con probabilidades de causar grandes daños si no se controla. Los avances en el tratamiento significan que la mayoría de los diabéticos pueden disfrutar de una vida activa y saludable, siempre y cuando tomen la responsabilidad de su propia salud. La diabetes es incurable (hasta donde se sabe). Esto implica un compromiso de por vida con la dieta, el ejercicio, pruebas de sangre y posiblemente medicación. Este compromiso debe hacerlo el mismo individuo; los médicos solo pueden dar su consejo, su apoyo y su ayuda. En consecuencia, los establecimientos de salud se vuelven inadecuados, así lo indican el personal asistencial le visita periódicamente en su domicilio, el 90,0% manifestaron que no lo visitan; es más el 100,0% manifestaron que **les preocupa el excesivo número de pacientes en la consulta;** además, el 70,0% de los informantes manifestaron que **sienten molestias de enfermedades que el médico no les pregunta.** Asimismo, el 100,0% manifestaron que en base a mi experiencia, hay falta de seguimiento al paciente en la enfermedad. Además, están convencidos que no imparten educación diabetológica en salud.



TERCERA: En relación a las creencias culturales se concluye que, las costumbres de la vida cotidiana son distintas en cada grupo social conformando su idiosincrasia distintiva, que, en el caso de grupos definidos localmente, conforman un determinado carácter nacional, regional o comercial. Otros pueden ser grupos de salud y de enfermedad. Esto se hace importante porque se refiere a cuestiones tan cruciales como los saberes, las concepciones, actitudes e interpretaciones de los conjuntos sociales sobre la salud y la enfermedad, las practicas domesticas de atención, o los modelos de relaciones existente en cada contexto entre los distintos sujetos implicados, tanto en el plano practico como en el simbólico. Lo cultural, pues, remite a un conjunto complejo de factores que tienen una importancia decisiva en las relaciones asistenciales, en la prevención y la promoción de la salud, y muy especialmente en la educación para la salud. Así lo corroboró el 70,0% de los informantes que no encontraron satisfacción con su conocimiento sobre la diabetes; el 70,0% de los informantes no *está satisfecho con la cantidad de tiempo que ocupa en sus revisiones*; el 60,0% de los informantes no está satisfecho con su tratamiento actual.



RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** En forma ideal, todos los diabéticos deberían tener acceso a servicios denominados terciarios, lugares donde les pueden revisar los ojos, los pies y los riñones, así como hacerles un examen general de la evolución de su salud.
- SEGUNDA:** Los especialistas en diabetes, situados generalmente en los hospitales más importantes, ofrecen consejo oportuno y ayuda en todos los aspectos del cuidado y control de la enfermedad.
- TERCERA:** Los especialistas en dichos centros evaluarán al paciente, le diseñarán un tratamiento especial para el paciente y le enseñarán a revisar su glucosa en la sangre.
- CUARTA:** El médico general es quien mejor le aconsejara donde puede encontrar la ayuda que necesita el paciente.
- QUINTA:** El paciente diabético debe preguntar sobre los hospitales más importantes de su localidad y averiguar si tienen una clínica de diabetes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aquije OM. Nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus en adultos jóvenes entre 20 y 30 años del centro de salud San Juan de Dios – Pisco [Internet]. Vol. 4. Universidad Autónoma de Ica. Facultad de Ciencias de la salud. Trabajo de investigación, para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Chíncha - Perú; 2016. Available from: [http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/168/1/OLGA MIRTHA AQUIJE MENDOZA-CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES MELLITUS.pdf](http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/168/1/OLGA_MIRTHA_AQUIJE_MENDOZA-CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES MELLITUS.pdf)
2. Taylor SJ, Bodgan S. La observación participante en el campo. Introd a los métodos Cual Investig [Internet]. 1984;1. Available from: http://www.edumargen.org/docs/2018/curso36/unid02/apunte05_02.pdf
3. Quintana A. Metodología de Investigación Científica Cualitativa. Psicol Tópicos Actual [Internet]. 2006; Available from: <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/267/3634305-Metodologia-de-Investigacion-Cualitativa-A-Quintana.pdf>
4. Mora M. Individuals, Relationships and Culture: Links Between Ethnology and the Social Sciences. Athenea Digit [Internet]. 2002;23(4):782. Available from: <https://ddd.uab.cat/pub/athdig/15788946n2/15788946n2a8.pdf>
5. Piña JM, Cuevas Y. Perfiles educativos Su uso en la investigación educativa en México. Perfiles Educ [Internet]. 2004;1–17. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/132/13210605.pdf>
6. Durkheim E. Lecciones de sociología. La idea la Fenomenol. 1897;113–24.
7. Moscovici S. Introducción a la psicología social [Internet]. Vol. 7. Editorial Planeta, S. A., Calvet, 51 53, Barcelona (España) Cubierta: Hans Romberg (montaje, Martínez Aránega) Depósito legal: B. 29989-1975 1 SBN 84-3? ㄱ7714 3 Printed In Spain / Impreso en España/la Imprenta Juvenil, S. A. - Maracalbo, 11. Barcelona-16; 1975. 37–72 p. Available from: https://www.researchgate.net/publication/269107473_What_is_governance/link/548173090cf22525dcb61443/download%0Ahttp://www.econ.upf.edu/~reynal/C

- ivil wars_12December2010.pdf%0Ahttps://think-
asia.org/handle/11540/8282%0Ahttps://www.jstor.org/stable/41857625
8. Jodelet D. La Representación Social: Fenómenos, concepto y Teoría. In 1986.
 9. Moscovici S. E L Psicoanálisis [Internet]. Vol. 4, Papers on Social Representations: Electronic Version. La psychanalyse son image et son public @ 1961, Presses Universitaires de France @ 1979, Editorial Huemul S. A. Avda. Belgrano 624, Buenos Aires Impreso en la Argentina Printed in Argentina Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723 Prohibida la repr; 1979. 363 p. Available from: <https://taniars.files.wordpress.com/2008/02/moscovici-el-psicoanálisis-su-imagen-y-su-publico.pdf>
 10. Moscovici S. Psicología social, I Influencia y cambio de actitudes Individuos y grupos [Internet]. © 1984, Presses Universitaires de France; © 1985, de todas las ediciones en castellano, Ediciones Paidós Ibérica, S. A. Av. Diagonal 662-664, 08034, Barcelona, España.; 1985. 360 p. Available from: <http://books.google.es/books?id=Pz8Hq9QSPsYC&lpg=PA1&hl=es&pg=PA1#v=onepage&q&f=false>
 11. Perera M. A propósito de las representaciones sociales. apuntes teóricos, trayectoria y actualidad. Americania [Internet]. 2021;2021(14):63–91. Available from: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/cuba/cips/caudales05/Caudales/ARTICULOS/ArticulosPDF/02P075.pdf>
 12. Sakai P. Tratamiento endoscópico de ERGE, análisis comparativo de los métodos disponibles. Medwave [Internet]. 2004;4(5). Available from: <https://www.medwave.cl/puestadia/congresos/1046.html>
 13. García L, Torales J, Giménez MB, Flores LE, Gómez de Ruiz N, Centurión OA. Informa mundial sobre la diabetes. Rev Virtual la Soc Paraguaya Med Interna [Internet]. 2016;3(2):71–6. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204877/WHO_NMH_NVI_16_3_spa.pdf;jsessionid=B54D4F57EF6216DDADE86B09F34EAB19?sequence=1
 14. Ezkurra P. Fundación redGDPS [Internet]. Euromedice Vivactis. © Copyright



2016. Fundación redGDPS. Avda. dels Vents, 9-13, esc. B, 2.º 1.ª 08917 Badalona euromedice@euromedice.net www.euromedice.net El; 2016. p. 255. Available from:
https://redgdps.org/gestor/upload/GUIA2016/Guia_Actualizacion_2016.pdf
15. Sacha HA. Una guía simple para potenciar la energía humana y prevenir enfermedades. Planeta [Internet]. 2020;23. Available from: https://planetadelibrospe0.cdnstatics.com/libros_contenido_extra/45/44409_1_G ENERANDO_VOLTAJE-INTERIOR-web.pdf
 16. Samper D, Monerris MM, Homs M, Soler M. Aetiology and management of diabetic peripheral neuropathy. Rev la Soc Esp del Dolor [Internet]. 2010;17(6):286–96. Available from: https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v17n6/revision_mbe2.pdf
 17. Revista digital de difusion gratuita. Diabetes y salud emocional. Fed española diabetes [Internet]. 2020;19. Available from: <https://fedesp.es/wp-content/uploads/2020/07/Revista-99-EN3D-JULIO-2020.pdf>
 18. Rodríguez L, Mendoza M, Sirtori A, Caballero I, Suárez M, Álvarez M. Riesgo de Diabetes Mellitus tipo 2, Sobrepeso y Obesidad en adultos del distrito de Barranquilla. Rev Salud Pública y Nutr [Internet]. 2018;17(4):1–10. Available from: <https://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/389/336>
 19. Cuellar R, Martínez M, Moreira W, Salcido de Pablo P, Vázquez P. Diabetes mellitus y su asociación con cáncer de páncreas en el anciano: reporte de caso y revisión de la bibliografía. Med Interna México. 2010;26(5):512–5.
 20. Reyes F, Perez M, Ramirez M, Jimenez Y. Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. Neuroimaging Pharmacopoeia. 2015;20(1):289–92.
 21. Guaman G. Conocimientos y Actitud de pacientes y Personal de Enfermería en el Autocuidado en la Diabetes Mellitus Tipo 2 según Postulados Teorizantes de Dorotea Orem en el Hospital General Docente Ambato. Univ TÉCNICA AMBATO. 2018;73.
 22. Zayas J, Lora S, Benítez C, Cuba S. Hemoglobina glucosilada en pacientes con diabetes mellitus. Medisan [Internet]. 2015;19(4):555–61. Available from:

- <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n4/san12194.pdf>
23. Casasola K, Casas D. Representaciones Sociales De Diabetes Tipo 2: Revisión Narrativa En América Latina. Univ Autónoma del Estado México. 2020;9.
 24. López P, Lavín J, Hernández C, Carrera M. La experiencia vivida de las personas que padecen diabetes : un estudio fenomenológico. Nuberos Cient. 2013;32–8.
 25. Zavala A, Fernández E. Diabetes mellitus tipo 2 en el Ecuador: revisión epidemiológica. Medicencias UTA. 2018;2(4):3.
 26. García Y, Casanova D, Raymond G. Estrés, apoyo social y representación de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus. Rev Cuba Endocrinol [Internet]. 2020;31(1):2–24. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/end/v31n1/1561-2953-end-31-01-e162.pdf>
 27. Socorro P, Yam V, Martín M. Estilo de vida y hemoglobina glucosilada en la diabetes mellitus tipo 2. Rev Enfermería del Inst Mex del Seguro Soc [Internet]. 2010;18(2):81–8. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2010/eim102d.pdf>
 28. Márquez J, Yanez L, Salazar J. Relación entre sentido de coherencia y diabetes mellitus: una revisión sistemática. Cienc e Saude Coletiva. 2020;25(10):3955–67.
 29. Pinilla A, Barrera M, Sánchez A, Mejía A. Factores de riesgo en diabetes mellitus y pie diabético: un enfoque hacia la prevención primaria. Rev Colomb Cardiol [Internet]. 2013;20(4):213–22. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0120-5633\(13\)70058-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0120-5633(13)70058-5)
 30. Amagua L, Pazmiño I. Representaciones sociales sobre diabetes Mellitus y sus complicaciones en los pacientes diabéticos y sus familias quienes acuden a la consulta externa de medicina familiar del centro de salud tipo C conocoto en el primer semestre del 2019. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2019.
 31. Arteaga A, Cogollo R, Muñoz D. Apoyo social y control metabólico en la diabetes mellitus tipo 2. Rev Cuid [Internet]. 2017;8(2):1668–76. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732017000201668

32. Gonçalves F, Coutinho M, Cipriano J, Gaudino J, Carcalho A, Moroges J. Representaciones sociales sobre Diabetes Mellitus y tratamiento: una investigación psicosociológica. *Rev Psicol IMED*. 2018;10:36–53.
33. Moreno-Altamirano L, García-García JJ, Soto-Estrada G, Capraro S, Limón-Cruz D. Epidemiología y determinantes sociales asociados a la obesidad y la diabetes tipo 2 en México. *Rev Médica Del Hosp Gen México*. 2014;77(3):114–23.
34. Landa R, Castillo L del C, Padilla N. Representación social de la diabetes tipo 2 en mujeres bajo la teoría del núcleo central. *Investig en Enfermería Imagen y Desarro* [Internet]. 2019;21(1):1–23. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145257605007>
35. Ortiz-Ruiz N. Relaciones entre las desigualdades sociales y la Diabetes Mellitus tipo 2. *Gerenc y Políticas Salud*. 2020;19:1–21.
36. Ortiz Ruiz N. Relaciones entre las desigualdades sociales y la Diabetes Mellitus tipo 2. *Gerenc y Políticas Salud*. 2020;19:1–21.
37. Pérez A, Berenguer M. Algunos determinantes sociales y su asociación con la diabetes mellitus de tipo 2. 2015;19(10):1268–71. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n10/san121910.pdf>
38. Pérez A, Berenguer M. Algunos determinantes sociales y su asociación con la diabetes mellitus de tipo 2. *MEDISAN*. 2015;19(10):1268–71.
39. Arcos MJ, Peña KE. Representaciones sociales de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes de Cuautla, México. *Pensam Psicológico* [Internet]. 2019;17(2):121–34. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612019000200121
40. Arcos MJ, Peña KE. Representaciones sociales de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes de Cuautla, México. *Pensam Psicológico*. 2019;17(2):121–34.
41. Rodríguez A, Camacho E, Escoto M, Contreras G, Casas D. Representación social del apoyo familiar al diabético en usuarios de una unidad de medicina familiar en Chalco, Estado de México. *Medwave*. 2014;14(7):e6011.

42. Andrade JM, Páramos D, Ramírez E. Representaciones sociales de las personas con diabetes mellitus tipo 2 en Neiva (Colombia). Pensam & Gestión [Internet]. 2021;(50):100–16. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-62762021000100100&lang=es%0Ahttp://www.scielo.org.co/pdf/pege/n50/2145-941X-pege-50-100.pdf
43. Perez O, Saba T, Padrón M, Molina R. Diabetes mellitus gestacional. Rev Venez Endocrinol y Metab. 2012;10(2):148–56.
44. García C. Diabetes mellitus en la gestación. Med Interna México. 2008;2:477–80.
45. Concepción R, Ávalos MI. Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. Rev Cuba Salud Publica [Internet]. 2013;39(2):331–45. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2013.v39n2/331-345/es>
46. Villena J. Epidemiología de la Diabetes Mellitus en el Perú. Diagnostico [Internet]. 2016;55(4):173–81. Available from: http://www.diresajunin.gob.pe/noticia/id/2019111447_con_gran_regocijo_pacientes_diabticos_y_personal_de_salud_particip_en_la_caminata_de_sensibilizacin_por_el_da_mundial_de_la_diabetes/
47. Figueroa R, Yábar G. Las representaciones sociales de pacientes de origen quechua con Diabetes Tipo 2 sobre su enfermedad y tratamiento en dos hospitales del Cusco TT - The social representations of patients of Quechua origin with Type 2 Diabetes about their disease and trea. Rev Fac Med Hum [Internet]. 2021;21(4):839–50. Available from: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/pkw9z%0Ahttps://fi-admin.bvsalud.org/document/view/6tkw8>
48. Figueroa R. Representaciones sociales de pacientes de origen quechua con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de dos hospitales de Cusco, Peru [Internet]. Tesis para optar el Grado de Doctor en Salud Pública; 2022. Available from: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/13167/Representaciones_FigueroaMujica_Ramon.pdf?sequence=1&isAllowed=y
49. Figueroa R, Yabar G. Las representaciones sociales de pacientes de origen

- Quechua con diabetes tipo 2 sobre su enfermedad y tratamiento en dos hospitales del cusco. Rev la Fac de Med Humana [Internet]. 2021;21(4):839–50. Available from: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/11/1342248/18-las-representaciones-sociales-de-pacientes-de-origen-quechu_wR9h7a5.pdf
50. Marquez E, Baron P. Diabetes mellitus tipo 2 en niños y adolescentes. Medwave. 2010;6(8):36–47.
51. OMS S de IT. Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas. Vol. 47, Helvetica Chimica Acta. © Organización Mundial de la Salud 2003; 2003. 1837–1839 p.
52. Goday A. Epidemiología de la diabetes y sus complicaciones no coronarias. Rev Española Cardiol. 2002;55(6):657–70.
53. Gobierno Regional Puno. Plan de desarrollo regional concertado al 2021 [Internet]. Journal of Chemical Information and Modeling. Retrieved from; 2008. 210 p. Available from: http://www.regionpuno.gob.pe/descargas/presupuestoparticipativo/consolidado_plan_concertado_2021.pdf
54. Ortiz E. Epistemología de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa. Rev Claseshistoria [Internet]. 2013;(12):1–23. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5174556><http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5174556.pdf>
55. Maxwell J. Diseno De Investigacion Cualitativa [Internet]. Editorial Gedisa S.A. 2019. 352 p. Available from: <https://luisdoubrontgschool.files.wordpress.com/2021/01/maxwell.-diseno-de-investigacion-cualitativa.pdf>
56. Pimienta J, De la Orden A. Metodología de la investigación. Pearson [Internet]. 2017;3:216. Available from: https://www.researchgate.net/publication/269107473_What_is_governance/link/548173090cf22525dcb61443/downloadhttp://www.econ.upf.edu/~reynal/Civil_wars_12December2010.pdf<https://think-asia.org/handle/11540/8282><https://www.jstor.org/stable/41857625>

57. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf; 2018. 387–410 p.
58. Hernández R, Fernandez-Collado C, Baptista P. Metodologia de la investigación [Internet]. Edición McGraw-Hill. 1996. Available from: http://www.academia.edu/download/38758233/sampieri-et-al-metodologia-de-la-investigacion-4ta-edicion-sampieri-2006_ocr.pdf
59. Moreno E. Manual de Uso de SPSS. 2008;279. Available from: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500727/Guia_SPSS.pdf
60. Quintana A. Metodología de Investigación Científica Cualitativa. Quintana, A. y Montgomery, W. (Eds.) (2006). Psicología: Tópicos de actualidad. Lima: UNMSM; 2006.
61. Redondo CG. El programa R, herramienta clave en investigación. El programa R, herramienta clave en investigación. 2017.
62. Velazco V, Martinez V, Hernandez J, Huazano F, Nieves A. Muestreo y Tamaño de Muestra [Internet]. E-Libro.Net. 2002. 67 p. Available from: https://e-libro.net/libros/libro.aspx?idlibro=1893%0Ahttps://drive.google.com/file/d/1IOaIer6rU51xJPL4TP4uU2hAk_GPnqv/view?fbclid=IwAR1oadYcYQvr02wcSaWRR1c_y-SVCjum9fsMce78fgGwojp-Yw1GmRYG1Qg
63. Heidegger M. Martin Heidegger - Introducción a la Investigación fenomenológica. 2006. p. 318.
64. Mejía E. Tecnicas e instrumentos de investigación [Internet]. Métodos, técnicas e instrumentos de investigación. © Unidad de Post Grado de la Facultad de Educación de la UNMSM Serie: Textos para la Maestría en Educación.; 2005. 7 p. Available from: <http://online.aliat.edu.mx/adistancia/InvCuantitativa/LecturasU6/tecnicas.pdf>
65. Quezada N. Metodolgia De La Investigacion. Estadisitica de la Investigación. Vol. 53, Metodolgia De Invetigacion. 2017. 1689–1699 p.



66. Ariza M, Velasco L. Métodos cualitativos y su aplicación empírica: Por los caminos de la investigación sobre migración internacional. Vol. 7, Migraciones Internacionales. Universidad Nacional Autónoma de México Instituto de Investigaciones Sociales El Colegio de la Frontera Norte. Ciudad Universitaria, 04510, México, D.F.; 2015. 546 p.
67. Coffey A, Atkinson P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. [Internet]. Editorial Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.; 2003. 268 p. Available from: www.editorialudea.com

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario

CUESTIONARIO / ENTREVISTA

“REPRESENTACIONES SOCIALES EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2: CARACTERÍSTICAS SOCIALES, PSICOLÓGICAS Y CULTURALES EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CRÓNICOS DE LA CIUDAD DE PUNO”.

Amable participante:

Esta es una motivación, que nos lleva a plantearnos una reflexión dentro del marco de la humanidad que a todos nos preocupa. En Puno, el control de la diabetes mellitus se ha convertido en un problema de Salud, económico y social grave, muy significativo, para el paciente, su familia, la sociedad y el propio estado, de ahí la importancia de abordar aspectos que durante años han sido olvidados o ignorados por la comunidad médica pero que están latentes y requieren atención inmediata para abatir el riesgo que tenemos por esta enfermedad y saldar el compromiso social de todos con las personas portadoras crónicas de este padecimiento. Por lo que sentimos necesario estudiar cuáles son las Representaciones Sociales (ideas, creencias), que tienen los pacientes crónicos de la comunidad en la región Puno, de esta manera contribuir en los avances de conocimiento, y un mejor trato para el paciente de esta enfermedad, planteándote en la presente **entrevista - cuestionario** de interrogantes, que le **INVOCAMOS**, puedas responder con el mayor grado de sinceridad por lo que sientes realmente.

Gracias a usted por su participación.

PARTICIPANTE

Sexo.....Edad.....Grado de instrucción.....

Natural de.....Residencia habitual.....Fecha...../...../.....

Antigüedad de la dolencia.....Centro de trabajo.....

Jubilado: (SI) (NO) ¿Tiene Seguro Social? (SI) (NO)

Estado civil: Casado (SI) (NO) Divorciado (SI) (NO) Viudo (a) (SI) (NO)

NOTA: ¿Le interesaría pertenecer a una institución que agrupe a los diabéticos, para garantizar: una representación, un mejor trato asistencial y calidad de vida? (SI) (NO).

ENTREVISTA.

1. Psicólogo: Tiene usted familiares (papá, mamá, hermanos) que padecen diabetes.
2. Psicólogo: Tiene usted presión arterial alta.
3. Psicólogo: Le ha dicho un profesional de salud que tiene hipertensión.
4. Psicólogo: Realiza usted algún tipo de actividad física.
5. Psicólogo: Qué alimentos le suben la glucosa.
6. Psicólogo: Qué alimentos le bajan la glucosa.
7. Psicólogo: El personal asistencial le visita periódicamente en su domicilio.
8. Psicólogo: El personal médico se comunica con usted regularmente.
9. Psicólogo: Su médico le ha diagnosticado algún problema cardiaco.
10. Psicólogo: Se ha desmayado en alguna oportunidad.

Agregan los diabéticos crónicos:

Diabético: “Me preocupa el excesivo número de pacientes en la consulta”.

Diabético: “Siento molestias de enfermedades que el médico no me pregunta”.

Diabético: “Conozco cuales son las complicaciones de la diabetes”.

Diabético: “Conozco como comprender el manejo de mis alimentos”.

Diabético: “Me preocupa que, a veces, faltan medicamentos e insumos”.

Diabético: “Me preocupa que, muchas veces, debemos esperar muchos días para solicitar ser atendidos en turno de atención”.

CUESTIONARIO

PRIMERO. LA VISIÓN SOCIAL. ¿Cómo percibe su enfermedad?		
	SI	NO
01. En mi experiencia, hay falta de seguimiento al paciente en la enfermedad.		
02. No imparten educación diabetológica en Salud.		
03. Existe diferentes criterios en el conocimiento de los médicos endocrinólogos.		
04. Reacciono críticamente a la falta de medicamentos para la diabetes.		
05. Experimento falta de soporte familiar, y mi entorno está distanciado.		
06. Siento deterioro de mis sentimientos y emociones, tengo carácter explosivo.		
07. Existe deficiente conocimiento y habilidad para cumplir las recomendaciones médicas.		
08. Siento falta de conocimiento de mi enfermedad por eso me descuido.		
09. Me molesta la aplicación de medicamentos en forma diaria, quisiera abandonarlos.		
10. La aplicación de medicamentos, varias veces al día me perturba.		

SEGUNDO. LA MISIÓN PSICOLÓGICA. ¿Qué debo conocer?			
	Estoy seguro	No estoy seguro	Tengo duda
11. ¿Conozco cómo debo enfrentar a los sentimientos y emociones?			
12. ¿Conozco cómo debo enfrentar la obesidad, la diabetes y la dislipidemia?			
13. ¿Conozco cómo enfrentar la diabetes y el alcohol?			
14. ¿Conozco cómo comprender el manejo de los carbohidratos?			
15. ¿Conozco cómo comprender las grasas y aceites?			
16. ¿Tengo reacciones de tensión, ansiedad y nerviosismo?			
17. ¿Tengo dificultades económicas para sustentar los gastos de mi enfermedad?			
18. ¿Experimento intervenciones no conversadas conmigo?			
19. ¿Tengo miedo a efectos adversos y secundarios del tratamiento?			
20. ¿Me preocupa la complejidad del tratamiento con insulina?			

TERCERO. DIMENSIÓN CULTURAL ¿Cuál es el impacto en su vida personal?		
(Hábitos, Ideas, Creencias, Valores, Costumbres)	SI	NO
21. ¿Está usted satisfecho con la cantidad de tiempo que ocupa en revisiones?		

22. ¿Está usted satisfecho con su tratamiento actual?		
23. ¿Está usted satisfecho con la flexibilidad que tiene en su dieta?		
24. ¿Está usted satisfecho con su conocimiento sobre la diabetes?		
25. ¿Está usted satisfecho con su sueño?		
26. ¿Está usted satisfecho con sus relaciones sociales y amistades?		
27. ¿Está usted satisfecho con su vida sexual?		
28. ¿Está usted satisfecho con la apariencia de su cuerpo?		
29. ¿Está usted satisfecho con el tiempo que emplea para hacer ejercicio?		
30. ¿Con qué frecuencia siente dolor asociado con el tratamiento de su diabetes?		

CUARTO. LAS SITUACIONES LÍMITE. "Tengo que... (decidir)					
Manejo de sentimientos y emociones	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Muy pocas	Nunca
31. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado por tener que referir su diabetes en público?					
32. ¿Con qué frecuencia se siente físicamente enfermo?					
33. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para orinar?					
34. ¿Con qué frecuencia encuentra que su diabetes limita sus relaciones sociales y amistades?					
35. ¿Con qué frecuencia se siente restringido por su dieta?					
36. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en su vida sexual?					
37. ¿Con qué frecuencia su diabetes le impide conducir o usar una máquina (p. e.) máquina de escribir o computadora?					
38. ¿Con qué frecuencia come algo que no debe, antes de decirle a alguien que tiene diabetes?					
39. ¿Con qué frecuencia esconde a los demás el hecho de que usted está teniendo una reacción insulínica?					
40. ¿Con qué frecuencia le preocupa si perderá el conocimiento?					

Gracias por su participación

Anexo 2. Matriz de consistencia lógica

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES VARIABLES E INDICADORES	DIMENSIONES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>PROBLEMA GENERAL ¿La educación en salud comunitaria se relaciona con las Representaciones Sociales acerca de la Diabetes Mellitus Tipo 2?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Analizar las características de la educación en salud comunitaria y su relación con las Representaciones Sociales acerca de la Diabetes Mellitus Tipo 2.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL La educación en salud comunitaria se relaciona con las representaciones sociales acerca de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en una muestra de pacientes crónicos de la ciudad de Puno.</p>	<p>INDEPENDIENTES: X=PASD X1=alimentación, nutrición X2=modelo de atención al usuario X3=programa de salud al diabético - participa el usuario - medicamentos -calidad atención X4=gestión estratégica del PASD - planificación de la capacidad operativa - objetivos y metas propuestas DEPENDIENTE Y=evaluación y gestión de PASD Y1=DESCENTRALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN Y2= PLANES DE SALUD LOCAL Y3= LOGROS PASD - logros obtenidos - niveles de calidad - establecimiento de salud Y4= limitación de PASD</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Visión - Misión - Ética - Relaciones Interpersonales - Individuo - Persona - Personalidad - Social - Psicológica - Cultural 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de bibliografía - Revisión de artículos científicos - Observación directa - encuesta
<p>1- ¿Cuáles son las características de la educación en salud comunitaria?</p>	<p>1.- Las características de los programas de salud comunitaria acerca de la Diabetes Mellitus Tipo 2, son inadecuadas y no se ajustan a la realidad de nuestra región en el mundo andino.</p>	<p>1.- Las características de los programas de salud comunitaria acerca de la Diabetes Mellitus Tipo 2, son inadecuadas y no se ajustan a la realidad de nuestra región en el mundo andino.</p>			
<p>2.- ¿Cuáles son las representaciones sociales acerca de la Diabetes Mellitus Tipo 2 como resultado de las creencias culturales?</p>	<p>2.- Describir las representaciones sociales acerca de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en una muestra de pacientes crónicos de la ciudad de Puno como resultado de las creencias culturales.</p>	<p>2.- Las representaciones sociales acerca de la Diabetes Mellitus Tipo 2 son inexactas debido a las creencias culturales en una muestra de pacientes crónicos de nuestra región andina.</p>			

Anexo 3. Narraciones sobre historias de vida

NARRACIONES SOBRE HISTORIAS DE VIDA

M. S c. Wilfredo PARRA VALDIVIA 2022

1. JESUS: “Me sentí sorprendido, cuando mis músculos disminuyeron”

A Jesús, profesor de educación secundaria, le diagnosticaron diabetes del tipo 2 hace 16 años.

Nos refiere:

“Me di cuenta que me estaba adelgazando, sentía mucha sed, y en las noches se me quitaba el sueño, en otras veces no lograba conciliar el sueño, pensé entonces que algo me estaba pasando por lo que decidí consultar a un médico. Después de exámenes me indico que tenía elevada la glucosa hasta 350. Soy muy deportista, practico el futbol y fulbito desde muy joven, entonces desarrolle buena musculatura en las piernas, pero últimamente he perdido tales condiciones. Me he sentido muy preocupado y disminuido en mis posibilidades de jugar como antes. En la actualidad tengo 67 años de edad. Tengo grado de instrucción superior. Soy natural de Puno y vivo en Puno. Me he sentido identificado con la investigación que se propone el Psicólogo que es docente de la UNAP. Por esto colaboro muy gustosamente. Me he contactado con el profesional el 29 de junio 2021. Debo decir que soy profesor cesante, jubilado. Tengo Seguro Social. Mi estado civil soy casado.

Me gustaría pertenecer a una institución que agrupe a los diabéticos, para garantizar un mejor trato asistencial y calidad de vida. Una representación. Actualmente existen progresos en el tratamiento de la diabetes. Tengo familiares que padecen o padecieron de diabetes. Tengo presión alta. Me ha comunicado un profesional de salud que tengo hipertensión. Realizo algún tipo de actividad física. Me he dado cuenta que hay productos que me suben la glucosa en mi alimentación, tales como: carne, pan, azúcar, gaseosa, fideos, y suelo consumir en oportunidades bebidas que contienen alcohol; mientras que hay otros productos que me bajan la glucosa, tales como: medicamentos que consumo, agua, verduras. El personal asistencial NO me visita periódicamente en mi domicilio, mientras que el personal médico en las atenciones es demasiado breve en sus comunicaciones, no me dan tiempo para referirle algunos asuntos que son cuestiones adicionales de la enfermedad que padezco. Me preocupa el excesivo número de pacientes que esperan la consulta. Siento molestias de enfermedades que el médico no me pregunta por reducido tiempo que dedican al paciente diabético. Estoy convencido que no imparten educación diabetes a los pacientes. Existen diferentes criterios en los médicos endocrinólogos. Ante ello reacciono críticamente, además por la falta de medicamentos”.

PRIMERO. VISIÓN SOCIAL DEL DIABÉTICO: ¿Cómo percibe su enfermedad? Visión Social del diabético crónico.

“En mi experiencia, hay falta de seguimiento al paciente en la enfermedad de diabetes. No imparten educación para el conocimiento de la diabetes, por esto desconozco muchos términos y sus implicancias. Puedo afirmar que existen muchos criterios en el conocimiento y manejo en los médicos endocrinólogos. Yo reacciono críticamente a la falta de medicamentos y otros insumos para la diabetes. Yo no experimento falta de

soporte familiar en mi enfermedad, a pesar que mis familiares están lejos, mi esposa está muy atenta. Actualmente siento deterioro de mis sentimientos y emociones, reacciono muchas veces explosivamente. He podido observar que existe deficiente conocimiento y habilidades sociales para cumplir las recomendaciones médicas, principalmente, porque se olvidan las mismas rápidamente. Yo siento que adolezco de cierta falta de conciencia de mi enfermedad por esto, en ocasiones, me he descuidado. Me molesta la aplicación de medicamentos en forma diaria, varias veces al día. Quisiera abandonar mi tratamiento. La aplicación de medicamentos varias veces al día, me hace sentir perturbado.”

SEGUNDO. MISIÓN DEL DIABÉTICO. ¿Que debe conocer sobre su enfermedad? La dimensión psicológica del diabético crónico.

“Estoy seguro que conozco como enfrentar a los sentimientos y emociones que perciben los diabéticos. No estoy seguro que conozco como debo enfrentar la obesidad, la diabetes y la dislipidemia. Estoy seguro como enfrentar la diabetes y el alcohol”.

Estoy seguro como comprender el manejo de los carbohidratos. Estoy seguro como comprender y usar las grasas y los aceites en mi alimentación”.

“Estoy seguro que tengo reacciones de tensión, ansiedad y nerviosismo. No estoy seguro que tenga dificultades económicas para sustentar los gastos adicionales de mi enfermedad”.

“No estoy seguro de experimentar intervenciones no conversadas conmigo. Estoy seguro que no tengo miedo a efectos adversos y secundarios del tratamiento de diabetes”.

“No estoy seguro que me preocupa la complejidad del tratamiento con insulina”.

TERCERO. LA DIMENSIÓN CULTURAL.

¿Cuál es el impacto en su vida personal? (Hábitos, ideas, creencias, valores, costumbres)

“No me encuentro satisfecho con la cantidad de tiempo que me ocupa en revisiones. Pienso no estar satisfecho con mi tratamiento actual, existen medicamentos de última generación que no nos proporcionan. La profesional dietista no es muy efectiva en sus indicaciones. Conozco medianamente sobre la diabetes. En materia de mi sueño este es muy irregular, no es estable. Mis relaciones sociales han cambiado igualmente con amistades por ciertas limitaciones de trato. Mi vida sexual se encuentra un tanto alterada o disminuida. Me encuentro muy sorprendido por la apariencia de mi cuerpo, estoy muy delgado. Me he dado cuenta que me falta voluntad para practicar ejercicios por la falta de ánimo, me siento cansado. Siento cierto dolor asociado a mi diabetes, especialmente a los inyectables de insulina. Tengo presencia de cierta callosidad en la zona donde me inyecto”.

CUARTO. SITUACIONES LÍMITE. “Tengo que...” (Decidir) Manejo de sentimientos, emociones y toma de decisiones.

“Algunas veces me siento avergonzado por tener que referir mi diabetes en público. Algunas veces me siento físicamente enfermo y me asaltan ideas absurdas sobre mi vida. Algunas veces tengo problemas para orinar. Algunas veces encuentro que mi diabetes limita mis relaciones sociales y amistades. Algunas veces me siento restringido por mi dieta. Algunas veces mi diabetes interfiere mi vida sexual. Muy pocas veces mi diabetes

me impide conducir o usar una máquina de escribir o una computadora. Muy pocas veces como algo que no debo, antes de decirle a alguien que tengo diabetes. Algunas veces escondo a los demás el hecho de que estoy teniendo una reacción insulínica. Algunas veces me preocupa si perderé el conocimiento”.

1. Samuel: “Esta enfermedad, obliga a un cambio de costumbres en la vida”

A Samuel, profesor de Educación física, le diagnosticaron diabetes mellitus tipo 2 hace poco más de 30 años.

Nos expresa:

“Me pude dar cuenta que comía varias veces al día, y consumía agua y gaseosas indiscriminadamente, empecé a subir de peso. Sentía cosquilleo en la planta de los pies. Entonces consulte con un médico quien después de exámenes me diagnostico que tenía diabetes, la glucosa elevada con un valor de 380”. Me considero una persona muy sociable y me agrada compartir el juego de cartas entre amigos para entretenerme, inclusive solemos apostar pequeñas cantidades (Soles moneda). En la actualidad tengo 76 años de edad. Tengo grado de instrucción superior. Soy natural de Puno y vivo en Puno. Me he contactado con el profesional Psicólogo en fecha 03 de junio 2021. Soy cesante, jubilado. Tengo Seguro Social. Mi estado civil soy casado. Me interesaría pertenecer a una institución que agrupe a los diabéticos para garantizar un mejor trato asistencial y calidad de vida. Tengo familiares que padecen o padecieron de diabetes. No tengo presión arterial alta. Me ha comunicado un profesional de Salud que no tengo hipertensión. Realizo algún tipo de actividad física. Algunos productos de mi alimentación me suben la glucosa, tales como: carne, pan, azúcar, gaseosa, fideos, y alcohol; mientras que otros, tales como: los medicamentos, verduras, agua. El personal asistencial no me visita periódicamente en mi domicilio. El personal médico si se comunica conmigo. Me preocupa el excesivo número de personas en la consulta. Siento molestias de enfermedades que el médico no me pregunta.

PRIMERO. VISIÓN SOCIAL DEL DIABÉTICO. ¿Cómo percibe su enfermedad?

“En mi experiencia, hay falta de seguimiento al paciente en la enfermedad. No imparten educación en diabetes. Existen diferentes criterios en el conocimiento de los médicos endocrinólogos. Reacciono críticamente a la falta de medicamentos para la diabetes. Experimento falta de soporte familiar, y mi entorno esta distanciado. Siento deterioro de mis sentimientos y emociones, tengo carácter explosivo. Existe deficiente conocimiento y habilidad para cumplir las recomendaciones médicas. Siento falta de conciencia de mi enfermedad, por esto descuido mi enfermedad. Me molesta la aplicación de medicamentos en forma diaria, quiero abandonar. La aplicación de medicamentos varias veces al día, me perturba.

SEGUNDO. MISIÓN DEL DIABÉTICO. ¿Qué debe conocer el diabético?

“Estoy seguro que conozco como debo enfrentar a los sentimientos y emociones en la diabetes. Tengo duda como debo enfrentar la obesidad, la diabetes y la dislipidemia. No estoy seguro como enfrentar la diabetes y el alcohol. No estoy seguro como comprender el manejo de los carbohidratos. Tengo duda como comprender y usar las grasas y aceites. No estoy seguro si tengo reacciones de tensión ansiedad y nerviosismo. Tengo duda si

tengo dificultades económicas para sustentar algunos gastos adicionales de mi enfermedad de diabetes. No estoy seguro si experimento intervenciones no conversadas conmigo. Tengo duda si siento miedo a efectos adversos y secundarios del tratamiento. Tengo duda si me preocupa la complejidad del tratamiento con insulina”.

TERCERO. LA DIMENSIÓN CULTURAL

¿Cuál es el impacto en su vida personal? (Hábitos, ideas, creencias, valores, costumbres)

“Me siento satisfecho con la cantidad de tiempo que ocupo en revisiones. Me siento satisfecho con mi tratamiento actual. Estoy satisfecho con la flexibilidad que tengo en mi dieta. Estoy satisfecho con mi conocimiento sobre la diabetes. Estoy satisfecho con la cantidad de sueño que tengo por las noches. Estoy satisfecho con mis relaciones sociales y amistades. No estoy satisfecho con mi vida sexual. Me encuentro satisfecho con la apariencia de mi cuerpo. Me siento satisfecho con el tiempo que empleo para hacer ejercicios. No siento dolores que estén asociados a mi diabetes”.

CUARTO. SITUACIONES LÍMITE. Tengo que... (Decisiones)

Manejo se sentimientos y emociones

“Muy pocas veces me siento avergonzado por tener que referir mi diabetes en público. Algunas veces me siento físicamente enfermo, me siento decaído. Algunas veces tengo problemas para orinar. Nunca encuentro que mi diabetes limita mis relaciones sociales y amistades. Casi siempre me siento restringido por mi dieta. Algunas veces mi diabetes interfiere en mi vida sexual. Algunas veces mi diabetes me impide conducir o usar una máquina de escribir o computadora. Muy pocas veces como algo que no debo, antes de decirle a alguien que tengo diabetes. Nunca escondo a los demás el hecho de que estoy teniendo una reacción insulínica. Nunca me preocupa si perderé el conocimiento por causa de mi diabetes”.

2. DANIEL: “La diabetes ha cambiado mis relaciones sociales y amistades”

A Daniel, trabajador del sector bancario, le diagnosticaron Diabetes Mellitus Tipo 2 hace 20 años.

Nos refiere:

“Empecé por darme cuenta que tomaba agua muy seguidamente, varias veces al día, y por las noches dormía muy poco, sentía bastante hambre; sentía cierto cansancio corporal muy a pesar que mi trabajo no era de gran esfuerzo físico. Me preocupo el adormecimiento en los pies, igualmente molestias en la visión que era un tanto opaca. Con frecuencia no lograba concentrarme. Decidí consultar con un médico quien después de exámenes me diagnostico Diabetes, glucosa elevada hasta un valor de 350. Desde entonces la diabetes ha cambiado mis relaciones sociales y amistades. Soy muy apasionado de la música, como ejecutante, los grandes momentos de mi vida han sido para compartir la ejecución de cuerdas de guitarra en grupo con mis hermanos con quienes me identifico en mis aficiones musicales. Cada momento musical es agradable disfrutar. En la actualidad tengo 66 años. Tengo grado de instrucción superior. Soy natural de Puno, vivo en Puno, he trabajado en el sector laboral bancario. He contactado con el profesional

Psicólogo en fecha 12 de mayo 2021. Soy cesante jubilado. Mi estado civil es casado. Tengo familiares que padecen o padecieron diabetes. Tengo presión arterial alta. Me ha comunicado un profesional en Salud que tengo hipertensión. Realizo algún tipo de actividad física. Algunos productos de mi alimentación me suben la glucosa, entre ellos carne, azúcar, gaseosa; mientras que otros, tales como medicamentos, agua. El personal asistencial no me visita periódicamente en mi domicilio. El personal médico se comunica muy poco conmigo. Me preocupa el excesivo número de pacientes en la consulta. Siento molestias de otras enfermedades que el médico no me pregunta por la rapidez que dura la consulta.

PRIMERO. VISIÓN SOCIAL DEL DIABÉTICO

“En mi experiencia, existe falta de seguimiento al paciente en la enfermedad de diabetes”. No imparten educación diabetológica en salud. Existen diferentes criterios en los médicos endocrinólogos. No reacciono críticamente a la falta de medicamentos y otros insumos para la diabetes, como por ejemplo jeringas, en muchas ocasiones he tenido que comprarlas. No experimento falta de soporte familiar, aun cuando mi entorno está muy distanciado. Siento deterioro de mis sentimientos y emociones, tengo carácter explosivo, fácilmente me encolerizo. No existe falta de conocimiento para cumplir las recomendaciones médicas. No siento falta de conocimiento de mi enfermedad, por esto no me descuido. No me molesta la aplicación de medicamentos en forma diaria, no tengo ideas de abandonar el tratamiento. La aplicación de medicamentos varias veces al día no me perturba”.

SEGUNDO. MISIÓN DEL DIABÉTICO. ¿Qué debe conocer?

La dimensión psicológica del diabético.

“Estoy seguro como debo enfrentar a los sentimientos y emociones que produce la diabetes. Estoy seguro como debo enfrentar a la obesidad, la diabetes y la dislipidemia. Conozco como enfrentar la diabetes y el alcohol. No estoy seguro de conocer como comprender el manejo de los carbohidratos. No estoy seguro de conocer como comprender y usar las grasas y aceites. Estoy seguro de tener reacciones de tensión, ansiedad y nerviosismo. Estoy seguro de tener dificultades económicas para sustentar gastos adicionales de mi enfermedad diabetes. No estoy seguro de experimentar intervenciones no conversadas conmigo. No estoy seguro de tener miedo a efectos adversos y secundarios del tratamiento de la diabetes. Estoy seguro que me preocupa la complejidad del tratamiento con insulina”.

TERCERO. LA DIMENSIÓN CULTURAL

¿Cuál es el impacto en su vida personal? (hábitos, ideas, creencias, valores, costumbres)

“Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que ocupo en revisiones. Me encuentro satisfecho con mi tratamiento actual de mi diabetes. Estoy satisfecho con la flexibilidad que tengo con mi dieta. Estoy satisfecho con mi conocimiento sobre la diabetes. Estoy satisfecho con la cantidad de sueño por las noches. Estoy satisfecho con mi vida sexual. Me encuentro satisfecho con la apariencia de mi cuerpo. Estoy satisfecho con el tiempo que empleo para hacer ejercicio. No siento dolor asociado con el tratamiento de mi diabetes”.

CUARTO. SITUACIONES LÍMITE: Tengo que... (Decidir) Manejo de sentimientos y emociones.

“Nunca me siento avergonzado por tener que referir mi diabetes en público. Muy pocas veces me siento físicamente enfermo. Muy pocas veces tengo problemas para orinar. Nunca encuentro que mi diabetes limita mis relaciones sociales y amistades. Muy pocas veces me siento restringido por mi dieta. Muy pocas veces mi diabetes interfiere en mi vida sexual. Algunas veces mi diabetes me impide conducir o usar una máquina de escribir o computadora. Muy pocas veces como algo que no debo, antes de decirle a alguien que tengo diabetes. Nunca escondo a los demás el hecho de que estoy teniendo una reacción insulínica. Nunca me preocupa si perderé el conocimiento”.

3. GENARO: “Mi modo de pensar cambio, me asaltaban ideas absurdas”

A Genaro, profesor de Educación primaria, le diagnosticaron Diabetes Mellitus Tipo 2, hace 20 años

Nos comunica:

“Empecé por orinar con mucha frecuencia, tenía sed constantemente, se me secaba mucho la boca; empecé a bajar de peso en mi modo de ver, inexplicablemente, sentía fatiga y visión borrosa. Por mi profesión, viajaba a localidades fuera de Puno. Me incomodaba la situación que me ocurría. Pensé, debía consultar con un médico, quien después de análisis de sangre y orina me diagnosticó diabetes. Tenía la glucosa elevada a 380. Mi modo de pensar cambio mucho, me asaltaban ideas absurdas me sentí muy preocupado sobre mi vida. Soy una persona bastante reservada, me gusta vivir la vida según las circunstancias, puedo decir que ser positivo es mi forma de ser, y cuando hay ciertos problemas me preocupo bastante, debo volver rápidamente a la normalidad. Actualmente tengo 78 años de edad, mi grado de instrucción es superior; he nacido en Juli, provincia de Puno, vivo en Puno. He accedido a la entrevista con el Psicólogo en vista que trata de realizar un trabajo de utilidad significativa para los diabéticos, en esta fecha 18 de abril 2021. Soy profesor cesante, jubilado, tengo Seguro Social vigente, en mi estado civil no soy casado. Me gustaría pertenecer a una institución que agrupe a los diabéticos, para garantizar un mejor trato asistencial y calidad de vida.

“Tengo familiares que padecen o padecieron diabetes, tengo presión alta, me ha comunicado un profesional de la Salud que tengo hipertensión. Realizo algún tipo de actividad física, en mi alimentación existen algunos alimentos que me suben la glucosa, tales como: carne, pan, azúcar, gaseosa, fideos; alcohol; otros, que me bajan la glucosa, tales como medicamentos, verduras, agua. El personal asistencial me visita periódicamente en mi domicilio. El personal médico se comunica muy poco conmigo debido a que la consulta es rápida. Me preocupa el excesivo número de pacientes en la consulta. Siento molestias de enfermedades que el médico no me pregunta.

PRIMERO. VISIÓN SOCIAL DEL DIABÉTICO ¿Cómo percibo mi enfermedad?

En mi apreciación y experiencia, hay falta de seguimiento al paciente en la enfermedad de diabetes. No imparten educación diabetológica en Salud del diabético. Existen diferentes criterios en los médicos endocrinólogos. Reacciono críticamente a la falta de medicamentos para la diabetes y otros insumos como las jeringas descartables. No experimento falta de soporte familiar, a pesar que mi entorno esta distanciado. Siento

deterioro de mis sentimientos y emociones, tengo carácter explosivo. Existe deficiente conocimiento para cumplir las recomendaciones médicas. Siento falta de conocimiento de mi enfermedad, por eso a veces me descuido. Me molesta la aplicación de medicamentos en forma diaria, quisiera abandonar el tratamiento. La aplicación de medicamentos varias veces al día, me perturba”.

SEGUNDO. MISIÓN DEL DIABÉTICO. ¿Qué debe conocer? La dimensión psicológica del diabético

“No estoy seguro si conozco como debo enfrentar a los sentimientos y emociones propios del diabético. Estoy seguro que conozco cómo debo enfrentar la obesidad, la diabetes y la dislipidemia. Estoy seguro de conocer cómo debo enfrentar la diabetes y el alcohol. No estoy seguro de conocer como comprender el manejo de los carbohidratos. No estoy seguro de conocer como comprender y usar las grasas y aceites. Estoy seguro que tengo reacciones de tensión, ansiedad y nerviosismo. Estoy seguro que tengo algunas dificultades económicas para sustentar gastos adicionales de mi enfermedad de diabetes. Estoy seguro de experimentar intervenciones no conversadas conmigo. Estoy seguro de tener miedo a efectos adversos y secundarios del tratamiento de diabetes. Estoy seguro de que me preocupa la complejidad del tratamiento con insulina”.

TERCERO. LA DIMENSIÓN CULTURAL.

¿Cuál es el impacto en su vida personal? (hábitos, ideas, creencias, valores, costumbres)

“No estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que ocupo en revisiones. No estoy satisfecho con mi tratamiento actual, existen nuevos medicamentos. Estoy satisfecho con la flexibilidad que tengo en mi dieta. No estoy satisfecho con mis conocimientos sobre la diabetes. No estoy satisfecho con la cantidad de sueño que tengo por las noches. No estoy satisfecho con mis relaciones sociales y amistades. No estoy satisfecho con mi vida sexual. No estoy satisfecho con la apariencia de mi cuerpo. No estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que empleo para hacer ejercicios. Con frecuencia siento dolor asociado a mi diabetes, especialmente en los inyectables”.

CUARTO. SITUACIONES LIMITE: “Tengo que...(Decisiones) Manejo de sentimientos y emociones.

“Siempre me siento avergonzado por tener que referir mi diabetes en público. Casi siempre me siento físicamente enfermo, por mi estado de ánimo y cansancio en el cuerpo. Casi siempre tengo problemas para orinar. Casi siempre encuentro que mi diabetes limita mis relaciones sociales y amistades. Casi siempre me siento restringido por mi dieta. Algunas veces mi diabetes interfiere en mi vida sexual. Algunas veces mi diabetes me impide conducir o usar una máquina de escribir o computadora. Algunas veces como algo que no debo, antes de decirle a alguien que tengo diabetes. Casi siempre escondo a los demás el hecho de que estoy teniendo una reacción insulínica. Algunas veces me preocupa si perderé el conocimiento”.

5. EDUARDO LOPEZ. “He tenido variadas privaciones por mi enfermedad”

A Eduardo, trabajador de transporte lacustre (barco), le diagnosticaron Diabetes Mellitus Tipo 2, hace 10 años.

Nos relata:

“Me di cuenta que me pasaba algo, porque casi nunca bebo mucha agua y empecé a beber agua continuamente, los labios se me resecan, hasta que un día pensé que algo, no podía seguir así. Me aproxime al hospital de ESSALUD y me hicieron la prueba del azúcar, tenía 340 miligramos que es muy considerable y significativo de diabetes. Me sentía mareado, tenía fatigas, dolores en los pies, náuseas, sensación de vomito; se me entumecían las extremidades. Soy una persona bastante comunicativa. Me gusta intercambiar conversaciones con mis amistades y con mis hijos. Me agrada el deporte del fútbol los días sábado; visito a mis familiares y voy al cementerio a dejar flores a mi esposa que murió hace unos años atrás. En la actualidad tengo 73 años. Mi grado de instrucción es superior. Nací en Puno y vivo en Puno, he aceptado la invitación que me hace el Psicólogo en esta fecha 06 de abril 2021; es docente en la UNA – Puno, a quien conozco varios años atrás. Soy Cesante, jubilado. Tengo Seguro Social, mi estado civil es viudo. Me gustaría pertenecer a una institución que agrupe a los diabéticos, para garantizar un mejor trato asistencial y calidad de vida.

“Tengo familiares que padecen o padecieron diabetes. Tengo presión alta. Me ha comunicado una profesional de la salud que tengo hipertensión. Realizo algún tipo de actividad física. Me he dado cuenta que algunos alimentos que consumo, tales como: carne, pan, azúcar, gaseosa, fideos, y alcohol me suben la presión; mientras que otros tales como: medicamentos, verduras, agua, me bajan la glucosa. El personal asistencial no me visita periódicamente en mi domicilio. El personal médico muy poco se comunica conmigo, me preguntan con qué me estoy medicando, me reiteran la receta y todo termina. Me preocupa el excesivo número de pacientes en la consulta. Siento molestias de enfermedades que el médico no me pregunta por falta de tiempo.

PRIMERO. VISIÓN SOCIAL DEL DIABÉTICO

¿Cómo percibo mi enfermedad?

En mi experiencia, hace falta el seguimiento al paciente en la enfermedad de diabetes. No imparten educación diabetológica en salud del paciente diabético. Existen diferentes criterios en los médicos endocrinólogos. Reacciono críticamente a la falta de medicamentos e insumos para la diabetes.

No experimento falta de soporte familiar, a pesar que mi entorno se encuentra distanciado. Siento deterioro de mis sentimientos y emociones, tengo carácter explosivo. No existe deficiente conocimiento para cumplir las recomendaciones médicas. Siento que falta conocimiento de mi enfermedad por esto a veces me descuido. Me molesta la aplicación de medicamentos en forma diaria, quisiera abandonar el tratamiento. La aplicación de medicamentos varias veces al día, me perturban”.

SEGUNDO. MISIÓN DEL DIABÉTICO. ¿Qué debemos conocer?

La dimensión psicológica.

“Estoy seguro de conocer cómo debo enfrentar a los sentimientos y emociones de la diabetes. Estoy seguro de conocer cómo enfrentar la obesidad, la diabetes y la dislipidemia. Estoy seguro de conocer cómo enfrentar la diabetes y el alcohol. Estoy seguro de conocer como comprender el manejo de los carbohidratos. Estoy seguro de

conocer como comprender y usar las grasas y aceites. Estoy seguro que tengo reacciones de tensión, ansiedad y nerviosismo por mi diabetes. Estoy seguro de tener dificultades económicas para sustentar los gastos adicionales de mi enfermedad. No estoy seguro de experimentar intervenciones no conversadas conmigo. Estoy seguro de tener miedo a efectos adversos y secundarios del tratamiento de la diabetes. Estoy seguro que me preocupa la complejidad del tratamiento con insulina”.

TERCERO. LA DIMENSION CULTURAL

¿Cuál es el impacto en su vida personal? (Hábitos, ideas, creencias, valores, costumbres)

“Me siento satisfecho con la cantidad de tiempo que ocupo en revisiones. Estoy satisfecho con mi tratamiento actual de mi diabetes. No me encuentro satisfecho con la flexibilidad que tengo con mi dieta. No estoy satisfecho con mi conocimiento sobre la diabetes. Estoy satisfecho con mi sueño por las noches. Estoy satisfecho con mis relaciones sociales y amistades. Estoy satisfecho con mi vida sexual. Me encuentro satisfecho con la apariencia de mi cuerpo. Estoy satisfecho con el tiempo que empleo para hacer ejercicios. Siento dolor asociado con mi diabetes, especialmente al colocarme inyectables”.

CUARTO. SITUACIONES LÍMITE: Tengo que... (Decidir) Manejo de sentimientos y emociones

“Muy pocas veces me siento avergonzado por tener que referir mi diabetes en público. Muy pocas veces me siento físicamente enfermo, salvo mi estado de ánimo y cansancio, que es parte de la diabetes. Muy pocas veces tengo problemas para orinar. Muy pocas veces encuentro que mi diabetes limita mis relaciones sociales y amistades. Algunas veces me siento restringido por mi dieta. Muy pocas veces mi diabetes interfiere en mi vida sexual. Muy pocas veces mi diabetes me impide conducir o usar una máquina de escribir o computadora. Algunas veces como algo que no debo, antes de decirle a alguien que tengo diabetes. Nunca escondo a los demás el hecho de que estoy teniendo una reacción insulínica. Algunas veces me preocupa si perderé el conocimiento”.

6. MARCIAL FLORES. “Las complicaciones de la diabetes en los deportistas, preocupa”.

La dimensión social de la Diabetes.

A Marcial, quien trabaja en un instituto tecnológico como matemático, le diagnosticaron diabetes hace 20 años.

Nos narra:

“Puedo recordar que empecé a subir de peso, creí que era un signo de buena salud, me sentía muy conforme; comía más de tres veces al día, me dije a mi mismo que mi subida de peso era por la cantidad de comida adicional que ingería en los Kioscos del centro educativo. Al pasar cierto tiempo, sentía mucha sed la cual pretendía calmar con gaseosas que tomaba. Empecé entonces a orinar muy seguido, especialmente en las noches; mientras que en el día tal necesidad se convirtió en problema de urgencias. Fue mi esposa quien me sugirió que consultara sobre aquellos síntomas. Fui al médico. Tras hacerme unos análisis de orina y sangre me indico que la glucosa estaba elevada a 320 miligramos, me diagnostico diabetes. Soy una persona bastante responsable con mis obligaciones familiares y profesionales, siempre estoy pendiente de mis resultados con mis alumnos, entiendo que cada uno es una preocupación es por ello que aspiro resultados positivos en su rendimiento académico.

La diabetes al principio, cambia mucho la vida, sobre todo porque tienes que estar pendiente las 24 horas del día, pero es una enfermedad con la que se puede convivir perfectamente y llevar una vida normal siempre y cuando atiendas prioritariamente tus controles médicos. En la actualidad tengo 72 años. He nacido en Puno, vivo en Puno. Estoy colaborando con el Psicólogo porque entiendo que realiza un trabajo de investigación que interesa a los diabéticos, igualmente porque es un docente universitario, con quien tengo una amistad especial. He contactado con él en fecha 08 de diciembre 2020. En la actualidad me encuentro Cesante, jubilado. Tengo Seguro Social. Mi estado civil es casado. Me interesaría pertenecer a una institución que agrupe a los diabéticos, para garantizar un mejor trato asistencial y calidad de vida. No tengo familiares que padecen o padecieron diabetes. No tengo presión alta. No he sido comunicado por un profesional de la salud que no tengo hipertensión. Realizo cierto tipo de actividad física. Los productos alimenticios que me suben la glucosa son: azúcar, gaseosas, fideos, alcohol; mientras que los que me bajan la glucosa son: medicamentos, verduras. El personal asistencial no me visita periódicamente en mi domicilio. El personal médico se comunica muy poco conmigo. Me preocupa el excesivo número de pacientes en la consulta. Siento molestias de enfermedades que el médico no me pregunta.

PRIMERO. VISIÓN SOCIAL

¿Cómo percibo mi enfermedad?

En mi experiencia hay falta de seguimiento al paciente en la enfermedad diabetes. No imparten educación diabetológica en Salud diabética. Existen diferentes criterios en los médicos endocrinólogos. No reacciono críticamente a la falta de medicamentos y otros insumos para la diabetes. No experimento falta de soporte familiar a pesar que mi entorno familiar esta distante. Siento deterioro de mis sentimientos y emociones, tengo carácter explosivo, me encolerizo fácilmente. Existe deficiente conocimiento para cumplir las recomendaciones médicas. Siento falta de conocimiento de mi enfermedad de diabetes,

por esto a veces me descuido. Me molesta la aplicación de medicamentos en forma diaria, quisiera abandonar el tratamiento. La aplicación de medicamentos varias veces al día, me perturba”.

SEGUNDO. MISIÓN DEL DIABÉTICO.

La dimensión psicológica. ¿Qué debe conocer el diabético?

“No estoy seguro si conozco como debo enfrentar a los sentimientos y emociones de los diabéticos. Estoy seguro como debo enfrentar la obesidad, la diabetes y la dislipidemia. No estoy seguro si conozco como enfrentar la diabetes y el alcohol”.

“No estoy seguro como comprender el manejo de los carbohidratos. No estoy seguro si conozco como comprender y usar las grasas y aceites”.

“Estoy seguro que tengo reacciones de ansiedad y nerviosismo. Tengo duda si tengo dificultades económicas para sustentar los gastos adicionales de mi enfermedad de diabetes. Tengo duda si experimento intervenciones no conversadas conmigo. Tengo duda si tengo miedo a efectos adversos y secundarios del tratamiento de diabetes. Tengo duda si me preocupa la complejidad del tratamiento con insulina”.

TERCERO. LA DIMENSIÓN CULTURAL

¿Cuál es el impacto en su vida personal? (Hábitos, ideas, creencias, valores, costumbres)

“No estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que me ocupa en revisiones. No estoy satisfecho con mi tratamiento actual de la diabetes. Estoy satisfecho con la flexibilidad que tengo en mi dieta. No estoy satisfecho con mi conocimiento sobre la diabetes. No estoy satisfecho con la cantidad de sueño por las noches. Estoy satisfecho con mis relaciones sociales y amistades”.

“No estoy satisfecho con mi vida sexual. Si estoy satisfecho con la apariencia de mi cuerpo. No estoy satisfecho con el tiempo que empleo para hacer ejercicio. Con frecuencia siento dolor asociado con el tratamiento de mi diabetes, especialmente con los inyectables”.

CUARTO. LAS SITUACIONES LÍMITE. “Tengo que...” (Decidir)

Manejo de sentimientos y emociones

“Muy pocas veces me siento avergonzado por tener que referir mi diabetes en público. Algunas veces me siento físicamente enfermo, mi estado de ánimo es bajo y me siento cansado. Algunas veces tengo problemas para orinar. Algunas veces mi diabetes limita mis relaciones sociales y amistades. Algunas veces me siento restringido por mi dieta”.

“Algunas veces mi diabetes interfiere en mi vida sexual. Muy pocas veces mi diabetes me impide conducir o usar una máquina de escribir o computadora. Algunas veces como algo que no debo, antes de decirle a alguien que tengo diabetes”.

“Muy pocas veces escondo a los demás el hecho de que estoy teniendo una reacción insulínica. Muy pocas veces me preocupa si perderé el conocimiento debido a la diabetes”.

7. WILFREDO. “Pensé en algo más, a lo que debía de acostumbrarme”. La dimensión social de la diabetes.

En mi caso, Wilfredo Parra, tuve que hacer un auto análisis que según autores tales como: Roberto Hernández Sampieri (mexicano) autor de “Metodología de la Investigación”: explica que es lícito proceder a una auto referencia en Casos en que el autor es participante de la investigación cualitativa o mixta.

A Wilfredo, docente de la Universidad Nacional del Altiplano – Puno, quien es de profesión psicólogo, le diagnosticaron Diabetes Mellitus tipo 2, hace 20 años.

Referimos que:

“Empecé a subir de peso, llegué a 80 kilos que para mí talla 1.70 era altamente significativa. Tenía mucha hambre, orinaba por lo menos cada 30 minutos, sentía sed, en las noches dormía muy poco; tenía calambres en las pantorrillas, y cuando estaba parado las plantas de los pies se me adormecían. Preocupado por estos problemas de salud decidí consultar con un médico. Me indicó análisis de orina y sangre. El resultado fue que tenía la glucosa elevada en 390 miligramos, en conclusión, diabetes. “Pensé en algo más, a lo que debía de acostumbrarme. Es decir, el impacto en mí, fue comprender mi realidad circunstancial. Recordé a mi padre que estando anciano con 90 años de edad tomaba Coca Cola, continuamente, inclusive tenía su botella de a litro en la mesa de noche de su dormitorio; era exclusiva para él, no la compartía con nadie. Pasado el tiempo falleció a los 98 años de edad por complicaciones de la diabetes asociado al Parkinson y el Alzheimer; demencia senil. Pude ver entonces su Acta de defunción: una de las causas de su muerte fue, Diabetes”.

“Yo soy una persona bastante reservada, podría decir que soy legalista me gusta respetar las normas y dispositivos. Puedo decir que en ocasiones soy intolerante con los hechos que están mal manejados es decir manipulados”.

La diabetes me ha cambiado la vida en el sentido de que ya no puedo disfrutar de algunas preferencias en mi modo de vida. Me siento fortalecido dentro de mis preocupaciones “más maduro de cara a todo”. En cuanto a convivir con la diabetes, siempre estoy pendiente de que no me den hipoglucemias y “de que tampoco me suba demasiado la glucosa, pero la vida sigue siendo igual en mi...consumo de todo, es ahí que me olvido de los criterios de la dietista”. La tendencia actual de los médicos nutricionistas es que: “Se puede comer de todo”

“En la actualidad tengo 73 años, he nacido en Arequipa, vivo en Puno. He decidido realizar este trabajo de investigación porque entiendo que Puno, es una ciudad y pobladores con características muy propias,” idiosincrasia”, dicho sea: prevalece un gran consumo de carbohidratos traducidos en harinas, tubérculos...y significativo consumo de alcohol durante todo el año, más aun en las fiestas patronales y otros motivos de celebraciones. Puedo afirmar que la diabetes **anida cierto tiempo** en el organismo, después se declara abiertamente con todos sus signos y síntomas, cuadro y enfermedad. Algunos especialistas consideran a ello prediabetes, cuestión sobre la cual no estoy muy de acuerdo, mis palabras surgen de la experiencia propia y de la bibliografía consultada”. Existe un tiempo en que el organismo no muestra sintomatología, o mejor dicho la persona no lo percibe e ignora que ya tiene diabetes hasta que se muestra.

“En la actualidad, me encuentro en actividad docente, pertenezco al grupo de riesgo en la COVIC - 19 y estoy haciendo referencia a parte de mi historia del 04 de noviembre 2020”. Tengo Seguro Social vigente. Mi estado civil es Casado. Me interesaría organizar, formar

y pertenecer a una Institución que agrupe a los diabéticos, para garantizar REPRESENTATIVIDAD, un mejor trato asistencial y calidad de vida. La presente investigación, podría ser el primer paso en mi intensión. Tengo familiares (padre Q.E.P.D.) que padecen o padecieron diabetes. No tengo presión alta. Me ha comunicado un profesional de la salud que no sufro de hipertensión. No Realizo algún tipo de actividad física. Algunos alimentos de mi nutrición me suben la glucosa, tales como: carne, pan, gaseosa, fideos, y ocasionalmente alcohol; mientras que otros, tales como: medicamentos, agua, papaya, me bajan la glucosa. Actualmente tengo mi diabetes controlada, fluctúa entre 90 y 120 miligramos. El personal asistencial no me visita periódicamente en mi domicilio. El personal médico se comunica muy poco conmigo...cuando voy a la consulta me preguntan: “con que me estoy medicando”; luego me repiten la medicación y así termina la consulta. Me preocupa el excesivo número de pacientes en la Consulta. Siento molestias de enfermedades que el médico no me pregunta”.

PRIMERO. VISIÓN SOCIAL DEL DIABÉTICO. ¿Cómo percibo mi enfermedad? La dimensión social del diabético.

En mi experiencia, hay falta de seguimiento al paciente en la enfermedad diabetes. No imparten educación diabetológica en Salud. Existen diferentes criterios en los médicos endocrinólogos. Reacciono críticamente a la falta de medicamentos y otros insumos para la diabetes. No experimento falta de soporte familiar, muy a pesar que mi entorno a veces se encuentra muy distanciado. Siento deterioro de mis sentimientos y emociones, tengo carácter explosivo, suelo encolerizarme fácilmente ante cuestiones absurdas. Existe deficiente conocimiento para cumplir las recomendaciones médicas. No siento falta de conocimiento de mi enfermedad, por esto no me descuido. Me molesta la aplicación de medicamentos en forma diaria, pero no pienso abandonar el tratamiento. La aplicación de medicamentos varias veces al día, me perturba”.

SEGUNDO. MISIÓN DEL DIABÉTICO. ¿Qué debo conocer? La dimensión psicológica del diabético.

“Estoy seguro que conozco como debo enfrentar a los sentimientos y emociones en la diabetes. Conozco como debo enfrentar la obesidad, la diabetes y la dislipidemia. No estoy seguro como enfrentar la diabetes y el alcohol. No estoy seguro como comprender el manejo de los carbohidratos. Estoy seguro como comprender y usar las grasas y aceites. No estoy seguro de tener reacciones de tensión, ansiedad y nerviosismo en la diabetes. Estoy seguro de tener dificultades económicas para sustentar gastos adicionales de mi enfermedad de diabetes. Experimento intervenciones no conversadas conmigo. Estoy seguro que tengo miedo a efectos adversos y secundarios del tratamiento. Me preocupa la complejidad del tratamiento con insulina. Existe el riesgo de subida de glucosa, o bajada de glucosa, que es ciertamente peligrosa”.

TERCERO. LA DIMENSIÓN CULTURAL.

¿Cuál es el impacto en su vida personal? (Hábitos, ideas, creencias, valores, costumbres)

“No estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que ocupo en revisiones. No estoy satisfecho con mi tratamiento actual, tengo conocimiento que existen medicamentos de última generación. Si estoy satisfecho con la flexibilidad que tengo en mi dieta. No estoy satisfecho con mi conocimiento sobre la diabetes. No estoy satisfecho con la cantidad de



sueño por las noches. No estoy satisfecho con mis relaciones sociales y amistades. No estoy satisfecho con mi vida sexual. Estoy satisfecho con la apariencia de mi cuerpo. No estoy satisfecho con el tiempo que empleo para hacer ejercicio. Siento dolor asociado con el tratamiento de mi diabetes, especialmente con los inyectables de Insulina”.

CUARTO. SITUACIONES LÍMITE. “Tengo que...” (Decidir)

Manejo de sentimientos y emociones.

“Algunas veces me siento avergonzado por tener que referir mi diabetes en público. Algunas veces me siento físicamente enfermo, cuando tengo bajo el estado de ánimo. Algunas veces tengo problemas para orinar. Casi siempre encuentro que mi diabetes limita mis relaciones sociales y amistades. Algunas veces me siento restringido por mi dieta. Algunas veces mi diabetes interfiere en mi vida sexual. Muy pocas veces mi diabetes me impide conducir mi automóvil, o usar una máquina de escribir o computadora. Algunas veces como algo que no debo, antes de decirle a alguien que tengo diabetes. Algunas veces escondo a los demás el hecho de que estoy teniendo una reacción insulínica. Muy pocas veces me preocupa si perderé el conocimiento”.

8. CANDELARIA. “Me sorprendí, cuando me diagnosticaron ´diabetes” La dimensión social de la diabetes.

A Candelaria, quien es ama de casa, le diagnosticaron diabetes hace 10 años.

Nos refiere:

“Valga la verdad, en realidad no me di cuenta. Empecé a subir de peso y tenía mucha sed, me sentía satisfecha porque comía de todo. Pensé que por comer había engordado. La realidad era otra. Me aconsejaron que consultara con un médico, quien me hizo análisis de sangre y orina. El resultado fue que tenía la glucosa subida a 300 miligramos. El medico diagnostico Diabetes. Me sorprendí, cuando me diagnosticaron Diabetes. En los comienzos no me explicaron nada, únicamente me dieron medicamentos, como son Metformina y Glibenclamida.

“Tengo familiares (padre Q. E. P. D) que padecen o padecieron diabetes. Tengo presión alta. Me ha comunicado un profesional de la Salud que tengo hipertensión. No realizo ningún tipo de actividad física por dolencia en las rodillas. Consumo alimentos, tales como: pan, azúcar, gaseosa, fideos, a veces alcohol, que me suben la glucosa; mientras que otros, tales como: medicamentos, verduras, agua, me bajan la glucosa. El personal asistencial no me visita periódicamente en mi domicilio. El personal médico se comunica muy poco conmigo. Me preocupa, en ocasiones, el excesivo número de pacientes en la consulta. Siento molestias de enfermedades que el médico no me pregunta. Yo soy una persona que anteriormente trabajaba como secretaria, o como asistente de comercio; lo hice durante varios años. Luego de ello me case y después de muchos años me divorcie. Actualmente vivo de mis recursos personales. Tuve dos hijas que viven casadas. Soy una persona de 66 años, Instrucción secundaria completa. Natural de Camaná, cierto tiempo he vivido en Puno, actualmente vivo en Camaná. Estoy colaborando con el Psicólogo, porque es esposo de una de mis hermanas; mientras que el tema que está investigando, particularmente, me interesa al darme cuenta de los beneficios que podría obtener de la lectura de los resultados”. He sido entrevistada el día 04 de noviembre del 2020. Soy ama de casa y con producción económica personal. Tengo Seguro Social Agrario. Estado Civil, divorciada. Me agradaría pertenecer a una institución que agrupe a los diabéticos, para garantizar un mejor trato asistencial y calidad de vida”.

“Tengo familiares que padecieron de diabetes (mi padre). Tengo presión alta. Me ha comunicado un profesional médico que tengo hipertensión. Realizo algún tipo de actividad física. Estoy convencida que hay productos que me suben la glucosa en mi alimentación, como: carne, pan, azúcar, gaseosa, fideos y suelo consumir en algunas oportunidades bebidas que contienen alcohol; mientras que otros productos me bajan la glucosa como: medicamentos, agua, verduras. El personal asistencial no me visita periódicamente en mi domicilio, mientras que el personal médico son muy breves en su consulta, no ofrecen mayor tiempo para referirles que tenemos otras dolencias secundarias. Me preocupa el excesivo número de pacientes que esperan la consulta.

PRIMERO. VISIÓN SOCIAL DEL DIABÉTICO. ¿Cómo percibe su enfermedad? La dimensión social del diabético.

“En mi experiencia, hay falta de seguimiento al paciente en la enfermedad. No imparten educación diabetológica en Salud. Existen diferentes criterios en los médicos endocrinólogos. Reacciono críticamente a la falta de medicamentos e insumos para la

diabetes. No experimento falta de soporte familiar, a pesar que mi entorno esta distanciado. Siento deterioro de mis sentimientos y emociones, tengo carácter explosivo. Existe deficiente conocimiento para cumplir las recomendaciones médicas. Siento falta de conocimiento de mi enfermedad de diabetes, por esto me descuido. No me molesta la aplicación de medicamentos en forma diaria, no quisiera abandonar el tratamiento. La aplicación de medicamentos varias veces al día, me perturba.

SEGUNDO. MISIÓN DEL DIABÉTICO. ¿Qué debe conocer? La dimensión psicológica del diabético.

“Tengo dudas si conozco como debo enfrentar a los sentimientos y emociones en la diabetes. Tengo dudas si conozco como debo enfrentar la obesidad, la diabetes y la dislipidemia. Tengo dudas como enfrentar la diabetes y el alcohol. Tengo dudas como comprender el manejo de los carbohidratos. Tengo dudas como comprender y usar las grasas y aceites en la alimentación. No estoy segura si tengo reacciones de tensión, ansiedad y nerviosismo en mi diabetes. Tengo dudas sobre dificultades económicas para sustentar los gastos adicionales de mi enfermedad de diabetes. Tengo dudas si experimento intervenciones no conversadas conmigo. Tengo dudas si tengo miedo a efectos adversos y secundarios del tratamiento de diabetes. Me preocupa la complejidad del tratamiento con insulina en la diabetes”.

TERCERO. LA DIMENSIÓN CULTURAL.

¿Cuál es el impacto en su vida personal? (Hábitos, Ideas, Creencias, Valores, Costumbres)

•
“No estoy satisfecha con la cantidad de tiempo que ocupo en revisiones. No estoy satisfecha con mi tratamiento actual. No estoy satisfecha con la flexibilidad que tengo en mi dieta. No estoy satisfecha con mi conocimiento sobre la diabetes. No estoy satisfecha con la duración de mi sueño por las noches. No estoy satisfecha con mis relaciones sociales y amistades. No estoy satisfecha con mi vida sexual. No estoy satisfecha con la apariencia de mi cuerpo. Estoy satisfecha con el tiempo que empleo para hacer ejercicio. No siento dolor asociado con el tratamiento de mi diabetes”.

SITUACIONES LÍMITE. “Tengo que...” Manejo de sentimientos y emociones.

“Casi siempre me siento avergonzada por tener que referir mi diabetes en público. Casi siempre me siento físicamente enferma, siento cansancio. Muy pocas veces tengo problemas para orinar. Algunas veces encuentro que mi diabetes limita mis relaciones sociales y amistades. Casi siempre me siento restringida por mi dieta. Nunca mi diabetes interfiere en mi vida sexual. Muy pocas veces la diabetes me impide conducir una movilidad, o usar una máquina de escribir o computadora. Algunas veces como algo que no debo, antes de decirle a alguien que tengo diabetes. Muy pocas veces escondo a los demás el hecho de que estoy teniendo una reacción insulínica. Algunas veces me preocupa si perderé el conocimiento”.

9. ELIA. “Pensé que lo mejor era no comunicar a mis familiares”

A Elia, quien es ama de casa, le diagnosticaron diabetes hace 20 años.

Nos refiere:

“Me sorprendí cuando empecé a subir de peso, sentía mucha hambre y sed, tomaba gaseosa. Por las noches mi sueño disminuyo. Sentía adormecimiento en la planta de los pies y calambres en las pantorrillas. Me preocupe por lo mal que me sentía, me aconsejaron que consultara con un médico. Después de análisis de Sangre me refirió que tenía la glucosa subida en 280 miligramos. Era diabetes lo que tenía. Pensé que lo mejor era no comunicar, guardar en reserva a mis familiares. Yo soy una persona poco comunicativa con lo que sucede en mi vida, y cuando ya no puedo controlar reacciono muy fuerte lo que sorprende a mis familiares. Tengo 73 años de edad. Estudie hasta 5to de Primaria. Soy natural de Camaná, vivo en Camaná. Colaboro con el Psicólogo porque es esposo de una de mis hermanas, además que deseo saber más sobre esta enfermedad que ha cambiado muchos aspectos de mi vida. Estoy mostrando aspectos de mi enfermedad hoy 10 de noviembre del 2020. Reitero que soy ama de casa. Tengo Seguro Social por mi esposo que es Policía Cesante, jubilado. Estado civil, casada. Me interesaría pertenecer a una institución que agrupe a los diabéticos, para garantizar un mejor trato asistencial y calidad de vida. Tengo familiares (padre Q. E. P. D.) que padecen o padecieron diabetes. Tengo presión arterial alta. Me ha comunicado un profesional de la salud que tengo hipertensión. No realizo ningún tipo de actividad física. En mi alimentación, existen productos que me suben la glucosa, tales como: pan azúcar gaseosas, alcohol, y otros que me bajan la glucosa: medicamentos, verduras, agua. El personal asistencial no me visita periódicamente en mi domicilio. El personal médico se comunica muy poco conmigo. Me preocupa el excesivo número de pacientes en la consulta. Siento molestias de enfermedades que el médico no me pregunta porque no tienen mucho tiempo”.

VISIÓN SOCIAL. ¿Cómo percibe su enfermedad?

La dimensión social del diabético.

“En mi experiencia, hay falta de seguimiento al paciente en la enfermedad de diabetes. No imparten educación diabetológica en Salud diabética. Existen diferentes criterios en los médicos endocrinólogos. Reacciono críticamente a la falta de medicamentos y otros insumos para la diabetes. No experimento falta de soporte familiar, aun cuando mi entorno esta distanciado. Siento deterioro de mis sentimientos y emociones, tengo carácter explosivo, me encolerizo fácilmente. Existe deficiente conocimiento para cumplir las recomendaciones médicas. Siento falta de conocimiento de, mi enfermedad, por esto a veces me descuido. Me molesta la aplicación de medicamentos en forma diaria, quisiera abandonar el tratamiento. La aplicación de medicamentos varias veces al día, me perturba”.

MISIÓN DEL DIABÉTICO. ¿Qué debe conocer?

La dimensión psicológica del diabético.

“No estoy segura si conozco como debo enfrentar a los sentimientos y emociones de la diabetes. No estoy segura como debo enfrentar la obesidad, la diabetes y la dislipidemia. No estoy segura como debo enfrentar la diabetes y el alcohol. No estoy segura como comprender el manejo de los carbohidratos. Tengo duda sobre como comprender y usar las grasas y aceites en mi alimentación”.

“Estoy segura que tengo reacciones de tensión, ansiedad y nerviosismo. Estoy segura que tengo dificultades económicas para sustentar los gastos de mi enfermedad de diabetes. No estoy segura si experimento intervenciones no conversadas conmigo. Estoy segura que tengo miedo a efectos adversos y secundarios del tratamiento de diabetes. No estoy segura que me preocupa la complejidad del tratamiento con insulina”.

TERCERO. LA DIMENSIÓN CULTURAL.

¿Cuál es el impacto en su vida personal? (Hábitos, ideas, creencias, valores, costumbres)

“No estoy satisfecha con la cantidad de tiempo que ocupo en revisiones. No estoy satisfecha con mi tratamiento actual de la diabetes. No estoy satisfecha con la flexibilidad que tengo en mi dieta. No estoy satisfecha con mi conocimiento sobre la diabetes. No estoy satisfecha con la duración de mi sueño por las noches. Si estoy satisfecha con mi vida sexual. Si estoy satisfecha con la apariencia de mi cuerpo. No estoy satisfecha con el tiempo que empleo para hacer ejercicios. Siento dolor asociado con el tratamiento de mi diabetes, especialmente en los inyectables”.

CUARTO. SITUACIONES LÍMITE. “Tengo que...” (Decidir) Manejo de sentimientos y emociones.

“Casi siempre me siento avergonzada por tener que referir mi diabetes en público. Casi siempre me siento físicamente enferma, especialmente en mi estado de ánimo y el cansancio. Casi siempre tengo problemas para orinar. Casi siempre encuentro que mi diabetes limita mis relaciones sociales y amistades. Casi siempre me siento restringida por mi dieta. Casi siempre mi diabetes interfiere en mi vida sexual. Muy pocas veces mi diabetes impide conducir o usar una máquina de escribir o una computadora. Muy pocas veces como algo que no debo, antes de decirle a alguien que tengo diabetes. Nunca escondo a los demás el hecho de que estoy teniendo una reacción insulínica. Casi siempre me preocupa si perderé el conocimiento”.

10. FLOR: “Gran cantidad de información la que tengo que asimilar”

A Flor, que es profesora de educación secundaria, le diagnosticaron diabetes hace 10 años.

Refiere:

“Al principio es complicada la diabetes, pero es una enfermedad con la que se puede convivir perfectamente y llevar (en cierto modo), una vida normal siempre y cuando cumplas con las indicaciones del médico. Sentía hambre más allá de lo normal, pero trataba de controlarme, igualmente bastante sed. Con estas molestias fui a consultar con un médico, me realizó análisis de sangre y orina. El resultado indicaba que tenía la glucosa elevada en 250 miligramos. Tenía Diabetes. Puedo decir que no me sentí desesperada, asimile mi estado de Salud. He tratado de informarme sobre esta enfermedad que en realidad le cambia la vida a una persona. Soy una persona que asume con tranquilidad los problemas que se me presentan. Los valoro y busco la salida para no complicarme. Actualmente tengo 50 años de edad. Tengo instrucción superior. Soy natural de Arequipa, vivo en Puno. Estoy colaborando con el Psicólogo, porque me motiva saber algo más sobre la diabetes. He sido entrevistada en fecha 25 de agosto 2021. Trabajo en el Ministerio de Educación, soy profesora. Tengo Seguro Social. Mi Estado Civil es Casada. Preguntada si me interesaría pertenecer a una Institución que agrupe a los diabéticos he contestado que Si, porque sería algo positivo para tener quien reclame por nosotros, y para garantizar un mejor trato asistencial y calidad de vida. Tengo familiares que padecen o padecieron diabetes. No tengo presión arterial alta. Me ha comunicado un profesional de la salud que no tengo hipertensión. No realizo algún tipo de actividad física. En mi alimentación existen algunos productos que me suben la glucosa, tales como: carne, pan, azúcar, gaseosa, fideos; otros que me bajan la glucosa, como: medicamentos, verduras, agua. El personal asistencial no me visita periódicamente en mi domicilio. El personal médico se comunica muy poco conmigo. Me preocupa el excesivo número de pacientes en la consulta. Siento molestias de enfermedades que el médico no me pregunta”.

VISIÓN SOCIAL DEL DIABÉTICO. ¿Cómo percibe su enfermedad?

La dimensión social del diabético.

“En mi experiencia, hay falta de seguimiento al paciente en la enfermedad de diabetes. No imparten educación diabetológica en salud. Existen diferentes criterios en los médicos endocrinólogos. Reacciono críticamente a la falta de medicamentos y otros insumos para la diabetes. Experimento falta de soporte familiar, y mi entorno está distanciado. Siento deterioro de mis sentimientos y emociones, tengo carácter explosivo, me encolerizo fácilmente. No existe deficiente conocimiento para cumplir las recomendaciones médicas. Siento falta de conocimiento de mi enfermedad de diabetes, por esto a veces me descuido. Me molesta la aplicación de medicamentos en forma diaria, quisiera abandonar el tratamiento. La aplicación de medicamentos varias veces al día, me perturba”.

MISIÓN DEL DIABÉTICO. ¿Qué debe conocer?

La dimensión psicológica del diabético.

“Estoy segura que conozco como debo enfrentar a los sentimientos y emociones en la diabetes. Estoy segura como enfrentar la obesidad, la diabetes y la dislipidemia. Estoy segura que conozco como enfrentar la diabetes y el alcohol. No estoy segura que conozco

como comprender el manejo de los carbohidratos. No estoy segura si conozco como comprender y usar las grasas y aceites en mi alimentación. Estoy segura que tengo reacciones de tensión, ansiedad y nerviosismo. Estoy segura de tener dificultades económicas para sustentar los gastos adicionales de mi enfermedad de diabetes. Tengo duda si experimento intervenciones no conversadas conmigo. Estoy segura que tengo miedo a efectos adversos y secundarios del tratamiento de diabetes. Tengo duda si me preocupa la complejidad del tratamiento con insulina”.

TERCERO. LA DIMENSIÓN CULTURAL.

¿Cuál es el impacto en su vida personal? (Hábitos, ideas, creencias, valores, costumbres)

“No estoy satisfecha con la cantidad de tiempo que ocupo en revisiones. Estoy satisfecha con mi tratamiento actual de la diabetes. No estoy satisfecha con la flexibilidad que tengo en mi dieta. No estoy satisfecha con mi conocimiento sobre la diabetes. No estoy satisfecha con la cantidad de sueño por las noches. Estoy satisfecha con mis relaciones sociales y amistades. No estoy satisfecha con mi vida sexual. Estoy satisfecha con la apariencia de mi cuerpo. No estoy satisfecha con el tiempo que ocupo para hacer ejercicios. Con frecuencia siento dolor asociado con el tratamiento de mi diabetes, especialmente con los inyectables”.

CUARTO. SITUACIONES LÍMITE. “Tengo que...” (Decidir) Manejo de sentimientos y emociones.

“Nunca me siento avergonzada por tener que referir mi diabetes en público. Casi siempre me siento físicamente enferma, en mi estado de ánimo, me siento cansada. Nunca tengo problemas para orinar. Nunca encuentro que mi diabetes limita mis relaciones sociales y amistades. Siempre me siento restringida por mi dieta. Muy pocas veces mi diabetes interfiere en mi vida sexual. Nunca mi diabetes me impide conducir o usar una máquina de escribir o computadora. Nunca como algo que no debo, antes de decirle a alguien que tengo diabetes. Nunca escondo a los demás el hecho de que estoy teniendo una reacción insulínica. Nunca me preocupa si perderé el conocimiento.



DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, Yo **WILFREDO PARRA VALDIVIA** identificado(a) con N° DNI:
01341691 en mi condición de egresado(a) del:

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

con código de matrícula N° 182558, informo que he elaborado la tesis denominada:

**“REPRESENTACIONES SOCIALES EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2_
DETERMINANTES SOCIALES, PSICOLOGICOS Y CULTURALES EN UNA
MUESTRA DE PACIENTES CRÓNICOS DE LA CIUDAD DE PUNO”.**

Es un tema original.

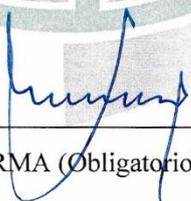
Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y no existe plagio/copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a las disposiciones legales vigentes y a las sanciones correspondientes de igual forma me someto a las sanciones establecidas en las Directivas y otras normas internas, así como las que me alcancen del Código Civil y Normas Legales conexas por el incumplimiento del presente compromiso

Puno, 19 de Agosto del 2024.



FIRMA (Obligatorio)



Huella



Universidad Nacional del
Altiplano Puno



Vicerrectorado de
Investigación



Repositorio
Institucional

AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Por el presente documento, Yo **WILFREDO PARRA VALDIVIA** identificado(a) con N° DNI: **01341691**, en mi condición de egresado(a) del Programa de Maestría o Doctorado:

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD,

informo que he elaborado la tesis denominada:

“REPRESENTACIONES SOCIALES EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2_ DETERMINANTES SOCIALES, PSICOLOGICOS Y CULTURALES EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CRÓNICOS DE LA CIUDAD DE PUNO”.

para la obtención de **Grado.**

Por medio del presente documento, afirmo y garantizo ser el legítimo, único y exclusivo titular de todos los derechos de propiedad intelectual sobre los documentos arriba mencionados, las obras, los contenidos, los productos y/o las creaciones en general (en adelante, los “Contenidos”) que serán incluidos en el repositorio institucional de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno.

También, doy seguridad de que los contenidos entregados se encuentran libres de toda contraseña, restricción o medida tecnológica de protección, con la finalidad de permitir que se puedan leer, descargar, reproducir, distribuir, imprimir, buscar y enlazar los textos completos, sin limitación alguna.

Autorizo a la Universidad Nacional del Altiplano de Puno a publicar los Contenidos en el Repositorio Institucional y, en consecuencia, en el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto, sobre la base de lo establecido en la Ley N° 30035, sus normas reglamentarias, modificatorias, sustitutorias y conexas, y de acuerdo con las políticas de acceso abierto que la Universidad aplique en relación con sus Repositorios Institucionales. Autorizo expresamente toda consulta y uso de los Contenidos, por parte de cualquier persona, por el tiempo de duración de los derechos patrimoniales de autor y derechos conexos, a título gratuito y a nivel mundial.

En consecuencia, la Universidad tendrá la posibilidad de divulgar y difundir los Contenidos, de manera total o parcial, sin limitación alguna y sin derecho a pago de contraprestación, remuneración ni regalía alguna a favor mío; en los medios, canales y plataformas que la Universidad y/o el Estado de la República del Perú determinen, a nivel mundial, sin restricción geográfica alguna y de manera indefinida, pudiendo crear y/o extraer los metadatos sobre los Contenidos, e incluir los Contenidos en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

Autorizo que los Contenidos sean puestos a disposición del público a través de la siguiente licencia:

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visita: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

Puno, 19 de Agosto del 2024.

FIRMA (Obligatorio)



Huella