



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
ESCUELA DE POSGRADO**

MAESTRÍA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

TESIS

**IMAGINARIOS SOCIALES DE PACIENTES CON DIABETES E
HIPERTENSIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD Y SU
TRATAMIENTO CONVENCIONAL Y TRADICIONAL EN
CHALLABAMBA, CUSCO 2023**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

AUTORA:
Br. PALMIR BUTRON LOAYZA

ASESOR:
Dr. EDGAR QUISPE MAMANI
ORCID: 0000-0003-4877-8551

CUSCO-PERÚ

2025



Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

INFORME DE SIMILITUD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-321-2025-UNSAAC)

El que suscribe, el **Asesor** Dr. Edgar Quispe Mamani

..... quien aplica el software de detección de similitud al trabajo de investigación/tesis titulada: Imagenarios Sociales de pacientes con diabetes e hipertensión sobre la enfermedad y su tratamiento convencional y tradicional en Challabamba, Cusco 2023.

Presentado por: Palmir Buston Loayza DNI N° 46386530;

presentado por: DNI N°:

Para optar el título Profesional/Grado Académico de Maestro en Antropología Social

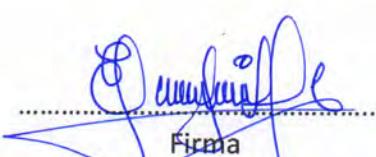
Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 02 veces, mediante el Software de Similitud, conforme al Art. 6º del **Reglamento para Uso del Sistema Detección de Similitud en la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 2 %.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No sobrepasa el porcentaje aceptado de similitud.	<input checked="" type="checkbox"/>
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las subsanaciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, conforme al reglamento, quien a su vez eleva el informe al Vicerrectorado de Investigación para que tome las acciones correspondientes; Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de Asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y adjunto las primeras páginas del reporte del Sistema de Detección de Similitud.

Cusco, 22 de diciembre de 20.25


Firma

Post firma..... Dr. Edgar Quispe Mamani

Nro. de DNI..... 01332727

ORCID del Asesor..... 0000-0003-4877-8551

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema de Detección de Similitud: oid: 27259:541870980

PALMIR BUTRON LOAYZA

IMAGINARIOS SOCIALES DE PACIENTES CON DIABETES E HIPERTENSIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD Y SU TRATAMIENTO...

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::27259:541870980

148 páginas

Fecha de entrega

18 dic 2025, 9:17 a.m. GMT-5

30.405 palabras

Fecha de descarga

19 dic 2025, 12:51 p.m. GMT-5

170.727 caracteres

Nombre del archivo

IMAGINARIOS SOCIALES DE PACIENTES CON DIABETES E.pdf

Tamaño del archivo

4.9 MB

2% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 25 palabras)

Fuentes principales

- | | |
|----|---|
| 2% |  Fuentes de Internet |
| 0% |  Publicaciones |
| 1% |  Trabajos entregados (trabajos del estudiante) |

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
ESCUELA DE POSGRADO

INFORME DE LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES A TESIS

Dr. TITO LIVIO PAREDES GORDON, Director (e) de la Escuela de Posgrado, nos dirigimos a usted en condición de integrantes del jurado evaluador de la tesis intitulada **IMAGINARIOS SOCIALES DE PACIENTES CON DIABETES E HIPERTENSIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD Y SU TRATAMIENTO CONVENCIONAL Y TRADICIONAL EN CHALLABAMBA, CUSCO 2023** de la Br. PALMIR BUTRON LOAYZA .Hacemos de su conocimiento que el (la) sustentante ha cumplido con el levantamiento de las observaciones realizadas por el Jurado el día **VEINTICUATRO DE OCTUBRE DE 2025**.

Es todo cuanto informamos a usted fin de que se prosiga con los trámites para el otorgamiento del grado académico de **MAESTRO EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**.

Cusco, 17 de Diciembre del 2025

DRA. DELMIA SOCORRO VALENCIA BLANCO
Primer Replicante

DR. RICHARD SUAREZ SANCHEZ
Segundo Replicante

DR. JESÚS WASHINGTON ROZAS ALVÁREZ
Primer Dictaminante

DRA. CARMEN ESCALANTE GUTIERREZ
Segundo Dictaminante

DEDICATORIA

A la Pachamama, madre de todos los caminos, te agradezco por guiar nuestros pasos en este universo sagrado.

A todos los ancestros quechua aimaras y mis padres Julia y Nico que a través de su apoyo incondicional y las enseñanzas que me transmiten pude concretar este proyecto.

A Ros, Lud, Pavka y Juan que, aunque volemos en distintas direcciones siempre nos unirá las raíces y el color de nuestras plumas.

A las hermanas y hermanos que conocí en este camino del melodioso Siku y la medicina holística.

Somos tribu de corazón.

Palmir

AGRADECIMIENTOS

A mi alma mater, la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, en particular a la Escuela de Posgrado por la oportunidad de realizar la Maestría en Antropología Social, a mis docentes que, con su papel enriquecedor, incentivan el desarrollo humano profesional e incrementaron mis posibilidades creativas en este camino de la investigación cualitativa.

A mi asesor, Dr. Edgar Quispe Mamani por la paciencia, entender y dirigir las ideas y propuesta de investigación, además de compartir sus ideas, bibliografía y experiencia.

A mis compañeros y compañeras de posgrado, que, aunque no tuvimos la oportunidad de vernos físicamente pudimos compartir el tiempo entre libros digitales y clases virtuales.

Al Ministerio de Salud, por brindarme la información necesaria y abrirme sus puertas, en esta área mi especial gratitud al Lic. Cirilo Huamanquispe que como enfermero en el área rural va abriendo sendas en la atención primaria de salud.

Finalmente, a Ubaldina, quién emprendió su viaje al encuentro de sus ancestros y a todos los abuelitos que, con su tiempo y apoyo, acompañaron la conclusión de este sueño. Mi admiración para ustedes.

Con toda gratitud

Palmir

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
INDICE DE FIGURAS.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCCION	1

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Situación problemática.....	3
1.2. Formulación del problema	6
a) Problema general.....	6
b) Problemas específicos:	6
1.3. Justificación de la investigación	7
1.4. Objetivos de la investigación	7
a) Objetivo general.....	7
b) Objetivos específicos	8

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Bases Teóricas	9
a) Teorías de los imaginarios sociales y enfermedades crónicas	9
b) Teorías de la medicina convencional y las enfermedades crónicas	12
c) Teorías de la medicina tradicional y enfermedades crónicas	16
d) Atención Primaria de Salud en torno a las enfermedades crónicas	18

2.2. Marco conceptual	23
2.3. Antecedentes empíricos de la investigación: estado del arte.....	25
2.4. Justificación epistemológica.....	30
2.5. Categorías de análisis	31

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. Ámbito de estudio: localización política y geográfica	32
3.2. Tipo y nivel de investigación	33
3.3. Unidades de análisis y observación	34
3.4. Población de estudio.....	34
3.5. Tamaño y técnica de selección de muestra	35
3.6. Técnicas de recolección de la información	36
3.7. Técnicas de análisis e interpretación de la información	37

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. Procesamiento, análisis, interpretación y discusión de resultados	39
4.2. Características de la población	39
4.3. Sentimientos de los actores sobre la enfermedad y el tratamiento	41
4.3.1. Sentimientos de los pacientes sobre la enfermedad y el tratamiento ..	41
a) Incertidumbre frente a la enfermedad	43
b) El Idioma quechua en la atención médica.....	47
c) Angustia frente a la desocupación.....	49
d) Confianza en centros de atención privada.....	50
e) Preocupación por la familia frente a la enfermedad	51
f) Sensación actual de soledad.....	52
g) Desconfianza en la atención pública de salud	54
h) Preocupación frente al tratamiento convencional.....	55

4.4. Pensamientos de los pacientes y personal de salud	58
4.4.1. Pensamientos de los pacientes frente a la enfermedad	58
4.4.2. Pensamientos del personal de salud	72
4.5. Significados atribuidos por los pacientes a la enfermedad	81
4.5.1. Dios como fuerza y búsqueda de consuelo	83
4.5.2. Creencias en el examen de sangre	84
4.5.3. Cambio de la dieta como factor estresante	85
4.6. Acciones de los pacientes y personal de salud	87
4.6.1. Acciones del paciente frente a la enfermedad	87
4.6.2. Acciones del personal de salud	98

CAPITULO V

CONCLUSIONES	108
RECOMENDACIONES	110
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	112
ANEXOS	120
Anexo 1: Matriz de consistencia	121
Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos	123
Anexo 3: Documentos de acreditación de acceso al campo	128
Anexo 4: Evidencias del trabajo de campo	134

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Red Semántica de la primera categoría: Sentimientos de los pacientes.....	35
Figura 2: Red Semántica de la segunda categoría: Pensamientos de los pacientes.....	50
Figura 3: Red Semántica: Pensamientos del personal frente a la enfermedad.....	64
Figura 4: Red Semántica de la tercera categoría: Significados de los pacientes.....	73
Figura 5: Red Semántica de la cuarta categoría: Acciones de los pacientes.....	79
Figura 6: Red Semántica: Acciones del personal de salud ante la enfermedad.....	90

RESUMEN

La presente tesis aborda los imaginarios sociales de pacientes con diabetes e hipertensión en el distrito de Challabamba, destacando los sentimientos, pensamientos, significados y acciones asociados a la enfermedad. Los objetivos específicos fueron: Comprender los sentimientos que expresan los pacientes; analizar los pensamientos para luego interpretar los significados; y examinar las acciones desarrolladas tanto por los pacientes como por el personal de salud.

La investigación se realizó bajo el enfoque metodológico cualitativo, basado en un diseño fenomenológico, empleando la entrevista semiestructurada como técnica principal de recolección de datos, y utilizando el software Atlas.ti para el procesamiento y análisis de la información. Los resultados muestran que los imaginarios sociales de los pacientes se construyen a partir del proceso vivido desde el diagnóstico, caracterizado por sentimientos de susto, miedo y preocupación ante la condición crónica. Se identificó desconfianza hacia los servicios de salud, especialmente debido a la barrera lingüística con personal monolingüe. Además, se observa la complementariedad entre la medicina convencional y la tradicional, así como el papel de la fe como estrategia de resiliencia frente a la enfermedad. En cuanto a la atención primaria de salud en torno a estas enfermedades existe limitada formación de los profesionales en salud, lo que ha afectado el liderazgo de la atención primaria en acciones preventivo promocionales.

Este estudio aporta a la comprensión de los imaginarios sociales en la experiencia de vivir con enfermedades crónicas, evidenciando la interacción entre emociones, significados, pensamientos y prácticas en el proceso salud-enfermedad.

Palabras clave: Imaginarios sociales, Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, Medicina tradicional

ABSTRACT

This thesis analyzes the social imaginaries of patients with diabetes and hypertension in the district of Challabamba, highlighting the feelings, thoughts, meanings, and actions associated with these diseases. The specific objectives were to understand the feelings expressed by the patients, analyze their thoughts to interpret associated meanings, and examine the actions carried out by both patients and healthcare personnel.

The research was conducted using a qualitative approach based on a phenomenological design, employing semi-structured interviews as the main data collection technique and using Atlas.ti software for data processing and analysis.

The results show that patients' social imaginaries are shaped by the experiences following diagnosis, characterized by feelings of fear, anxiety, and concern regarding the chronic nature of their condition. Distrust toward health services was identified, especially due to language barriers with monolingual healthcare personnel. Additionally, the study highlights the complementarity between conventional and traditional medicine, as well as the role of faith as a resilience strategy in coping with the disease. Moreover, the limited training of healthcare professionals has affected the leadership of primary healthcare in preventive and promotional actions.

This study contributes to the understanding of social imaginaries in the experience of living with chronic diseases, evidencing the interaction between emotions, meanings, practices, and social relationships in the health-disease process.

Keywords: Social imaginaries, Diabetes mellitus, Arterial hypertension, Traditional medicine

INTRODUCCION

En el Perú, 38.83 % de las personas mayores de 15 años presentan alguna morbilidad asociada, como la obesidad, hipertensión arterial o diabetes mellitus. Esto evidencia la importancia de priorizar la atención primaria de salud, ya que de ella depende el diagnóstico precoz de estas enfermedades crónicas. Lo que involucra no solo el tratamiento farmacológico oportuno, sino también la promoción de estilos de vida saludables dentro del modelo de cuidado integral de salud.

Desde la perspectiva Antropológica, según Aparicio (2007) *se puede estudiar y buscar una vía de acceso al interior de la persona enferma* a través del mundo de intereses del paciente, por ello los imaginarios sociales son importante porque ahondan en la interpretación de la mentalidad de los pacientes, considerando más allá de lo biológico.

Al ser estructuras metaempíricas, permiten comprender al ser social e individual en todas sus dimensiones, no solo dentro de los parámetros biomédicos. Según Arribas (2008), estas prácticas, significados y valores forman parte de un entramado de significaciones sociales que orienta nuestra vida, ya sea de manera consciente inconsciente, cuando lo aceptamos, nos afecta o lo cuestionamos.

En general el estudio de los imaginarios sociales plantea el lograr discernir cuales son y como se despliegan en la construcción de significaciones socialmente compartidas, y que se traducen en discurso. En términos metodológicos, esta investigación es cualitativa fenomenológica, que incluyó entrevistas, observación e historias de vida con pacientes y profesionales de salud de los establecimientos de salud del distrito de Challabamba. Este enfoque permitió acceder a las experiencias, significados y prácticas que configuran el proceso de enfermedad en el contexto estudiado.

Es así que la presente tesis procura comprender e interpretar los imaginarios sociales de pacientes con diabetes e hipertensión del distrito de Challabamba, en la región Cusco, a partir del estudio de los pacientes, familiares y el personal de salud.

El trabajo de investigación está estructurado de la siguiente manera: en el capítulo uno, se presenta el planteamiento del problema, formulándose el problema de investigación tanto en su forma general como en los aspectos específicos que aborda. Además, justifica la relevancia del estudio y se definen los objetivos generales y específicos que guiaran el desarrollo de la investigación,

El segundo capítulo se centra en la revisión del marco teórico referencial, los antecedentes y los conceptos básicos que permite comprender el fenómeno desde la mirada antropológica, social y cultural.

El tercer capítulo, se argumenta el motivo por el cual la investigación no presenta hipótesis ni variables de estudio; en el cuarto capítulo, se expone el diseño metodológico, ámbito de estudio, y las técnicas empleadas para la recolección y análisis de datos; en el quinto capítulo, se presenta el análisis y discusión de los resultados de la investigación; y finalmente, se muestran las conclusiones y recomendaciones a las que se ha llegado a través de la investigación. Estas conclusiones resaltan los imaginarios sociales que se interrelacionan en el proceso de la enfermedad de la diabetes e hipertensión y que influyen en la atención primaria de salud.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Situación problemática

Por lo general, la diabetes es una enfermedad crónica homicida invisible, el sistema sanitario de los pueblos andinos es insuficiente, los servicios que se necesitan para las comunidades originarias suelen ser limitados. Si existen grandes cantidades de habitantes nativos de todo el mundo que padecen diabetes de modo desproporcionado (Nicolaisen, 2006).

Si bien estas enfermedades crónicas alteran la cotidianidad del paciente, según Bury (1991), la combinación de síntomas imprecisos, tratamientos con efectos inciertos y la duración, a veces, incierta de la enfermedad conduce a la *interrupción biográfica*. No obstante, los pacientes buscan dar significados para sus vidas afectadas por la enfermedad, emplean tácticas para enfrentar las alteraciones y utilizan recursos para aprender a manejar la enfermedad, logrando así en la mayoría de casos reestructurar sus vidas.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar [ENDES] (2023), en el Perú el 38.8% de los individuos de más de 15 años padece al menos una morbilidad asociada o factor de riesgo para su salud, como la diabetes mellitus, hipertensión o alguna enfermedad cardiovascular. A nivel rural, se observa un incremento de pacientes con

estas enfermedades, incluyendo el distrito de Challabamba, donde los cambios de estilo de vida han generado una mayor carga de morbilidad.

Por otro lado, los *imaginarios sociales*, según el filósofo Castoriadis (1983), está conformado por las significaciones sociales imaginarias y las instituciones cristalizadas, asegurando en la sociedad la repetición de las mismas formas que regulan la vida en sociedad, hasta que un cambio lento o una creación masiva las modifica o reemplaza.

Asimismo, Coca y Matas (2014) refieren que los imaginarios sociales son producto de los valores, las apreciaciones, los gustos, los ideales y las conductas de las personas que forman parte de una cultura. Es decir, los gestos, hábitos, rutinas y otros constituyen expresiones de la pintura del mundo, en el que una sociedad se reconoce como agente diferenciado en la historia.

Desde el diagnóstico de la enfermedad, ya sea diabetes o hipertensión, la mayoría de pacientes afrontan la enfermedad experimentando diversos *sentimientos*; en algunos casos se les observa temor, preocupación y en otra negación de su enfermedad. Además, en el proceso de adaptación y cumplimiento del tratamiento, muchas veces sienten frustración al depender de los controles mensuales y las muchas observaciones del personal de salud.

En cuanto a los *pensamientos*, los pacientes refieren que su enfermedad está relacionada con problemas familiares o sociales (herencia, terrenos). Todo el proceso de la enfermedad conlleva afrontar muchos cambios por su cronicidad, por lo que frecuentemente lidian con las visitas al establecimiento de salud, lo que puede afectar al desenvolvimiento de sus actividades cotidianas, además las dudas sobre el tratamiento farmacológico y la falta de un seguimiento integral influenciarán en el abandono

posterior y, en algunos casos, la razón de dicho abandono es que la “*medicina de la posta hace daño*”.

Los pacientes con diabetes e hipertensión del distrito de Challabamba acuden a los establecimientos de salud, mensualmente, para recibir orientación y su medicación dentro de los parámetros de la medicina convencional, como es la *metformina* en caso de diabetes, y en presión alta, el *losartán o enalapril*. Estas pastillas generalmente se consumen diariamente para mantener los niveles de glucosa (diabetes) y para mantener los parámetros normales de la presión arterial (hipertensión).

En cuanto a los ***significados***, en el tratamiento de la enfermedad refieren, por ejemplo, que: “*Señorita, cuando vengo a la posta dejo cosas que hacer*”, por lo que en la mayoría de los casos culpan a la enfermedad, de sus visitas mensuales para el control de glucosa y presión arterial.

Finalmente, las ***acciones que desarrollan los pacientes*** están relacionadas tanto con el tratamiento convencional como con prácticas tradicionales. Algunos pacientes se adaptan al uso de la medicación mientras que otros suspenden voluntariamente el tratamiento, dejando de asistir a las citas por percibir mejorías o por considerar que los fármacos “*no les ayudan*”. Por otro lado, en las comunidades se hace uso de la medicina tradicional, como las plantas medicinales y productos naturales. En la cultura andina, estas prácticas forman parte de tradiciones que han perdurado y coexistido con las generaciones, y actualmente, en el contexto de la pandemia, se ha observado un incremento en el uso de plantas medicinales como tratamiento complementario.

En las visitas al establecimiento de salud, la mayoría de los pacientes indican que, en ocasiones, no entienden las orientaciones del personal de salud ni comprenden el régimen terapéutico, debido a que el personal de salud no habla el quechua. Además,

para realizar hacer seguimiento integral, es necesario indagar también los sentimientos, pensamientos y significados que los pacientes atribuyen a la enfermedad. Estos aspectos son importantes a la hora de diseñar mecanismos de solución frente a problemas en el nivel de atención primario.

Asimismo, es importante profundizar las ideas y pensamientos que los pacientes tienen sobre los fármacos convencionales y la práctica de la medicina tradicional, ya que su comprensión y manejo son fundamentales para brindar una atención de calidad con enfoque intercultural.

Ante esta situación problemática expuesta, es de interés realizar la investigación, y por ello a continuación se formulan las siguientes preguntas.

1.2. Formulación del problema

a) Problema general

¿Cómo son los imaginarios sociales de pacientes con diabetes e hipertensión sobre la enfermedad y su tratamiento convencional y tradicional, en el distrito de Challabamba, Cusco, 2023?

b) Problemas específicos:

¿Qué sentimientos expresan los pacientes con diabetes e hipertensión sobre la enfermedad y su tratamiento convencional y tradicional?

¿Qué pensamientos desarrollan los pacientes con diabetes e hipertensión sobre la enfermedad y su tratamiento convencional y tradicional?

¿Qué significados atribuyen los pacientes con diabetes e hipertensión a la enfermedad y al tratamiento convencional y tradicional?

¿Qué acciones desarrollan los pacientes y el personal de salud en torno al tratamiento convencional y tradicional de los pacientes con diabetes e hipertensión?

1.3. Justificación de la investigación

El presente estudio se justifica porque, durante el desempeño laboral en los establecimientos primarios de salud a nivel rural, en general, no cuentan con las condiciones adecuadas para la atención de las enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión. Además, estas actualmente se han incrementado, viéndose reflejado con mayor gravedad en esta población rural, que en muchos casos son más vulnerables, por la dificultad en acudir a un centro de mayor complejidad y la ausencia de profesionales especializados. Por otra parte, es importante indicar que actualmente el tema no ha sido investigado en este tipo de población a nivel de la región Cusco.

Los resultados de la investigación serán de gran relevancia, porque permitirá la correcta toma de decisiones en las estrategias y programas de enfermedades no transmisibles de la Red de Salud Cusco Sur y Norte, contribuyendo así a la adopción de políticas de salud dirigidas a la población rural andina y, asimismo, en la vigilancia del consumo y tratamiento de la medicina tradicional desde la perspectiva de la atención primaria de salud.

1.4. Objetivos de la investigación

a) Objetivo general

Interpretar los imaginarios sociales de pacientes con diabetes e hipertensión sobre la enfermedad y su tratamiento convencional y tradicional, en el distrito de Challabamba, Cusco, 2023.

b) Objetivos específicos

- Comprender los sentimientos que expresan los pacientes con diabetes e hipertensión sobre la enfermedad y su tratamiento convencional y tradicional, en el distrito de Challabamba.
- Analizar los pensamientos que desarrollan los pacientes con diabetes e hipertensión sobre la enfermedad y su tratamiento convencional y tradicional, en el distrito de Challabamba.
- Interpretar los significados que atribuyen los pacientes con diabetes e hipertensión a la enfermedad y su tratamiento convencional y tradicional, en el distrito de Challabamba.
- Analizar las acciones que desarrollan los pacientes y el personal de salud en entorno al tratamiento convencional y tradicional de los pacientes con diabetes e hipertensión, en el distrito de Challabamba.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Bases Teóricas

a) Teorías de los imaginarios sociales y enfermedades crónicas

Con relación a los imaginarios sociales, Castoriadis (1975) plantea que es la capacidad que tiene un grupo social o una determinada sociedad de generar, crear, imaginar su propio entramado simbólico, el cual se constituye en una especie de cimiento de la sociedad. A partir del cual se pueden encontrar significados percibidos, pensados o imaginados por el sujeto lo que permiten reforzar órdenes colectivas. Así también, Ruiz et al. (2008) sostienen que se trata de una constitución subjetiva, pero que, aun cuando tienen mucha relación con la lógica, éstas se enlazan con las interacciones sociales y vivenciales de la cultura general. Además, se encuentra enmarcada dentro del contexto de costumbres sociales y los discursos de una época.

Desde esta orientación, Muñoz y Rubio (2019) destacan que los imaginarios sociales se establecen a través de la psique y del contacto con la sociedad, donde el ser humano dota de sentido a su mundo mediante formas, figuras e imágenes que reflejan sus dimensiones psíquicas, históricas y sociales. En esta misma línea, para Durand (1964) un significante no se limita a una palabra sino incluye símbolos, arquetipos, mitos, gestos y ritos.

Estos significantes son importantes porque generan sentido y permiten interpretar y organizar el actuar de la sociedad, en todos los procesos como el de salud-enfermedad,

así como refiere Castoriadis (1973), que estos elementos *-significante y significado-* no preexisten de manera natural, si no adquieren sentido dentro de un marco colectivo.

En ese sentido, al identificar el entramado simbólico, podemos reconocer los símbolos que impulsan la acción social. En un contexto de campo podríamos incluso llamarlos *fuerzas, en la medida en que son influencias determinables que inducen a las personas y a los grupos a la acción.* (Turner, 1980).

De esta manera, en el proceso de enfermedad representa un momento que perturba la vida del ser humano. En muchos casos, la enfermedad es aguda y de corta duración, mientras que en otros casos es crónica. La reacción ante un diagnóstico varía en cada individuo y resulta compleja, ya que el entorno social y cultural adquiere significados múltiples que como Lévi-Strauss et al., (1996), sostiene configuran un sistema: *conductas, motivaciones y juicios que influyen en la forma de afrontar los cambios y desafíos en la vida.*

La enfermedad es un estado de perturbación en el funcionamiento “normal” del individuo en su totalidad, comprendiendo el estado del organismo como sistema biológico y el estado de su ajustamientos personal y social (Talcott, 1951). Así también el antropólogo Le Breton (1999), refiere que las disciplinas de la biología son insuficientes para explicar las fluctuaciones sociales, culturales, personales e incluso contextuales. Es decir, la actitud frente a la situación establecida no será única y dependerá de muchas circunstancias. Además, el mismo autor afirma que el cuerpo no es un conjunto de órganos y de funciones *organizadas de acuerdo a normas biológicas, sino que ante todo es una estructura simbólica.* Esta perspectiva coincide con Morin (1970), quién argumenta que, aunque el ser humano es claramente biológico, también es cultural, metabiológico y habita en un universo de lenguajes, de ideas y de conciencia.

En la dimensión física , la experiencia de la enfermedad puede generar dolor, limitación, discapacidad, mutilación o aislamiento, lo cual representa una experiencia individual donde la percepción y el significado difieren de una persona a otra (Gonzales,2006); por su parte, Charmaz (1976) sostiene que las personas con enfermedades crónicas con frecuencia experimentan un desmoronamiento de sí mismas; sus experiencias y significados sobre los que estas personas construyeron sus antiguas imágenes de sí ya no están disponibles para ellos.

La enfermedad crónica implica incertidumbre, y no linealidad, afectando todos los aspectos de la vida social y requiriendo consensos entre los actores implicados. La pérdida de control y la afectación de la autonomía se ponen en tensión con las prácticas de cuidado, evidenciando a menudo la dependencia de la persona afectada (Mendes et al., 2011). Bury (1991) explica que la enfermedad crónica no solo impacta físicamente, sino también sobre la identidad, generando una “interrupción biográfica”, que desestructura la vida cotidiana.

Las enfermedades crónicas representan un desafío para el curso de la vida del paciente, porque involucran una serie de cambios. Charmaz, citado por Mendes et al. (2011), argumenta que el concepto que se tenga del yo puede afectar considerablemente las posibilidades de confrontación con la enfermedad, esto acompañado de las experiencias pasadas, creencias y valores, a lo que Bury (1991) llama “estrategia”, que describe las acciones desarrolladas frente a la enfermedad.

En este contexto, a partir del diagnóstico el paciente realiza cambios o acciones de acuerdo a la experiencia de la enfermedad, sin embargo, esta no linealidad trae sufrimiento y dudas como se refleja en la narrativa Tolstoyana, donde el protagonista al acudir al médico, siente que su vida se divide en dos estados opuestos: desesperación

ante una muerte incomprensible y, al mismo tiempo, esperanza y atención sobre la actividad de su cuerpo (Tolstoi, 2003).

b) Teorías de la medicina convencional y las enfermedades crónicas

En la evolución de la medicina, se han podido dar dos visiones, una que en su implementación moderna se ha establecido como una “*concepción dominante sobre los procesos biológicos y psíquicos que son procesos naturales ahistóricos*” y la otra, “en cuanto estos procesos son naturales, las circunstancias sociales o históricas en las cuales se dan y no transforman su esencia” (Laurell, 1982). En este sentido, Restrepo (2011) señala que el positivismo es un paradigma dominante en la medicina y en la ciencia moderna; además ha señalado los criterios de demarcación de lo que se considera digno de la ciencia y los de aquello que solamente ha de considerarse como especulación, poesía o retórica, dejando de lado los problemas que fuesen irreductibles a enunciados susceptibles de medición y control experimental.

Por otro lado, la medicina convencional se centra principalmente en el ámbito biomédico, dejando de lado lo que involucra el tener una enfermedad crónica. Como indica el Ministerio de Salud de Chile (2014): “*Generalmente los clínicos ven la enfermedad en términos de diagnóstico, adherencia al tratamiento o persistencia de conductas no saludables*”. En contraste, los pacientes perciben sus problemas en términos de “*dolor, limitación funcional, estrés emocional, dificultades para seguir el tratamiento, cambios de hábitos o temor por las consecuencias de la enfermedad*”. Esto evidencia que, al realizar el seguimiento en el nivel primario de atención, es necesario considerar otros factores que pueden generar dificultades al paciente.

Según la Organización Mundial de la Salud (2023), las enfermedades no transmisibles (ENT) o crónicas son de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Entre las principales de ENT se encuentran los infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la diabetes. En esta investigación se abordó las dos principales enfermedades crónicas más prevalentes: Diabetes e Hipertensión.

Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus (DM) se define como un «grupo de enfermedades metabólicas» caracterizadas por hiperglucemia, resultado de defectos en la secreción de insulina, acción de la misma o ambos (Conget, 2002).

Además, el aumento de la glucosa en sangre crónicamente por encima de los valores normales se asocia con anomalías y deficiencias a nivel de los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

Según la dirección epidemiológica de la Gerencia Regional de Salud (2017), a la fecha la causa exacta de este tipo de enfermedad es desconocida; sin embargo, existe la hipótesis de que el origen es autoinmune, lo que podría explicar los cambios de las células productoras de insulina en el páncreas. Sin embargo, también es una enfermedad con base asociada a los genes. La diabetes tipo II se caracteriza por la insuficiente respuesta a la insulina por las células beta, arriba mencionadas, lo que da como resultado el aumento del azúcar en sangre. La DM tipo II se presenta en adultos; es la más común. El cuadro clínico es muy parecido en ambos tipos de diabetes; sin embargo, en el tipo I es más común la delgadez y en el tipo II, el sobrepeso y la obesidad.

En general actualmente, esta enfermedad se ha incrementado a nivel de los pueblos indígenas. Según las Naciones Unidas (2010), “*más del 50% de los adultos indígenas de más de 35 años de edad padecen diabetes tipo 2, y se prevé que estas cifras continúen aumentando*”, situación atribuida, en gran parte, a cambios en las condiciones y estilos de vida de estas poblaciones.

Según el Ministerio de Salud de Perú [MINSA] (2024), el manejo terapéutico en el primer nivel de atención indica que se iniciará con la metformina o glibenclamida; el principal efecto es disminuir la producción hepática de glucosa además de realizar cambios en el estilo de vida como alimentación y ejercicio.

Dentro de las consecuencias y debido a la falta de tratamiento, la Federación Internacional de Diabetes (2019) expone que, si no se gestiona a largo plazo el déficit de insulina, numerosos órganos corporales se verían sumamente afectados, lo que derivaría en consecuencias de tipo incapacitantes y potencialmente letales, como las enfermedades cardiovasculares (ECV), neuropatía, nefropatía y, en algunos casos, la ceguera.

Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica por la cual los vasos sanguíneos presentan una tensión incrementada. Estos vasos distribuyen la sangre desde el corazón a todo el cuerpo. Con cada pulsación, el corazón suministra sangre a los vasos sanguíneos (OMS, 2023).

La tensión arterial se produce por la fuerza de la sangre que empuja contra las paredes de las arterias cuando el corazón bombea. Cuanto más alta es la tensión, más dificultad tiene el corazón para bombear (OMS, 2023).

La OPS (2020) sostiene que la hipertensión arterial representa no solamente una enfermedad, sino también un factor de riesgo importante para otras enfermedades, fundamentalmente, como la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal, y puede también producir afectaciones de la vasculatura periférica y de la retina.

Mientras que, en la hipertensión, las actividades para que el paciente logre un equilibrio inician desde dejar la sal, reducción/control de peso y la actividad física, el manejo terapéutico se iniciara con los grupos de medicamentos antihipertensivos probadamente eficaces y aceptados de primera elección en monoterapia que corresponden a: inhibidores de enzima convertidora de angiotensina II, bloqueadores de los receptores de angiotensina II, 13-bloqueadores, bloqueadores de los canales de calcio y diuréticos tipo tiazidas, entre ellos el losartán y el enalapril (Ministerio de Salud, 2015).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son enfermedades prolongadas cuyo progreso es generalmente lento. Equivalen a una verdadera epidemia que va en crecimiento debido al envejecimiento poblacional y los estilos de vida contemporáneos que intensifican el sedentarismo, dietas deficientes, entre otros elementos.

Por ello, las acciones más importantes y menos costosas en caso de estas enfermedades son aquellas orientadas a la prevención, la cual debe constituir la prioridad de las instituciones de salud, según la Sociedad Peruana de Endocrinología (2008), el tratamiento no farmacológico se fundamenta principalmente en la pérdida de peso en la persona con obesidad, la cual sigue siendo un requisito fundamental dentro de un enfoque integral. De igual manera, un plan de alimentación adecuado constituye un componente esencial en el tratamiento de la diabetes e hipertensión.

c) Teorías de la medicina tradicional y enfermedades crónicas

Antropología de la salud

Es el estudio y saber acerca de la salud y la enfermedad, así como los procedimientos terapéuticos en relación con la cultura en la que estos fenómenos se desarrollan (Giner A y Martín 1993, como se citó en Giner, s/f). La OMS comprende a la salud como un estado biológico, fisiológico además de un estado biopsicosocial, en el proceso de esta investigación es necesario tomar en cuenta el proceso de salud-enfermedad desde una visión integral más allá de la observación de signos y síntomas. En ese sentido, el sistema cultural revela la dimensión simbólica con la que cada sociedad define, clasifica y explica la enfermedad, puesto que todas las culturas poseen nociones propias sobre lo que significa estar sano o enfermo (Langdon, 2010). Dentro de este marco cultural es importante introducir la figura del chamán, según Eliade (1996), ocupa un lugar central: la curación constituye su función principal y se basa en una concepción de la enfermedad como un fenómeno dotado de sentido, que forma parte de una visión del mundo en la que todo está conectado; sanar implica reordenar la existencia, no solo eliminar síntomas. En contraste, el médico de la medicina occidental basa su práctica en una compresión biológica de la enfermedad, apoyada en métodos empíricos y técnicas y fármacos. No obstante, como advierte Laín (1984), la enfermedad es siempre una realidad humana susceptible de reflexión, cuya vivencia e interpretación dependen del modo en que cada persona experimenta su propio cuerpo.

Autores como Laplantine (1965) profundizan esta idea al afirmar que la enfermedad no existe independientemente de la cultura, cada sociedad le atribuye significados

particulares. De allí que las cuestiones de salud-enfermedad deban analizarse desde los contextos socioculturales específicos en los que ocurren. (Langdon y Braune, 2010)

Las representaciones del cuerpo configuran, en la escala del mundo, una nebulosa de imágenes que nutren las intervenciones terapéuticas más disímiles. Según las sociedades, el hombre es una criatura de carne y hueso, regida por las leyes anatómico-fisiológicas; trama de formas vegetales como en la cultura canaca; red de energías como en la medicina china, que relaciona al ser humano, a la manera de un microcosmos. (Le Breton, 1999)

Mientras en las zonas rurales, las comunidades han desarrollado amplios conocimientos sobre plantas medicinales y tratamientos biológicos que han pasado por procesos de experimentación a través del paso de los años, de generación en generación; por ello la atención en salud implica tomar en cuenta la interculturalidad e integralidad. Como indica Goycochea (2012), por un lado, la adaptación del establecimiento de salud y, por otro, es crucial entender que la salud del individuo es producto de su naturaleza multidimensional.

En el Perú, esta necesidad es especialmente visible debido a su carácter multicultural: Coexisten culturas indígenas originarias, sus derivadas y la cultura hegemónica occidental (Pereyra y Fuentes, 2012). Sin embargo, las culturas indígenas originarias han sido históricamente subyugadas o aisladas, por lo que la interculturalidad en salud presenta como una vía para transformar esta situación. En esa línea, el INS (2012) señala que las concepciones de salud, enfermedad, vida y muerte entre e los pueblos indígenas difieren de las concepciones no indígenas, pues están estrechamente vinculadas a la relación con el territorio y a una cosmovisión específica que influye en la interpretación de los malestares y sus formas de tratamiento.

Un avance relevante en el país ha sido la incorporación de la medicina “complementaria” en el seguro social [ESSALUD](2016), donde se reconoce que estas prácticas permiten que las personas se sientan no como enfermos, sino como personas que tienen sus propios valores y riquezas. Este concepto coincide con Aparicio (2007), que refiere que las medicinas tradicionales suelen evitar enfoques paternalistas, ya que promueven la participación activa del enfermo mediante remedios naturales, limpias o fortalecimientos, resaltando su responsabilidad en el proceso de curación.

Por todo ello, es fundamental la creación de servicios de medicina complementaria en el ministerio de salud público para lograr una atención que contribuya a los pacientes con enfermedades crónicas, que actualmente se observa un incremento. Además, como sostiene el antropólogo Eyzaguirre (2016), que la relevancia de la medicina complementaria y alternativa se justifica debido a que nuestro país está situado en un contexto de “transición epidemiológica”; es decir, la población de mayor porcentaje será la del adulto mayor con lo que aumentará la posibilidad de padecer enfermedades crónicas degenerativas, para lo cual serían útiles las medicinas mencionadas anteriormente.

d) Atención Primaria de Salud en torno a las enfermedades crónicas

La atención primaria de salud (APS) tiene desde sus inicios desde la declaración de Alma Ata según la OPS (1978) fue operativizar el trabajo de brindar asistencia sanitaria esencial a la persona y las familias que pertenecen a la comunidad, además representa la primera asistencia del sistema público nacional. Asimismo, se ha demostrado que es una inversión rentable porque una atención preventiva reduce los costos en sanidad como el número de hospitalizaciones; con ello mejorará la seguridad sanitaria.

Según el método HEARTS que hace ocho años está siendo aplicado en más de 22 países, indica que el paquete básico de tratamiento de estas enfermedades en la atención primaria de salud es: Asesoramiento en estilos de vida saludables, Tratamientos clínicos basados en la evidencia, acceso a medicamentos y el trabajo basado en equipos multidisciplinarios. (OPS, 2019)

En términos del MINSA (2002) en el Perú se ha llegado a articular esfuerzos para un manejo razonable e innovador de las enfermedades no transmisibles, en la construcción de una nación más saludable; sin embargo, todavía está en camino el diseño y despliegue de herramientas que fomenten la educación y el involucramiento ciudadano.

En el documento de Renovación de la atención primaria de salud, la OMS (2005) insta a los países de América a tomar las siguientes medidas:

Énfasis en la prevención y la promoción

Siendo vital esta medida puesto que conlleva medidas costo-efectivas, además de conferir poder a las comunidades para que desarrollen actividades de autocuidado y de esa manera se pueda abordar los determinantes sociales que son de vital importancia para un Sistema de Salud.

Esto nos ayuda a resaltar que las recomendaciones médicas deben ir más allá de lo tradicional, debe incluir la formación y orientación en salud en un *contexto clínico personal*.

Atención apropiada

Esta atención en salud implica que el sistema de salud no este enfocado en el *órgano o en la enfermedad* sino debe dirigirse a la persona como un todo además de ver el aspecto social.

Orientación familiar y comunitaria

En un sistema de Salud Basado en la atención primaria de salud, no está relacionada a lo “individual”; más por el contrario, emplea la visión de la salud pública y hace uso de la base de datos de la comunidad para explorar los riesgos y priorizar las intervenciones. Aquí la familia y la comunidad son consideradas como el núcleo primario de la programación y de la intervención.

En el contexto de la pandemia, se evidenciaron principalmente las dificultades de infraestructura de los puestos de salud en zonas rurales, porque carecían de las condiciones adecuadas para la atención de enfermedades infecciosas agudas. Durante ese periodo se priorizo obviamente la atención de pacientes con COVID-19, dejando de lado el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión. Según el MINSA (2021), afirma que el 97.1% de los establecimientos de salud de primer nivel de atención presentaban infraestructura precaria y equipos insuficientes.

Asimismo, como señalan Lazo-Gonzales et al. (2016), el sistema de salud aún se mantiene fragmentado y enfrenta serios problemas estructurales. Esto se debe a que las acciones administrativas de las diferentes instituciones enmarcados en el desarrollo humano no establecen un sistema unificado que sea eficaz en la solución de problemas de salud pública.

A nivel individual, es necesaria la integración del paciente como pilar fundamental para brindarle los servicios adecuados de orientación. Se hizo revisión a manuales de atención de pacientes con enfermedades crónicas dentro de América del sur, lo que se rescató y tomo en cuenta son la base de datos de Chile, pues dentro de su manual de abordaje integral de enfermedades crónicas, se insta a que “*el equipo de salud ayude a las*

personas a encontrar sus propias soluciones y motivaciones, y hacerse responsables de su salud; es decir, darles poder, conocimiento y confianza para hacerlo” (Ministerio de Salud de la Nación, 2014).

Dentro de los objetivos de la atención primaria de salud, se debe priorizar la intervención temprana, el diagnóstico puntual y la supervisión de los pacientes en el proceso salud-enfermedad, sean agudos o crónicos. En congruencia con esto, existe el consenso de que el fortalecimiento de la APS *es la estrategia más adecuada para la reforma del sector salud, en especial con el crecimiento de la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles* (Giovanella et al., 2015).

El rol del médico y del paciente en el proceso de atención de la enfermedad

La interacción del médico con el paciente constituye la columna del sistema de salud porque de ella depende la calidad del diagnóstico, tratamiento y el seguimiento integral a la persona con diabetes e hipertensión.

Respecto al rol del médico (Talcott Parsons, 1951), refiere que su superioridad sobre sus semejantes se limita al ámbito específico de su experiencia y entrenamiento técnico. Se espera que él se ocupe de la enfermedad (objetiva) en términos objetivos y científicamente justificables. Por ello, para él resulta irrelevante saber qué tipo de paciente atiende, sino más a qué enfermedad se va enfrentar.

Mientras el rol del paciente consiste desde el momento que toca las puertas de un establecimiento, asume un auto interés en curarse además tiene la obligación de “hacer su parte” lo mejor que pueda frente a la enfermedad. También se halla situada un cuadro institucionalmente definido que moviliza a otras personas en apoyo ayuda a tomar ciertas medidas en este caso amigos y familiares.

Estos roles adquieren relevancia como mecanismos de control social, no únicamente dentro de los límites de su propia definición conceptual, sino también en el contexto de las relaciones estrechas que mantienen con múltiples fenómenos habitualmente vinculados al ámbito de la salud.

Interculturalidad en la atención de Salud

La interculturalidad en salud es un concepto reciente que se desarrolla como respuesta a reivindicaciones de pueblos indígenas y de su derecho a la identidad cultural; pero también corresponde a una tendencia global de incorporar el derecho a la diferencia, que distingue y propicia la convivencia entre distintos grupos culturales en un mismo territorio. (Salaverry, 2010), siendo el Perú diverso en cuanto a la existencia de culturas, según la base de datos del Ministerio de Cultura, se reconocen 55 pueblos indígenas en Perú, de los cuales 51 se encuentran en la Amazonía y 4 en los Andes. Por ello la necesidad del acondicionamiento de los establecimientos de salud.

En esta perspectiva, la política nacional multisectorial al 2030, *se propone que el conjunto de los servicios de salud en todos sus niveles de atención, incluyéndose las actividades promocionales y prestacionales tome en cuenta las características particulares de los grupos de población de las localidades en donde se interviene.* Sin embargo, en los establecimientos de salud visitados no se observó que el personal médico atienda en la lengua originaria y por consecuencia no se fortalece el vínculo con el usuario, a pesar que la ley N°29735 respalda el uso de su lengua originaria en los ámbitos público y privado. Todo ello incrementa las desigualdades al requerir atención médica de los usuarios del distrito de Challabamba.

2.2. Marco conceptual

Imaginarios Sociales, es el conjunto de imágenes mentales y, según Baeza (2011), son formas de significaciones institucionalizadas que adopta una sociedad en el pensar, decir, hacer y juzgar, y que dependen de las condiciones espacio-temporales a partir de las cuales fueron creadas y a las que les son parcial o totalmente tributarias.

Diabetes, La diabetes es una enfermedad en la que los niveles de azúcar en sangre están elevados, esto debido a la no funcionalidad del páncreas. Estas enfermedades, según Meneses et al. (2009), se pueden prevenir y controlar a través de cambios en el estilo de vida, políticas públicas e intervenciones de salud, y requieren un abordaje intersectorial e integrado.

Hipertensión, según la OMS (2010), la hipertensión arterial es una afección por la cual los conductos sanguíneos presentan una tensión incrementada; por consiguiente, esto puede dañar principales órganos como el cerebro, los ojos y el riñón, debido a factores genéticos y ambientales.

Interculturalidad, es el proceso comunicacional basado en el entendimiento y respeto de los conocimientos, pensamientos, creencias y acciones del “otro” y que coadyuva a la mejor interrelación de diferentes culturas.

Enfermedades crónicas, el Instituto de Salud de Colombia (2018) cataloga estas enfermedades como afecciones patológicas de desarrollo prolongado que no se solucionan de manera natural, con mínima frecuencia alcanzan una curación completa y, además, generan un gran peso en la seguridad social (económico) debido a su extensa duración. Entre estas enfermedades tenemos las cardiovasculares, cáncer, diabetes y

enfermedades respiratorias crónicas, entre otras; también suelen dañar progresivamente uno o más órganos por largo tiempo.

Medicina tradicional, es el conjunto de conocimientos y actividades basados en creencias y experiencias de las diversas culturas, y que históricamente han crecido junto con la del hombre. Esta medicina se aplica para preservar la salud, prevenir, detectar o tratar afecciones físicas o mentales. Asimismo, según Katz (2003), esta medicina hace hincapié en el cuidado individualizado, el tiempo que involucra la atención a cada paciente, la confianza en los poderes autocurativos de las condiciones físicas y del medio natural.

Medicina Complementaria, alude a un amplio conjunto de prácticas de atención de salud que no forman parte de la tradición ni de la medicina convencional de un país dado (OMS, 2013).

Medicina Convencional, son los conocimientos con los cuales se trata y se brinda tratamiento a las enfermedades mediante fármacos, enfocándose en la mayoría de los casos en los síntomas, más no las causas que las originan. Es decir, los profesionales de la salud tratan los síntomas y las enfermedades usando medicamentos, la radiación o la cirugía. Prescindiendo de las condiciones individuales que atañe al paciente en un contexto integrativo. (Instituto Nacional del Cáncer, s. f.)

2.3. Antecedentes empíricos de la investigación: estado del arte

A nivel internacional

Hirsch y Alonso (2020), en “*La emergencia de la diabetes en una comunidad Tapiete de Salta: género, etnicidad y relaciones con el sistema de salud*”, cuyo objetivo fue explorar la parte social, cultural y de género en los procesos de atención de diabetes en la cultura tapiete de la provincia de Salta. Entre los resultados se indica que existe una transición epidemiológica, son muy diferentes las percepciones en varones y mujeres respecto al tener la enfermedad crónica. Los eventos traumáticos se transmiten entre generaciones, causan estrés y originan enfermedades como la diabetes y, además, se encontraron vulnerabilidades a la hora de alcanzar el acceso a la salud por estos pueblos oriundos.

Cruz y Cruz (2020), en “*El significado de la diabetes mellitus entre indígenas chontales de Tabasco*”, el objetivo del estudio fue comprender los significados de la diabetes y algunas disimilitudes en el aspecto de género en indígenas chontales. Entre los resultados se indica que la Diabetes se percibe como destino aciago; se encontró recelo en los tratamientos de insulina y diálisis, que entienden como precursores de la muerte. Las plantas medicinales son usadas y significan un tratamiento eficaz para la diabetes; también se encontró una creencia firme en Dios, que determinará el efecto en su salud.

Leiton et al. (2017), en su investigación titulada “Impacto emocional en el camino de aprender a vivir con diabetes”, el *objetivo* del estudio fue describir, interpretar y analizar los sentimientos de las personas con diabetes en el transcurrir de su enfermedad. Entre los *resultados* generaron cuatro condiciones de significados: sufrimiento, miedo, resignación y fe en Dios, que se agruparon en dos grandes aspectos: “viviendo con

sufrimiento y miedo para aceptar la enfermedad” y “teniendo resignación y fe en Dios para aprender a vivir con mi enfermedad”.

Chávez et al. (2016) realizaron un estudio titulado “*Significado de la hipertensión arterial por el usuario mapuche*”. El *objetivo* del estudio fue conocer el significado que se le da a la enfermedad, a la hipertensión arterial. Entre los *resultados* se indica que para hipertensión arterial surgieron cuatro categorías: “Significado” (concepto), “Causa” (percepción), “Convivir” (cambios) y “Tratamiento” (farmacológico, herbolaria, machi-curandera o consejera).

Ochoa et al. (2016), en su investigación titulada “*Emociones de la familia frente al diagnóstico de diabetes mellitus tipo I del infante*” entre sus *objetivos* tuvieron: Conocer las emociones generadas por el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 en el infante y su familia. Entre los *resultados* que obtuvo: Una categoría (emociones) con sus 2 subcategorías: a) momento del diagnóstico y b) al llegar a casa. (después del diagnóstico).

Aparecida y Laurencio (2015), en su revisión sistemática “*Dificultades vivenciadas por el paciente de diabetes mellitus en un distrito rural*”, el *objetivo* del estudio fue identificar las dificultades experimentadas por los individuos con diabetes mellitus. Entre los *resultados* que se encontraron, los informantes expresaron como dificultades las condiciones geográficas del centro de salud de la familia, la polifarmacia y sus efectos secundarios, y obstáculos para trabajar, adicciones de alcohol y tabaco y la reserva genética como un legado familiar.

Ledón (2012) en su investigación titulada “*Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad* “. Objetivo: reflexionar sobre los impactos psicológicos y sociales que puede generar la enfermedad, y sobre los

significados que los fundamentan, entre los resultados que se obtuvo están los procesos de salud y de atención de salud de personas que viven con DM y experiencias con potencial para causar severos impactos desde el punto de vista psicológico y social como el inicio de la enfermedad, la comunicación del diagnóstico, los aspectos involucrados en el auto-manejo para lograr el control de la DM, los momentos de descompensación metabólica, la aparición de complicaciones, en especial las crónicas, y la interacción del sujeto con diferentes actores sociales, dentro de los que cabe destacar la familia y los(as) proveedores(as) de salud.

Meneses et Al. (2009) en su tesis titulada “*Sentimientos, sentidos y significados en pacientes de hospitales públicos en el noreste de Brasil*”. *Objetivo:* Conocer los sentimientos, significados y la capacidad de recuperación de pacientes de centros hospitalarios públicos en el noreste de Brasil. *Resultados* Los sentimientos que los pacientes experimentan durante la hospitalización varían, oscilando entre negativos y positivos. Los significados del hospital incluyeron: peligro, cárcel, sufrimiento y aprendizaje. Para hacer frente a los obstáculos, emplean tácticas de resiliencia, lazos de solidaridad entre los pacientes, amigos y miembros de la familia y características personales y las creencias religiosas.

A nivel nacional

Cabezas (2019), en la tesis titulada “*Variables asociadas al diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en pacientes atendidos en el hospital María Auxiliadora*”, tuvo como objetivo establecer si los elementos sociodemográficos como edad/sexo/raza, la hipertensión arterial, el tabaquismo, la obesidad, dislipidemia y antecedentes heredofamiliares están vinculados al diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Dentro de sus resultados se incluye: que los factores sociodemográficos como edad/sexo/raza, la

hipertensión arterial, el tabaquismo, la obesidad, dislipidemia y antecedentes heredofamiliares están vinculados al diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

Ludeña (2014), en su tesis titulada “*Representaciones e imaginarios sobre el encuentro médico-paciente con diabetes*”, que tuvo como *objetivo*: Comprender las características de la relación paciente-médico y, entre los *resultados*, tenemos que los médicos consideran que la autoridad médica se consigue a través de la aplicación de un buen diagnóstico y tratamiento médico. En cambio, para los pacientes, es de prioridad que el médico les brindé explicaciones y respuestas comprensibles, así mismo exhibiendo interés y preocupación por la condición de salud del paciente.

Chamorro y Pachas (2019) en su tesis titulada “Ansiedad y depresión en personas con diabetes en la ciudad de Lima”, que tuvo como *objetivo* determinar la relación entre ansiedad y depresión, mientras que los resultados demuestran que se puede evidenciar que existe relación positiva entre ansiedad y depresión, por lo tanto, se puede indicar que el coeficiente correlativo es positivo moderado.

A nivel regional/local

Figueroa (2021), en su tesis titulada “*Representaciones sociales de pacientes originarios quechua con diabetes tipo 2 acerca de su enfermedad y tratamiento en dos hospitales en Cusco*”, estudio de tipo cualitativo, tuvo como *objetivo* analizar las representaciones sociales de los pacientes sobre su enfermedad y tratamiento. *Resultados*: La percepción que los pacientes poseen acerca de la causa de su enfermedad y las alteraciones que esta ocasiona refleja el impacto de la medicina convencional y la medicina andina-popular. Por otro lado, consideran beneficioso complementar los medicamentos del servicio sanitario con la terapéutica de la medicina andina y popular (plantas medicinales y otros productos naturales).

Siccos (2020) en su tesis “*Opinión de los pacientes con diabetes mellitus sobre la terapia alternativa*”, estudio de naturaleza cualitativa, cuyo *objetivo* principal fue analizar la opinión de los pacientes con diabetes mellitus II: entre los *resultados* obtenidos se pudo evidenciar que la mayoría de pacientes tienen entre 43 y 66 años de edad. Referente a la dimensión de interacción, las personas encuestadas tienen confianza hacia el personal de salud y así mismo cargan un conocimiento de terapias tradicionales gracias a su entorno cercano. Referente a la dimensión terapéutica, la mayoría de los encuestados indicó que el personal médico y enfermeras no les informan o recetaron tratamientos alternativos a la terapéutica convencional.

Núñez (2018), en su tesis titulada “*Percepción sociocultural de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la ciudad del Cusco*”, estudio de tipo mixto, tuvo como objetivo explicar la percepción sociocultural de la enfermedad en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la ciudad del Cusco. Resultados: La percepción sociocultural se da según el grado de instrucción que posee el paciente con diabetes tipo 2.

En síntesis, de las investigaciones revisadas se deduce lo siguiente. En primer lugar, se considera que la diabetes e hipertensión son producto de eventos traumáticos (sufrimiento y miedo) y que acuden al establecimiento de salud cuando ya presentan síntomas. En segundo lugar, se afirman que la enfermedad trae cambios en la cotidianeidad del paciente como la adaptación al tratamiento farmacológico, cambios en la dieta y aceptación de la enfermedad, para Laplantine (1965), enfermar es una *experiencia de desorganización* En tercer lugar, se afirma que el uso de la medicina tradicional está durante el proceso de enfermedad, pero no hay orientación proveniente del modelo biomédico, porque durante el vínculo profesional no se profundiza en las

dudas que puede cargar el paciente o esta se reduce a una *relación paternal sancionadora* como refiere Ludeña (2014). En cuarto lugar, se afirma la religión es un soporte emocional durante el proceso de la enfermedad y por otro, la presencia familiar garantiza un mejor afrontamiento del proceso, así como considera Malinowski (1993), que la religión establece, intensifica o fija la confianza en la lucha con las dificultades.

En ese entender, estos planteamientos desde distintas perspectivas nos han motivado a observar, reflexionar y repensar acerca de los imaginarios sociales de las enfermedades crónicas, específicamente la diabetes mellitus y la hipertensión.

2.4. Justificación epistemológica

La investigación desarrollada se ha basado en el enfoque cualitativo, por ello se ha prescindido de la formulación de las hipótesis, porque no se hicieron suposiciones anticipadas, y se indagaron desde las subjetividades e intersubjetividades la interpretación de los testimonios de pacientes con diabetes e hipertensión y los actores sociales en el proceso de la enfermedad y su tratamiento convencional y tradicional.

Como sostienen Hernández et al. (2014), la investigación cualitativa acepta que las hipótesis sean enunciadas después de que el investigador haya iniciado el proceso de investigación. Dicho proceso está fundamentado en los datos y se desarrolla en interrelación con ellos, en lugar de ser ideas precedentes que van a ser contrastadas con la realidad epistémica. Esta lógica corresponde a la investigación cuantitativa.

En la investigación cualitativa, el proceso de recolección de información va cambiando en función de los hallazgos obtenidos. Tal como sostiene Corbetta P. (2007), adopta un método fundamentalmente inductivo, evitando todo condicionamiento teórico inicial, según la máxima de que la “teoría” se debe descubrir a través de la investigación.

2.5. Categorías de análisis

Sentimientos. - Los sentimientos son representaciones mentales como efecto de distinguir una emoción, acerca de la cual señalamos algún significado o expresamos un juicio.

Pensamientos. - Proceso mental que tiene como fin obtener una respuesta a un problema, o los medios para alcanzar un objetivo mediante el razonamiento.

Significados. - Según la Real Academia Española, “*es el conjunto de representaciones mentales de un signo lingüístico*”. Es decir, es conceptualizar y asociar a la forma sensible o perceptible (significante) del signo y al objeto que representa (su referente) en todo tipo de comunicación.

Acciones. – Es la manifestación de expresión de la voluntad humana hacia el exterior, que implica un movimiento, pasividad o inmovilidad corporal dependiente de la voluntad consciente, es decir, actuar de manera activa o pasiva; y que es indiferente si causa o no un resultado.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. Ámbito de estudio: localización política y geográfica

El estudio se llevó a cabo en el distrito de Challabamba, que es uno de los seis distritos de Paucartambo, ubicado a 2816 msnm. Este distrito alberga a 46 comunidades campesinas.

Los límites del distrito de Challabamba son por el norte: provincia de Calca, por el este: Paucartambo, por el Oeste: Kcosñipata y por el Sur: Colquepata. (Municipalidad Distrital de Challabamba, 2023)

Se tomó geográficamente a pacientes que hacen sus controles o han sido diagnosticados de diabetes o hipertensión en el centro de Salud de Challabamba, puesto piloto de Chimur y el Puesto de Salud de Parobamba.

En el Centro de Salud Challabamba de nivel I-3, entre el periodo del 2022 al 2023, brinda atención a 46 pacientes, que presentaron diabetes o hipertensión, mientras que en el puesto de salud de Parobamba de nivel I-2 realizaba el control de 13 pacientes con diabetes o hipertensión (Red de Servicios de Salud Cusco Sur, 2023).

La población de estudio es rural y, según grupos etáreos, cuenta en su mayoría con adultos mayores y adultos jóvenes; además, el 60% son mujeres y el 40% son varones. Según el mapa de pobreza, está definida como una población “en extrema pobreza” (Municipalidad Distrital de Challabamba, 2023).

Respecto a la variedad del clima, esta fluctúa desde templado en la zona inferior, quebrada andina y luego frío en la zona jalca alta o puna. Todo ello da al distrito de Challabamba una variedad climática susceptible a la producción agrícola constituida por el maíz amiláceo, papas (mejoradas y nativas), cebada grano y olluco, y en las localidades de Churuyoq y Yuracmayo, frontera con los valles de Yanatile y Kosñipata, se produce café con un grano y sabor de gran calidad, además de variedad en frutas: manzana, granadilla, lícuma y chirimoya, etc. (Municipalidad Distrital de Challabamba, 2023)

En términos de turismo, en el distrito se encuentran el mirador de Tres cruces, las aguas termales de Chimur y la festividad de la Virgen de Chanka en el mes de octubre.

3.2. Tipo y nivel de investigación

La investigación se desarrolló bajo el enfoque metodológico cualitativo. Esta investigación privilegia el análisis profundo y reflexivo de los significados subjetivos e intersubjetivos de los actores que forman parte de las realidades estudiadas (Mata, 2019).

En cuanto al **tipo** de investigación, el estudio se considera de tipo básica-teórica porque “desentraña misterios en base a la descripción y el análisis lógico” (Ñaupas H. et al., 2013)

Mientras que, el diseño metodológico de la investigación aplicado es la *fenomenología*, que según Hernández et al. (2014) pretende describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente; es decir, las concepciones del mundo y del ser humano. Por su parte, Merleau-Ponty (1945) explica que la fenomenología es un intento de recuperar la experiencia tal como se da antes de que la teoría la divida en sujeto y objeto, además señala que la percepción

es el punto de partida de todo conocimiento y que esta no es una simple recepción pasiva de datos, sino una implicación activa del cuerpo en el mundo.

Mientras para Husserl (1962) la fenomenología se enmarca dentro del conocimiento natural, y que de esta surge la experiencia inmediata y se mantiene dentro de ella. En la actitud natural, se encuentra el horizonte completo de las indagaciones posibles: el mundo tal como se vive cotidianamente.

El **nivel** de profundidad de la investigación es *descriptivo e interpretativo*, porque, por un lado, se realizó la caracterización de los sentimientos, pensamientos y acciones de los actores; y por otro lado, se ha buscado otorgar sentido y significado a los testimonios y los procesos sociales expresados por los pacientes y lo que tribuyen a la enfermedad que padecen y su tratamiento convencional y tradicional. Además, en el nivel interpretativo del estudio, se ha buscado elaborar una “imagen” individual, tal como indica Morveli (2019), la interpretación es la “*búsqueda de la comprensión; o la atribución de significados y sentidos comunes desde la perspectiva de los mismos actores, que es el objeto en sí del conocimiento y no de predicciones*”.

3.3. Unidades de análisis y observación

Las *unidades de análisis* del estudio están configuradas por las categorías o ejes de análisis del estudio, tales como: sentimientos, pensamientos, significados y acciones. En tanto que, las *unidades de observación* son los pacientes con enfermedades crónicas: diabetes e hipertensión, los parientes de los pacientes y el personal de salud.

3.4. Población de estudio

La población de estudio estuvo constituida por los 59 pacientes con diabetes e hipertensión que han realizado su diagnóstico, tratamiento y realizaron su control

mensual o esporádicamente en los establecimientos de salud del distrito de Challabamba, provincia de Paucartambo de la región Cusco.

3.5. Tamaño y técnica de selección de muestra

El tamaño de muestra se determinó conforme a las normas del muestreo no probabilístico. En este método de muestreo cualitativo no se realizan procedimientos de selección al azar, sino que se basa en el juicio o criterio personal del investigador para realizar la selección de los elementos que pertenecerán a la muestra (Mella, 1998), lo cual coincide con Morveli (2019), quien indica que en las investigaciones cualitativas no necesariamente se requiere de la representatividad hallada mediante una fórmula matemática o estadística, lo que supone que la elección de informantes clave depende del saber, ética y juicio del investigador.

La técnica de selección de la muestra es el muestreo no probabilístico por conveniencia; como indica Hernández et al. (2014), al investigador le interesa lograr obtener una gran riqueza para la recolección y el análisis de los datos, lo cual permite al investigador escoger los individuos de la muestra según las circunstancias de mayor facilidad.

La muestra ha sido seleccionada por los siguientes criterios de inclusión:

- Casos de pacientes prevalentes con diabetes tipo II e hipertensión que aceptaron voluntariamente participar en la investigación.
- Personal de salud (medico, enfermero y personal técnico)
- Familiares o cuidadores directos de pacientes.

Tabla 1: Cuadro de actores entrevistados

ACTORES	Nro. de entrevistas
Pacientes con diabetes	17
Pacientes con hipertensión	8
Personal de salud	5
Familiares	3
Total, de entrevistas	33

3.6. Técnicas de recolección de la información

La presente investigación se llevó a cabo utilizando una entrevista semiestructurada, observación participante e historia de vida.

La entrevista fue semiestructurada, El entrevistador cuenta con preguntas guía sin seguir un cuestionario rígido (Ander, 2011). Por otra parte, la entrevista a profundidad permite explorar la vida privada del participante para comprender su experiencia cotidiana (Cicourel, 1964). Todas las entrevistas a los pacientes se realizaron en sus domicilios mientras que al personal de salud se hizo, dentro del establecimiento de salud, fue una manera de adecuarnos a la disposición de tiempos, por otra parte, se registraron las conversaciones en una grabadora digital.

La observación participante es la técnica por el cual se constituye una relación concreta y activa entre el investigador y el acontecimiento social o los actores sociales; de este modo, como indica Martínez (2011) “*nuestros sentidos ejercen plenamente todas sus posibilidades, capturan lo que no descubre una mirada casual o impremeditada*”.

La modalidad de la observación se realizó mediante fichas de registro y describieron la rutina del paciente cuando acude al control y el proceso de atención médica, además del registro de las plantas medicinales que los pacientes utilizan.

Historia de vida: Consiste en el relato de una persona acerca de sus vivencias en un determinado contexto, las cuales son registradas e interpretadas por un investigador. (Campoy y Gómez, 2010).

Las historias de vida se realizaron al paciente, personal de salud y un familiar, este material se recolectó en espacios neutros por que se requería que el informante tenga confianza.

3.7. Técnicas de análisis e interpretación de la información

La información reunida ha sido sistematizada cualitativamente; se generó un discurso a partir de las respuestas de las entrevistas en torno a las cuatro categorías que lo componen: sentimientos, pensamientos (cognición), significaciones y la interacción en situaciones de índole social (acciones).

Para el análisis e interpretación de los datos o resultados se aplicó la metodología cualitativa del análisis del discurso, mediante el software Atlas.ti, herramienta que facilita la comprensión y organización del material analizado. El procedimiento consistió en seleccionar unidades de análisis del contexto y codificarlas para posteriormente categorizarlas. Además, se llevó a cabo la triangulación entre las entrevistas de pacientes, personal de salud y familiar, con el fin de contrastar sus perspectivas y fortalecer la validez del análisis.

Para la interpretación y posterior construcción de teorías, el investigador pone los datos, como indica Ander (2011) en una perspectiva de contextos, de relaciones mutuas, etc.,

que permitan profundizar la comprensión de “por qué pasa lo que está pasando”. Se debe guiar entre la relación de categorías y subcategorías.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Procesamiento, análisis, interpretación y discusión de resultados

En este capítulo se presentan los hallazgos de la investigación, así como la discusión sobre ellos en relación a las cuatro categorías fundamentales de análisis de los imaginarios sociales, identificadas anteriormente en el capítulo III, las cuales son: sentimientos, pensamientos, significados y acciones del paciente y los actores del entorno, como los familiares y el personal de salud.

4.2. Características de la población

Tabla 2

Edad promedio de los pacientes con diabetes e hipertensión del distrito de Challabamba

Rango	Frecuencia	Porcentaje
< a 40 años	1	4
40 a 50 años	5	20
50-60 años	3	12
60-70 años	7	28
70-80 años	6	24
> a 80 años	3	12
	25	100

Elaboración propia

De acuerdo a la tabla 2 más del 50% de la población con diabetes e hipertensión presentan edades entre los 60 a 80 años, siendo estos grupos situados dentro del grupo de adulto mayor, esto coincide con la información que reporta la guía técnica del Minsa (2015), donde asevera que la edad cronológica es un factor de riesgo para la aparición de la diabetes.

Tabla 3

Género de los pacientes con diabetes e hipertensión del distrito de Challabamba

	Frecuencia	Porcentaje
Varones	8	32
Mujeres	17	68
	25	100

Elaboración propia

En cuanto al género, se observa una **mayor representación femenina (68%)**, es decir, casi 7 de cada 10 participantes son mujeres. Este hallazgo coincide con lo reportado por Cabezas (2019), en cuyo estudio también predominó la condición femenina en la población analizada.

4.3. Sentimientos de los actores sobre la enfermedad y el tratamiento

4.3.1. Sentimientos de los pacientes sobre la enfermedad y el tratamiento

En torno a esta categoría, durante la investigación cualitativa en campo emergieron ocho subcategorías de análisis, estas son: a) Incertidumbre frente a la enfermedad, b) Idioma quechua en la atención médica, c) Angustia frente a la desocupación, d) Confianza en centros de atención privada, e) Preocupación por la familia frente a la enfermedad, f) Sensación actual de soledad, g) Desconfianza en la atención pública de salud, h) Preocupación frente al tratamiento convencional (ver Figura 1). Estas subcategorías de análisis que emergieron en la investigación serán expuestas de manera detallada a continuación.

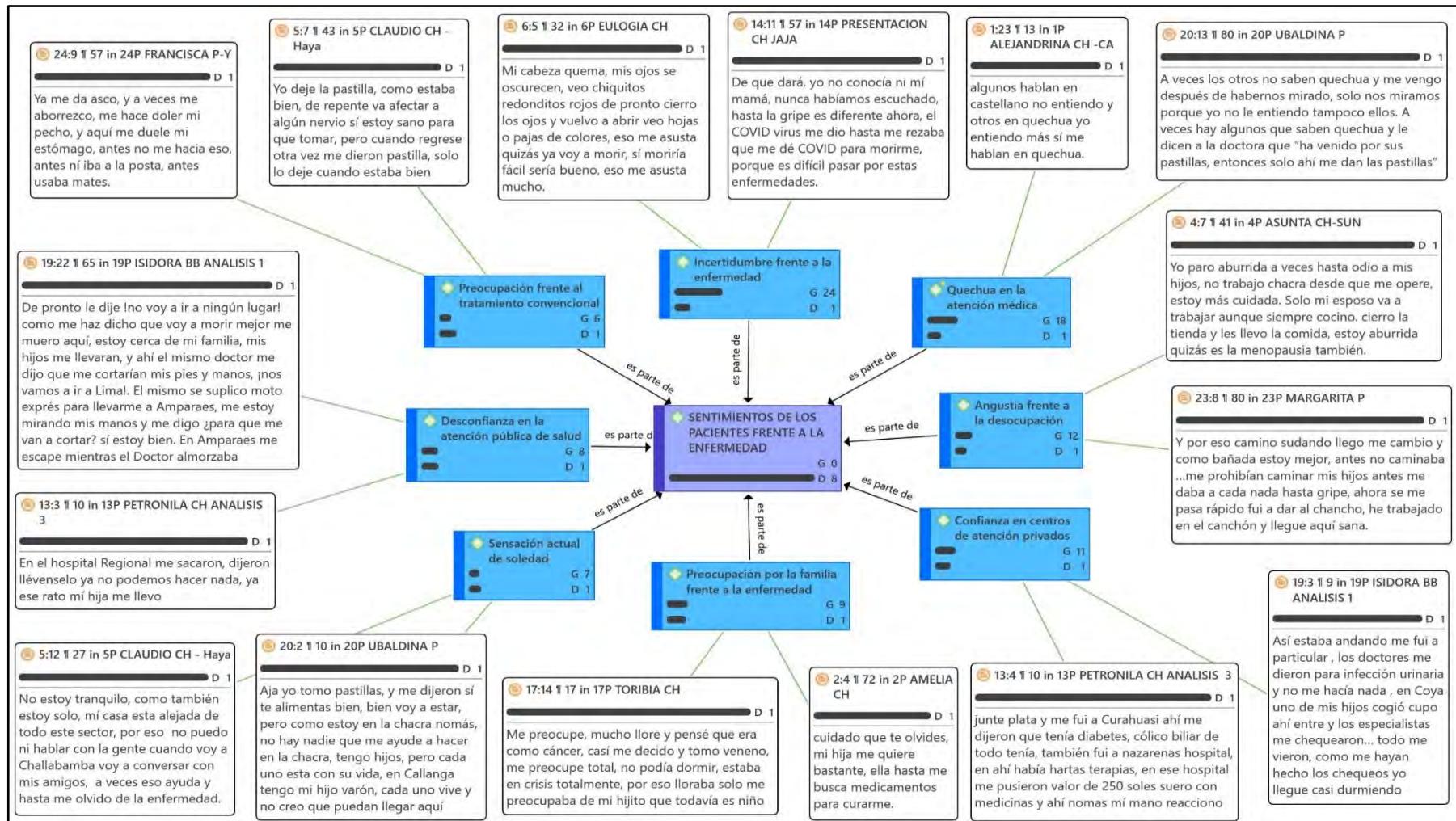


Figura 1: Red Semántica de la primera categoría: Sentimientos de los pacientes frente a la enfermedad.

a) Incertidumbre frente a la enfermedad

De acuerdo con la información recogida, la incertidumbre en el contexto de la enfermedad crónica constituye un proceso gradual que se origina en la mayoría de casos, cuando el paciente se entera de la enfermedad. Esta subcategoría puede presentarse de forma temporal, por lo que se ha organizado en dos momentos en los cuales los pacientes suelen experimentarla: durante el diagnóstico y después del diagnóstico.

Durante el diagnóstico: De acuerdo con el trabajo de campo realizado en esta investigación, la mayoría de pacientes manifiestan sorpresa al recibir el diagnóstico de la enfermedad.

“Estaba con mi esposo y totalmente me preocupe y me entristecí y les dije a mis hijos que de eso ya nomás me moriría; ellos me decían que esa enfermedad no mata” (2:2).

El testimonio refleja un choque emocional inmediato tras recibir el diagnóstico, marcado por sentimientos de preocupación, tristeza y temor a la muerte. La paciente interpreta la enfermedad como una amenaza grave e incluso fatal, lo que evidencia un desconocimiento sobre su verdadera naturaleza y pronóstico.

“Me sacaron la sangre en Paucartambo, después que llevé el examen a la Posta, y ahí recién me dijo que me había salido fuerte, y me dieron las pastillas, pero no quise aceptar la diabetes, pensé que era como cáncer” (17:12).

En este caso y otros, los pacientes comparan instintivamente la diabetes con el Cáncer, lo que evidencia temor y desconocimiento sobre la enfermedad. Al asociarla con una enfermedad grave y potencialmente terminal, interpretan el diagnóstico desde una perspectiva infiusta, considerándolo como un destino fatal. En este sentido, Cruz y Cruz

(2020) señalan que, entre los indígenas de Tabasco, al recibir un diagnóstico de diabetes mellitus, los pacientes perciben que en la realidad se les ha dado una **sentencia de muerte**. Ya que, según su experiencia, quienes enferman de diabetes mellitus fallecen a causa de esta enfermedad.

Por otro lado, desde la visión del personal médico señala que, una vez realizado el examen de sangre y obtenido un resultado positivo, el proceso de informar al paciente suele requerir más tiempo. Esto se debe a que muchos pacientes atraviesan un periodo inicial de negación, lo que dificulta la comprensión y aceptación del diagnóstico.

“Normalmente se ve ese sentimiento de sorpresa o a veces temor, poco de miedo; otros entran en esa etapa de negación, otros dicen que no tienen, no creen en la prueba, por ello piden que se les haga otra vez la prueba” (Cita 29:7).

En este sentido, los testimonios de los pacientes, la evidencia teórica y la mirada del personal de salud permiten comprender que la incertidumbre en el diagnóstico no es solo un resultado de la incomprensión, sino un proceso emocional complejo que condiciona la forma en que se asimila la enfermedad. Esta idea se complementa con lo que se narra Tolstoi en *La muerte de Iván Illich*. Tras salir de consulta, el protagonista reflexiona obstinadamente sobre las palabras del médico, intentando traducir *aquel vocabulario científico, confuso y distante*, al lenguaje común para responder la pregunta que lo atormenta: *¿Es grave, es muy grave o no es nada todavía?* (Tolstoi, 1886). Esto confirma Cuba et al. (2021), al indicar que la duda sobre la presencia o no de la enfermedad sitúa al paciente en un estado de vulnerabilidad y convierte al profesional de la salud en un facilitador de la verdad, en un mediador capaz de traducir lo científico a un lenguaje accesible, con el fin de guiar al paciente hacia la comprensión de su propia condición.

De este modo, se evidencia que, ante la primera información sobre la enfermedad, el paciente suele experimentar una diversidad de emociones y percepciones, que pueden ir desde la preocupación y la confusión hasta el miedo profundo. La manera en que estas emociones se configuran dependerá en gran medida de las condiciones comunicativas en las que el personal de salud proporciona dicha información, así como de la claridad, empatía y acompañamiento ofrecidos durante el proceso.

Después del diagnóstico: Cuando el paciente está informado sobre su enfermedad y comienza a comprender progresivamente qué implica vivir con diabetes o hipertensión, despierta la conciencia de que estas condiciones crónicas lo acompañarán durante un tiempo o, en la mayoría de los casos, requerirán un tratamiento permanente. Dicha comprensión genera un proceso inevitable de adaptación progresiva, en el cual el paciente debe reorganizar su vida cotidiana.

Con eso estoy triste porque no me creen, ¿será que esa enfermedad nunca se va a ir? Eso yo también me pregunto; los doctores me dicen; “Hasta tú muerte, esto te va a acompañar, nunca te va a soltar. Yo no más digo que con mi muerte recién va a desaparecer esta enfermedad (Cita 19:15).

Este relato muestra claramente la permanencia del sufrimiento emocional después del diagnóstico. El carácter crónico de la enfermedad se vive como un peso constante, especialmente cuando el paciente debe acudir mensualmente al puesto de salud para sus controles, lo cual funciona como una advertencia continua de su condición. Esta experiencia está estrechamente vinculada con un tipo de duelo, no por la enfermedad en sí, sino por la pérdida de la autonomía y la vida que se tenía antes del diagnóstico.

En esta línea, Leíton et al. (2018) señalan que la adaptación al duelo asociado a enfermedades crónicas implica enfrentar situaciones dolorosas que desencadenan

diversas emociones y sentimientos, siendo el sufrimiento uno de los más frecuentes. De este modo, la etapa posterior al diagnóstico no solo demanda ajustes médicos y conductuales, sino también un proceso emocional profundo en el cual el paciente debe aprender a convivir con una realidad que se vuelve permanente y que redefine su identidad, su cuerpo y todo su proyecto de vida.

En este proceso de adaptación, muchas personas se ven profundamente afectadas al no comprender con claridad qué implica vivir con una enfermedad crónica. Esta falta de comprensión puede generar un estado de vulnerabilidad emocional que, en algunos casos, conduce a pensamientos extremos o decisiones radicales, como se evidencia en la siguiente entrevista:

“Me preocupé mucho, lloré y pensé que era como cáncer, casi me decido y tomo veneno, me preocupé total, no podía dormir, estaba en crisis totalmente, por eso lloraba, solo me preocupaba de mi hijito que todavía es niño” (Cita 17:14).

En síntesis, resulta fundamental canalizar las emociones, especialmente la incertidumbre, desde el primer momento en que se comunica el diagnóstico, garantizando un acompañamiento continuo en todo el proceso. El trabajo del personal de salud implica brindar una atención integral y humanizada, que no solo aborde las necesidades biomédicas, sino también las dimensiones emocionales y sociales del paciente. Aunque actualmente no se cuente con profesionales de salud mental en todos los centros, es necesaria una mirada holística que atienda el afrontamiento de la enfermedad desde la experiencia del paciente. Asimismo, el nivel de incertidumbre depende en gran medida de la manera en que la información sobre la enfermedad es brindada al paciente en el centro de salud. Así coincide Ludeña (2014), que sostiene que lo fundamental es ofrecer un trato adecuado acompañado de una orientación clara y

detallada, así como de un seguimiento cuidadoso, elementos que contribuyen a fortalecer la relación entre el médico y el paciente.

Por otra parte, es importante como indica Ledón (2010), el promover en los diferentes actores y grupos sociales una reflexión crítica sobre los estigmas asociados a la diabetes mellitus, ya que dichos estigmas suelen potenciar vulnerabilidades psicológicas, sociales y sanitarias. Por tanto, la adaptación después del diagnóstico no puede entenderse solo como un proceso individual, sino como un fenómeno influido por el contexto, las creencias culturales, las prácticas comunicativas del personal de salud y los significados sociales que rodean a la enfermedad.

b) El Idioma quechua en la atención médica

En esta subcategoría de análisis se evidencia el sentir de los pacientes, quienes en la mayoría de casos son monolingües (*quechuahablantes*), frente a la atención del personal de salud. Se observó que la comunicación es una barrera significativa en los establecimientos de salud, porque de ella depende que los pacientes comprendan la enfermedad y los cuidados que deben seguir. El siguiente testimonio ilustra esta dificultad:

“A veces los otros no saben quechua y me vengo después de habernos mirado, solo nos miramos porque yo no le entiendo, tampoco ellos. A veces hay algunos que saben quechua y le dicen a la doctora que “ha venido por sus pastillas, entonces solo ahí me dan las pastillas” (20:13).

Esta realidad, acompaña al paciente durante su control, donde el personal no comprende su idioma, y ese silencio incomodo solo se reduce a una entrega de fármacos. Estas barreras lingüísticas afectan al derecho a la salud de las personas quechuahablantes,

aunque se tenga la Ley 29735 (2011), artículo 4 sobre los derechos de la persona, establece que toda persona tiene derecho a “*usar su lengua originaria en los ámbitos público y privado*”. Sin embargo, durante la investigación en los establecimientos observados no existen mecanismos efectivos que aseguren que el personal de salud brinde servicios bajo criterios de interculturalidad.

Frente a esta barrera, algunos pacientes implementan estrategias de adaptación, como acudir a la consulta acompañados de familiares que hablan castellano. Esta práctica, aunque funcional para poder ser atendidos, genera un seguimiento irregular de la enfermedad y del tratamiento como el siguiente testimonio:

“Así que pienso de repente se van a reír de mí, como van muchos; además, mucho me avergüenzo no entender, por eso solo cuando llega mi hija de Cusco, me lleva. Como hablan todo en castellano, yo no entiendo” (3:14)

En síntesis, la atención en castellano aleja a estos pacientes de los servicios de salud, no solo por la dificultad de comprensión, sino también por el temor a no ser atendidos. Esto incrementa la desconfianza hacia el sistema de salud y limita el ejercicio de su derecho a recibir atención de calidad. Por el contrario, Ludeña (2014) reporta que algunos médicos, al esforzarse por manejar ciertas palabras en quechua, lograban establecer relaciones interpersonales más cálidas y efectivas con sus pacientes también Bautista (2019), señala que cuando el paciente quechua-hablante es atendido por personal que domina su idioma, se incrementa la confianza, se mejora la comprensión del tratamiento y se reduce la automedicación y la deserción de los centros de salud.

c) Angustia frente a la desocupación

En esta subcategoría de análisis emergente se evidencia la preocupación y angustia que experimentan los pacientes al verse imposibilitados de realizar sus tareas habituales. En algunos casos, especialmente entre adultos mayores, la aparición de nuevas dolencias o la progresión de enfermedades crónicas agrava su situación, limitando su independencia y participación en actividades productivas.

Una paciente expresa esta experiencia de la siguiente manera:

“Yo paro aburrida; a veces hasta odio a mis hijos. No trabajo en la chacra desde que me operé, estoy más cuidada. Solo mi esposo va a trabajar, aunque siempre cocino, cierro la tienda y les llevo la comida, estoy aburrida quizás es la menopausia también” (4:7)

Durante el desarrollo de la enfermedad, los pacientes suelen presentar síntomas que interfieren con su desempeño diario, afectando su capacidad de trabajar y realizar actividades productivas. Kleinman (1988) sostiene que el dolor y las limitaciones físicas derivadas de la enfermedad pueden afectar directamente la ocupación y, en algunos casos, conducir al desempleo. De manera similar, Valentim et al. (2015) señalan que el trabajo constituye un medio de realización personal y social, y que las complicaciones de la diabetes dificultan el desempeño laboral, generando sufrimiento emocional y social.

Durante las observaciones y visitas domiciliarias realizadas en campo, se pudo constatar que los adultos mayores con enfermedades crónicas manifiestan una mayor preocupación, ya que la disminución de su participación en actividades productivas puede generarles aislamiento y sensación de soledad.

d) Confianza en centros de atención privada

En esta subcategoría de análisis, los pacientes, en la mayoría de casos, perciben que la atención privada es mejor, ya que reduce los tiempos de espera y proporciona información más clara y completa. Como señaló un paciente:

“Fuimos a la Posta, aunque dije que nunca iba a regresar por lo que me dijeron en tiempos de COVID, como estaba económicamente bajo fui, porque si no, sí hubiera tenido plata, mejor es ir a la clínica” (18:3).

La mayoría de pacientes acuden a Coya o Curahuasi. Coya es una clínica de salud subvencionada por una ONG, fue abierta el año 2005, inaugurada en 2005, cuya misión es atender las necesidades médicas de la población local, independientemente del pago que realicen los pacientes. Según el director, Dr. Guido del Prado, en una entrevista publicada en Alandar:

Aquí, el respeto a la dignidad es lo primero y no escatimamos en dinero, tiempo ni esfuerzos para que nuestros pacientes tengan lo mejor y nos sostengamos en donaciones. Esto no es un trabajo, es nuestra misión en la vida”.

Esta percepción se refleja también en los testimonios de los pacientes:

“Yo siempre tenía que ir al laboratorio todas las veces; después de eso tenía que llegar la medicina, era muy buena la atención en Coya, ahí bonito me atendieron, solo será la plata noma, su nombre del lugar no sé cómo es, no sé leer” (19:8).

Por otro lado, en Curahuasi se encuentra el Hospital “Diospi Suyana”, fundado por ciudadanos alemanes en 2007, que ha contribuido significativamente a la atención de pacientes del área rural. Desde su apertura, se han atendido más de cincuenta mil

personas. Según el director, la meta es triplicar la atención diaria, lo cual dependerá de la voluntad de sus donantes y voluntarios.

Un paciente relató su experiencia:

“Junté plata y me fui a Curahuasi. ahí me dijeron que tenía diabetes, cólico biliar, de todo tenía. También fui a Nazarenas Hospital, en ahí había hartas terapias, En ese hospital me pusieron valor de 250 soles, suero con medicinas y ahí nomás mí mano reaccionó” (Cita 13:4)

Algunos pacientes con mejores condiciones económicas, o con apoyo familiar, se trasladan a centros de salud privados en Cusco o provincias cercanas como Coya, donde reciben atención médica más accesible y de calidad. Las entrevistas muestran que estos centros ofrecen servicios inclusivos, adaptados al bolsillo de los pacientes, y cuentan con personal de salud que sabe quechua. En contraste, los servicios públicos de salud, al no garantizar las condiciones anteriormente referidas, los pacientes tienden a despreciar a pesar de las limitaciones económicas que puedan tener.

e) Preocupación por la familia frente a la enfermedad

Al recibir un diagnóstico, muchos pacientes se preocupan por el futuro de su familia, familiar, los proyectos paralizados los cambios que implica la enfermedad, incluyendo el autocuidado. Un paciente expresó:

Es que no quiero preocupar a mis hijos, algunos comentan por ejemplo escuchó “mi mamá está mal, poco tiempo de vida tiene” así hablan y eso no ayuda, así que para qué preocupar a los hijos, mejor es llevar la vida todo bien (Cita 10:3).

En este sentido, Ledon (2010) sostiene que los temores relacionados con la salud, la familia y la percepción de ser una carga para los miembros del hogar o la comunidad pueden integrarse en la experiencia personal e influir en la dinámica social de cada individuo.

Durante las entrevistas y observaciones en campo, se percibió que muchos pacientes prefieren aislarse, evitando involucrar a su familia en su enfermedad. Sin embargo, en el caso de adultos mayores, se evidenció la falta de atención a sus necesidades básicas, como alimentación y cuidado personal.

A pesar de todo ello, los adultos mayores en la comunidad continúan realizando algunas actividades para sostener su alimentación. Además, persisten prácticas colectivas tradicionales, como el “Ayni”, mediante las cuales los miembros de la comunidad colaboran con víveres o faenas para mejorar la calidad de vida de quienes lo necesitan.

f) Sensación actual de soledad

En la mayoría de los adultos mayores entrevistados se observó que se encuentran solos, a pesar que necesitan una asistencia especializada, no solo en salud, sino también en cuidados personales básicos. Esta situación dificulta la realización de controles médicos, ya que muchos presentan limitaciones para caminar largas distancias y, de manera recurrente, olvidan seguir sus tratamientos. Como señaló un paciente con hipertensión arterial:

“Solo mi hija me ayuda, y siempre me llama, los otros no vienen... solo para hacer problema de terreno vienen, se preocupó ese día, siempre me dice que no me

preocupe y la doctora ese día le dijo que no me haga renegar y ni hacerme preocupar” (Cita 21:2).

Ochoa et al. (2016) destacan la importancia de diseñar estrategias en las que participen todos los miembros de la familia durante el proceso de asistencia y convivencia con la persona enferma, ya que cada integrante puede influir positivamente en las emociones del paciente. Un ejemplo de esta necesidad se refleja en otro testimonio:

“Mis hijos me dijeron te vas a hacer ver a Cusco, pero no aparecen, aunque cuando me llevan no me acostumbro a la ciudad, es difícil, ahora solo me acompañó con mi vecina, la señora Andrea. Solo espero que me visiten mis hijos, no sé por qué se olvidan de mí” (Cita 42:1).

La soledad dificulta aún más el manejo de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, especialmente en adultos mayores con limitaciones para el autocuidado. En caso de la Hipertensión, es necesario los controles de la presión en el establecimiento de salud, sin embargo, se observó que la paciente al no contar con familiares cercanos la no acude a sus citas. El acompañamiento familiar en adultos mayores, es una condición importante para el mejor manejo de la enfermedad, según Ledon (2010), las actividades que surgen durante el proceso enfermedad como la comunicación, búsqueda de soluciones y de suministro de cuidados contribuyen a la aceptación del tratamiento, recuperación de la salud y la mitigación del impacto de la enfermedad.

Es importante también precisar que muchos pacientes presentan dificultades para seguir correctamente su tratamiento: confunden sus medicamentos y los toman solo cuando están al alcance. Estas situaciones de soledad y aislamiento influyen en el abandono del tratamiento y consecuentemente una pobre adaptación al control de la enfermedad.

g) Desconfianza en la atención pública de salud

En el área rural la atención en salud no es la adecuada, como indican Areche et al. (2020)

“En la actualidad existe una notable desigualdad en la calidad de atención hacia algunos pacientes que acuden a los distintos servicios en los centros de salud, especialmente en las zonas rurales, donde ocurren las mayores irregularidades de atención en servicios de salud”.

Esta situación genera temor y desconfianza entre los pacientes. Un testimonio refleja esta preocupación:

“Yo escucho hasta en la radio, hay pacientes hasta mueren en el camino cuando van al hospital, yo por eso no salgo de mi comunidad, no quiero morir así o ¿quién me atendería?” (Cita 24:13).

Además, muchas veces los pacientes, al no cumplir con las indicaciones médicas, desconocen la gravedad de su problema de salud y, en muchos casos, son trasladados a la fuerza cuando se encuentran en situación de urgencia o emergencia.

De pronto le dije ¡no voy a ir a ningún lugar! como me has dicho que voy a morir mejor me muero aquí, estoy cerca de mi familia, mis hijos me llevarán. Y ahí, el mismo doctor me dijo que me cortarían mis pies y manos. ¡nos vamos a ir a Lima!, así me dijo. El mismo se suplicó moto exprés para llevarme a Amparaes, me estoy mirando mis manos y me digo ¿para qué me van a cortar? sí estoy bien. En Amparaes me escape mientras el doctor almorcaba (Cita 19:22).

Los pacientes al no ir a sus controles, desconocen como va su enfermedad, sobre todo respecto a la medición de la glucosa, por lo que suelen reconocer los síntomas de una ‘subida de azúcar’ y primero toman la medicación por iniciativa propia. Pero en algunos

casos, como en el testimonio anterior, la situación continúa agravándose, por lo que se ve obligada a acudir al establecimiento donde el médico le atiende, pero bajo sus condiciones, aunque implique usar la fuerza bajo circunstancias de miedo, terror e incomprendión. Ludeña (2014) explica que los médicos esperan que sus indicaciones se cumplan al pie de la letra. Cuando esto no ocurre, se rompe la dinámica desde la perspectiva del profesional, lo que a veces se traduce en un “castigo”. Estas situaciones pueden generar mayor desconfianza en los pacientes, quienes, al no aceptar ese tipo de tratos, dejan de asistir a sus controles o evaden las indicaciones médicas, como se pudo evidenciar en la entrevista anterior.

h) Preocupación frente al tratamiento convencional

En la atención médica de enfermedades crónicas, muchos pacientes muestran dudas respecto a seguir las prescripciones médicas, principalmente por temor a los efectos secundarios de los fármacos sobre órganos como el hígado y los riñones. Un paciente relató:

Yo dejé la pastilla, como estaba bien, de repente va a afectar a algún nervio, ¿sí estoy sano para qué tomar?, pero cuando regresé otra vez me dieron pastilla; solo lo dejé cuando estaba bien (Cita 5:7)

El temor a que los medicamentos afecten alguna parte del cuerpo conduce a que algunos pacientes interrumpan la medicación y solo la utilicen cuando se agraven los síntomas como la “subida de azúcar”, sin embargo, las dudas sobre el tratamiento no son informados en el establecimiento, Otro paciente expresó:

Ya me da asco, y a veces me aborrezco, me hace doler mi pecho, y aquí me duele mi estómago; antes no me hacía eso, antes ni iba a la posta, antes usaba mates (Cita 24:9).

El profundo malestar físico que la paciente describe, permite comprender que en el ámbito del control de la enfermedad no solo depende de una buena prescripción farmacológica, sino también que se tomen en cuenta las diferentes dudas, preocupaciones y sensaciones del paciente frente a los efectos de la medicación. Estos factores contribuyen a interrumpir el tratamiento debido a efectos secundarios (Giove, 2011). En este sentido, Valentim et al. (2015), señala que los efectos colaterales son un factor limitante para la adhesión al tratamiento, y pueden mantenerse por periodos prolongados. Además según la investigación de Siccos (2020), señala que la mayoría de los pacientes experimentaron problemas visuales, estomacales y otros efectos adversos al iniciar sus tratamientos.

Durante las entrevistas y observaciones, se evidenció que el personal de salud a menudo no realiza una entrevista clínica integral para evaluar la adhesión positiva o negativa del paciente. En muchos casos, el enfoque se limita a entregar los medicamentos sin profundizar en los pensamientos y sentimientos del paciente sobre su enfermedad y tratamiento. Por ejemplo, en el puesto de salud de Parobamba:

La médica Serums brinda atención al paciente quechuahablante. mientras pregunta o trata de entender lo que dice la señora. La médica al ver que no puede entenderla, levanta la voz y hace diversos gestos para hacerse escuchar; sin embargo, al no lograr el objetivo, realiza la receta rápidamente para luego indicarle a la paciente que ya terminó la consulta. La paciente queda sentada unos segundos sin saber qué hacer, se le ve confundida; sin embargo, en ese momento,

solo en su auxilio acude el personal técnico en enfermería para explicarle en quechua y le hace indicaciones con la mano para que se acerque a la farmacia
(Observación 41:10)

De acuerdo con las normas de salud, la atención no debe centrarse únicamente en la entrega de fármacos, sino también en orientar sobre dieta equilibrada, ejercicio físico y seguimiento integral del paciente. Sin embargo, en los establecimientos observados, las actividades del personal médico están más enfocadas en la enfermedad que en la persona.

Por ello, el Ministerio de Salud debe considerar los factores emocionales y psicológicos que acompañan la experiencia del paciente. Siqueira et al. (2007) destacan la importancia de comprender que aspectos psicológicos, emocionales y conductuales influyen en la motivación y disposición del paciente para incorporar cambios en su vida diaria, lo que permite un control más efectivo de la enfermedad.

4.4. Pensamientos de los pacientes y personal de salud

En torno a esta categoría de análisis emergente en la investigación empírica, además de obtener información desde el punto de vista de los pacientes, durante el proceso también emergieron pensamientos desde la mirada del personal de salud.

4.4.1. Pensamientos de los pacientes frente a la enfermedad

Desde la perspectiva de los pensamientos de los pacientes, en el proceso de la investigación emergieron seis subcategorías de análisis; estas son: a) Origen de la enfermedad de la diabetes e hipertensión, b) Atención deficiente en centros de salud, c) Enfermedad crónica cambia el estilo de vida, d) Síntomas antes del diagnóstico, e) Consecuencias del tratamiento convencional, y f) Complementariedad de la medicina tradicional y convencional (ver Figura 2). Estas subcategorías emergentes serán descritas de manera puntuizada a continuación.

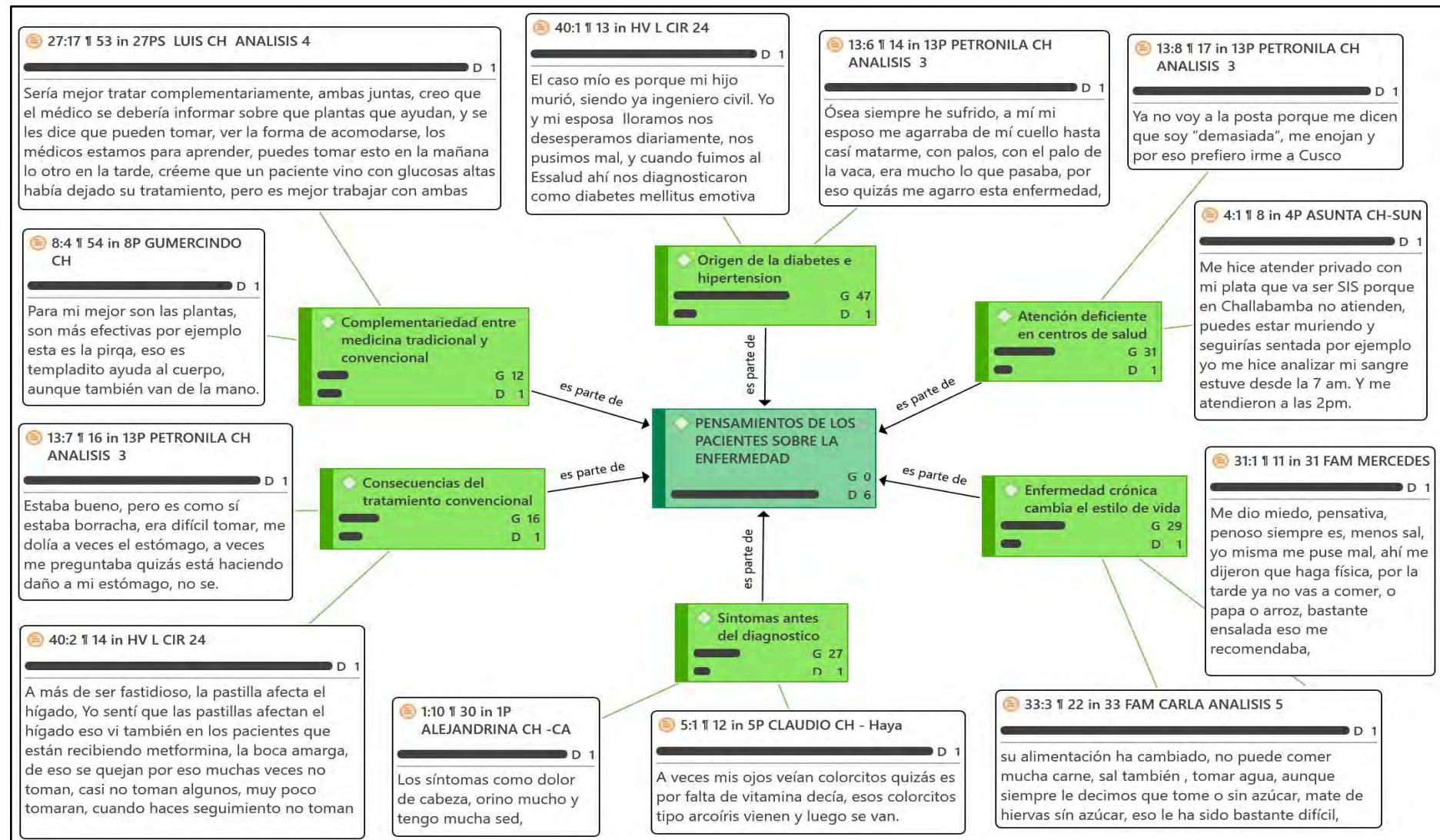


Figura 2: Red Semántica de la segunda categoría: Pensamientos de los pacientes frente a la enfermedad

a) Origen de las enfermedades de la diabetes e hipertensión

En esta subcategoría, se han encontrado interesantes pensamientos sobre el origen de la enfermedad; para una mejor comprensión, se ha clasificado en tres grupos:

Enfermedad originada en las emociones negativas

Los pacientes consideran que la aparición de la enfermedad estuvo relacionada con experiencias emocionales negativas, como conflictos familiares, problemas legales relacionados con la tierra o el duelo por la pérdida de un ser querido. Un paciente relató:

O sea, siempre he sufrido; a mí mi esposo me agarraba de mi cuello hasta casi matarme, con palos, con el palo de la vaca, era mucho lo que pasaba, por eso quizás me agarró esta enfermedad (Cita 13:6).

En este y otros testimonios, los pacientes atribuyen la enfermedad a agresiones sucesivas y a estados prolongados de preocupación o conflictos emocionales previos al diagnóstico de diabetes o hipertensión. Figueroa (2022) sostiene que la mayoría de los pacientes entrevistados asocian la diabetes con estados emocionales como enojo y preocupación. En esa misma orientación, Ludeña (2014) indica que la enfermedad puede originarse a partir de impresiones fuertes y penas, vinculando su aparición con momentos de crisis personal y familiar. Otro paciente expresó:

Yo creo que quizás ya la enfermedad busca un momento en que estás preocupada o algo así y ahí te coge (Cita 18:9).

Desde la perspectiva médica convencional, las emociones del paciente se consideran separadas de los trastornos orgánicos que dan origen a la enfermedad. Sin embargo, esta investigación encontró casos en los que el personal de salud también reconoce la

influencia de emociones intensas en el desarrollo de la enfermedad. Por ejemplo, un profesional relató:

El caso mío es porque mi hijo murió, siendo ya ingeniero civil. Yo y mi esposa lloramos, nos desesperamos diariamente, nos pusimos mal, y cuando fuimos a EsSalud, ahí nos diagnosticaron como diabetes mellitus emotiva (Cita 40:1).

Es importante señalar que, en la teoría de la medicina moderna, no existe la categoría de diabetes “emotiva”. No obstante, en las entrevistas, muchos pacientes perciben que sus emociones influyeron directamente en la aparición de la enfermedad. La medicina convencional explica la diabetes como un desajuste hormonal o la incapacidad del páncreas para producir insulina, separando mente y cuerpo y adoptando un paradigma netamente biológico. Según Ludeña (2014), para este enfoque médico, la enfermedad ocurre a nivel físico e independiente de la voluntad o estado anímico del paciente.

Enfermedad originada en el alto consumo de azúcar

Algunos pacientes entrevistados consideran que la diabetes mellitus se origina por factores dietéticos, especialmente el consumo excesivo de azúcar. Un testimonio ilustrativo expresa esta percepción:

La enfermedad es del dulce, de la gaseosa, no hay que tomar; eso tomaba gaseosa. Como tenía tienda, ya no me gustaba hacer hervir. Yo terminaba de tejer, cada tarde tomaba coca-cola y las marcas bambas también; cuando terminaba las gaseosas, tomaba mate con harto azúcar. Con mi esposo nos cocinábamos desayuno; él me lo preparaba y le decía ¿tan chuma toman? Yo agarraba el azúcar

y harto me ponía como para mi gusto con pan; si tenía sed, eso nomás tomaba (Cita 19:14).

En este caso, además del consumo de azúcares refinado, la paciente, al ser productora de miel, llegó a utilizarla con frecuencia. Figueroa (2022) señala que algunos pacientes identificaron la alimentación como un factor relevante en la aparición de la enfermedad, mencionando refrescos, bebidas con alto contenido de azúcar y, en algunos casos, bebidas alcohólicas.

Enfermedad como herencia familiar

De acuerdo con los testimonios de los pacientes, algunas enfermedades, como la diabetes y la hipertensión, se perciben como heredadas de la familia, especialmente cuando existen antecedentes en generaciones anteriores. Un paciente con diabetes relató:

“Esto es herencia, es herencia siempre, no se sabía si había o no la enfermedad, como las mamitas no van a la posta, así nomás están, esto es herencia, así a mí me agarro. En mi caso mi mamá estaba mal, yo la atendía, bien veía cómo fue su enfermedad: se pelaba su cadera, su cuero de su estómago se pelaba, también sus intestinos se veían, estaba como en una bolsita” (Cita 19:19).

En el testimonio anterior, la paciente describe que su madre presentaba síntomas claros de diabetes, aunque no había sido diagnosticada en un establecimiento de salud, que según relata no existía en esos tiempos. La informante observó signos característicos, como orina viscosa y aumento de la sed y el hambre. Posteriormente, en el tiempo de la pandemia, su hija también presentó síntomas similares y, ya recién, cuando presentó síntomas graves acudió a un establecimiento de mayor complejidad, donde se informó

que tenía diabetes mellitus y le recetaron insulina. La paciente relató lo siguiente antes de acudir a un establecimiento de salud:

“Entonces me vine a mi casa, aquí en la comunidad, no sentía nada, sabor ni nada, había perdido el gusto, estaba aquí en Bombón. Pensé que me estaba dando sed por lo del Covid, en la noche buscaba agua, aquí creo que me enteré.

“Ahora me recuerdo, mi mamá se asustó porque buscaba el agua hasta a medianoche, me dijo que así había empezado su enfermedad y también me dijo pruébate tu orín y le hice caso” (Cita 18:15)

Estos testimonios de madre e hija muestran cómo la experiencia familiar de síntomas y estados de salud similares influyen en la percepción de la enfermedad. Cabezas (2019) señala que los antecedentes familiares están significativamente asociados al diagnóstico de diabetes mellitus.

De manera similar, en el caso de la hipertensión arterial, algunas familias consideran que la enfermedad forma parte de su historia habitual y la perciben como “normal” dentro del grupo familiar. Durante el trabajo de campo, varios miembros de la comunidad conocían a las personas afectadas, lo que facilitó la localización de pacientes. Un de los integrantes de una familia comentó:

Antes escuché poco sobre la enfermedad en las noticias, pero es ya de familia, creo, porque mis hermanas como Rebeca y Filomena tienen presión, aunque ellas no toman el medicamento como yo (Cita 7:4).

Estos testimonios muestran que, para los pacientes, la enfermedad se concibe como herencia familiar, no solo un fenómeno biológico si no ligado a la historia del grupo

familiar. Estas experiencias narradas influyen también en la comprensión y manejo de la enfermedad.

b) Atención deficiente en Centros de Salud

Esta subcategoría resulta relevante, ya que la mayoría de los pacientes, por experiencias propias o compartidas en la comunidad, reportan recibir maltrato o atención de baja calidad en los centros de salud. Un testimonio refleja esta situación:

Llegué cuando estaba el centro encima del mercado. ¡No hay atención! me dijeron y molestas, se fueron (Cita 1:16).

Las pacientes quechua-hablantes y provenientes de zonas rurales suelen enfrentar este tipo de respuesta, lo que no solo dificulta recibir atención, sino que retrasa el control de la enfermedad, especialmente cuando las comunidades son lejanas. La accesibilidad es un factor crítico; en muchas comunidades, como Callanga, donde aún no existe una carretera que conecte con el distrito, los pacientes deben caminar entre una y seis horas para llegar al centro de salud. Valentim et al. (2015) señalan que estas dificultades interfieren directamente en el tratamiento de la diabetes en áreas rurales, al impedir que los pacientes asistan a las consultas médicas necesarias para un control adecuado de la enfermedad.

Aburrido te atienden, solo voy con mi hija, por eso a veces me compro de farmacia; les digo que tengo esto y ellos ya me venden (Cita 1:32).

Se evidencia que la interacción es deficiente por parte del personal de salud, no hay acompañamiento en el proceso de la enfermedad por lo que la paciente recurre a la automedicación, o en algunos casos interrumpir el control como indica Pinto (2019), los pacientes que perciben un maltrato en los establecimientos de salud suelen optar por no

regresar, recurriendo a la automedicación, lo que puede generar riesgos graves como intoxicaciones o reacciones adversas.

Sin embargo, los pacientes desarrollan estrategias para proteger sus derechos frente a abusos del personal de salud. Por ejemplo:

Ellos me atendieron bien también, pero a algunos dice que les atienden renegando por eso escuché en radio si te atienden mal, tienes que escribir en unas hojas como queja para que no vuelva a ocurrir (Cita 3:3).

En algunos casos, se observa la importancia del acompañamiento de los hijos a sus padres quechuahablantes durante la consulta médica, pues ellos pueden hablar en “castellano” o preguntar. También, en algunas comunidades, la educación sobre los derechos en salud a través de radioemisoras locales cumple un rol fundamental, empoderando a los pacientes para hacer valer sus derechos. Este recurso resulta especialmente importante en zonas donde no hay acceso a internet o líneas de celular, como ocurre en varias comunidades de Challabamba.

c) Enfermedad crónica cambia el estilo de vida

Al inicio de la enfermedad, los cambios en la dieta son una encrucijada para los pacientes. Este proceso es complejo, ya que implica dejar ciertos alimentos, como los carbohidratos, e incorporar hábitos como el consumo de agua, frutas y verduras. Un testimonio ilustra esta dificultad.

Él hablaba bien quechua y me hizo entender que iba a comer y que no podía comer dulces ni pan, solo comer dos papas después uno, así me decía; igual ya ni comía (Cita 2:5)

En el proceso del cambio de la dieta, está a veces resulta ser temporal; por ello, la adaptación es complejo en el proceso de la enfermedad. Según Valentim et al. (2015), la enfermedad conlleva numerosos cambios significativos en la relación que la persona mantiene con su propio cuerpo y su entorno cercano. Entre ellos, las restricciones en el comportamiento alimentario representan la conciencia más directa de sus limitaciones, lo que explica la dificultad para implementar cambios duraderos.

El Dr. me dijo vas a bajar tu peso, tienes que correr y tomar bastante agua, pero no vas a comer esto y aquello, tengo que correr, pero igual sigo comiendo, en el campo ya también chicha nomás tomo. Dicen que está mal, pero como me da sed hasta agua cruda tomo (Cita 4:6).

En muchos casos, resulta difícil sobrellevar el “cambio”, especialmente en el área rural, donde el trabajo agrícola es pesado y requiere de gran cantidad de energía, lo que hace que la alimentación se base principalmente en carbohidratos. Este aspecto puede considerarse parte de una costumbre heredada culturalmente, como señala Vargas (s.f.), las personas hemos rodeado el acto alimentario de emociones y sentimientos dentro del marco de la cultura. Además, obtenemos placer de la comida y la incorporamos a nuestras experiencias sociales. En este sentido, la alimentación puede considerarse un proceso biocultural.

Por otro lado, también existen casos de pacientes que gestionan su autonomía y logran equilibrar las orientaciones médicas con sus prácticas alimentarias, lo que les permite manejar de manera más efectiva su enfermedad.

Cambié mi alimentación, cambié total; ahora como ensalada pura con harto limón, ensalada de calabaza había sido bueno. Ya no tomo azúcar, solo hago hervir agua, así nomás tomo (Cita 17:9).

El personal de salud, al ser entrevistado, indicó que la enfermedad puede manejarse si se cumplen la medicación, una alimentación saludable y el control del peso.

Hay pacientes que tienen diabetes, han cumplido su tratamiento, medidas dietéticas y todo, y ya es como si nunca hubieran tenido diabetes porque sí se puede lograr eso, dale un cambio a eso, a veces los pacientes se van más tranquilos y siempre vienen, porque es ese un paciente que siempre viene mes a mes a recibir sus medicamentos. (Cita 27:3)

La Federación Internacional de diabetes (2019) sostiene que el aspecto primordial del tratamiento de la diabetes tipo 2 es la promoción de un estilo de vida saludable, que incluya una dieta equilibrada, actividad física regular, abandono del hábito de fumar y mantenimiento de un peso óptimo. Estas medidas favorecen un pronóstico más favorable.

En el proceso de investigación se observó cierta resistencia a los cambios en la dieta, así como múltiples dudas frente a orientaciones percibidas como totalitarias. Por ejemplo, a algunos pacientes, después de la atención en el centro de salud, se les indica que no consuman carbohidratos, pero no se les proporciona información clara sobre qué alimentos deben ingerir. Esto genera preguntas como: “¿De qué voy a vivir?”. Además, desde el punto de vista cultural, la alimentación está centrada en los carbohidratos; insumos como la papa y el maíz son ampliamente aceptados porque proporcionan fuerza y resistencia para el trabajo agrícola. Como resultado, aunque los pacientes realicen cambios en su dieta durante el manejo de la enfermedad, en la mayoría de los casos, cuando se sienten mejor, tienden a regresar a sus hábitos alimentarios anteriores.

d) Síntomas antes del Diagnóstico

El momento previo al diagnóstico en un centro de salud es un tiempo clave e importante para ejercer el autocuidado, ya que permite afrontar la enfermedad y manejar la incertidumbre sobre lo que ocurre: “¿Qué será lo que me pasa?”. Sin embargo, cuando las políticas de salud no se enfocan ni invierten en el primer nivel de atención, es común que la mayoría de los pacientes acuda tardíamente. En algunos casos, el diagnóstico representa una sorpresa para el paciente o, expresándolo clínicamente, constituye casi una “emergencia” para el personal de salud que lo atiende. El desconocimiento de la gravedad de la enfermedad y la falta de atención a los primeros síntomas suelen complicar el cuadro, como expresa una de las informantes:

¿O estaba bien?, pero de pronto esta enfermedad me ha agarrado, me cuentan que me había desmayado, como muerta, en la posta ya me hizo revivir Don Cirilo, no me acuerdo sí me llevaron, nada me acuerdo. (Cita 20:3)

Según Figueroa (2021), los pacientes presentan inicialmente molestias numerosas e inespecíficas, expresadas en su lenguaje cotidiano, que podrían corresponder a diferentes afecciones, pero que posteriormente se atribuyen al diagnóstico de diabetes. Otro testimonio ilustra cómo los síntomas iniciales suelen confundirse con otras afecciones:

No sabía que tenía hace un mes. Mis ojos se oscurecían y mi oído me dolía pensé que era por la vitamina, pero ni iba a ir a la posta, entonces mi amiga me dijo prueba tu orín, y ahí cuando probé mi orín... era dulce (Cita 17:1)

Frecuentemente, los pacientes relacionan estas afecciones físicas con la “debilidad” o la falta de vitaminas. Actualmente la diabetes se ha incrementado en provincias como Cusco, el Ministerio de Salud desde hace unos años dota de fármacos e información a

los establecimientos de primer nivel, y ya es más fácil informarse sobre los síntomas y la enfermedad. Otro testimonio evidencia el retraso en la consulta:

Cuanto será casi 2 años, estaba con hambre y sed, y solo lloraba, es que cuando estaba ya mal y bien fuerte recién fui. Mi peso estaba bajando, ahora recién subió mi peso. Como estaba mal de mi pie no me había dado cuenta lo otro. Ahí me dijeron que tenía diabetes (Cita 14:18).

En este caso, el testimonio refleja un tiempo prolongado de espera: el paciente acudió al centro de salud solo cuando los síntomas se habían intensificado y presentaba una herida que no sanaba. Figueroa (2021), sostiene que los pacientes pueden experimentar molestias durante meses o años antes de ser diagnosticados. De manera similar, Hirsch y Alonso (2020) indican que, en una comunidad de Argentina, la mayoría de las personas con diabetes son diagnosticadas cuando ya presentan síntomas avanzados, como aumento de la micción, mareos, desmayos, infecciones recurrentes o visión borrosa.

e) Consecuencias del tratamiento convencional

En esta subcategoría la mayoría de pacientes presentan algunas dificultades en el proceso de tratamiento, lo que los lleva a suspender la medicación o tomarla solo cuando lo “necesitan”, en algunos casos en los controles, proporcionan a los profesionales de salud otra versión durante la consulta para evitar críticas.

Eso restablece rápido mi azúcar, pero como le decía creo que hace daño al riñón.
(Cita 9:6)

A veces el tratamiento me hace doler el estómago, no siempre tomo hay días que me olvido. (Cita 25:4)

Según Qhishpi (2020), existe evidencia que asocia el uso de metformina con gastritis, respaldada por artículos científicos y boletines que reportan este efecto adverso; sin embargo, aún se requiere profundizar en la real dimensión de las reacciones secundarias de los fármacos utilizados en la diabetes.

Al contrastar los relatos de los pacientes con la información proporcionada por el personal de salud, se observa coincidencia en los efectos adversos reportados, así como preocupación recurrente sobre los riesgos de la medicación. Muchos pacientes expresan dudas como “¿qué me hace la pastilla?” o “me siento bien, pero hace daño”, reflejando una percepción que distingue entre lo farmacológico y lo natural: las pastillas “hacen daño y son cálidas”, mientras que las plantas medicinales son consideradas seguras y “no hacen daño”.

A más de ser fastidioso, la pastilla afecta el hígado. Yo sentí que las pastillas afectan el hígado; eso vi también en los pacientes que están recibiendo metformina: la boca amarga, de eso se quejan, por eso muchas veces no toman, casi no toman algunos, muy poco tomaran. Cuando haces seguimiento, no toman
(Cita 40:2)

Es importante destacar que tanto el personal de salud (enfermero) como los propios pacientes reconocen que los medicamentos pueden generar efectos sobre el hígado, además de evidenciar una resistencia de los pacientes a cumplir con la prescripción médica. En algunos casos, los pacientes buscaron alternativas naturales antes de iniciar el tratamiento convencional.

f) Complementariedad de la medicina tradicional y convencional

Esta subcategoría es relevante porque los pacientes todavía conservan conocimientos sobre **plantas medicinales** y hacen uso de ellas, principalmente para **aliviar síntomas**, aunque también reconocen la importancia de la medicina convencional. Según fuentes del personal de salud, la diabetes comenzó a manifestarse en la comunidad probablemente alrededor del año 2012.

Solo tomo mates para descansar; eso ayuda mucho, pero no creo más que las pastillas; estas son muy importantes. (Cita 7:5)

Para mí, mejor son las plantas, son más efectivas; por ejemplo, esta es la pirqa, eso es templadito, ayuda al cuerpo, aunque también van de la mano. (Cita 8:4)

La informante acepta el uso de medicamentos como primera opción, pero utiliza también plantas para tratar otros problemas, como insomnio, dolor de cabeza o fiebre. Esta combinación de prácticas coincide con Figueroa (2022), quien señaló que los entrevistados consideran útil combinar la metformina (medicina convencional) con recursos de la medicina andina y popular, como plantas y hierbas.

En los registros durante las atenciones de salud, se identificó que los pacientes no preguntan sobre el uso de plantas medicinales; sin embargo, existe apertura por parte de algunos profesionales jóvenes para integrar la medicina tradicional o complementaria en el manejo clínico, lo que antes se consideraba muy ajeno al escenario médico:

Sería mejor tratar complementariamente ambas juntas; creo que el médico se debería informar sobre qué plantas ayudan y se les dice que pueden tomar, ver la forma de acomodarse. Los médicos estamos para aprender, puedes tomar esto

en la mañana lo otro en la tarde, créeme que un paciente vino con glucosas altas había dejado su tratamiento, pero es mejor trabajar con ambas (Cita 27:17).

Esta postura del médico promueve la interculturalidad, ya que plantea que el paciente pueda informar sobre su uso de las plantas medicinales. De este modo el profesional de salud puede ofrecer un mejor enfoque terapéutico. Como corrobora Goycochea (2012), adoptar una perspectiva intercultural en la atención de salud permite incrementar el valor de la medicina tradicional y el impacto de su práctica en la población, además de empoderar a la comunidad al reconocer y respetar su cosmovisión. Esto fortalece también el vínculo entre el personal de salud y los pacientes.

Por otro lado, Aparicio (2007) sostiene que una persona que lleva tiempo sufriendo un problema de salud no logrará curarse si espera que la ciencia o la tradición lo solucionen todo sin aportar esfuerzo propio. Las actitudes rígidas, tanto del paciente que espera que el sistema haga todo sin involucrarse, como del terapeuta que mantiene una postura inflexible, dificultan el manejo efectivo de las afecciones crónicas.

4.4.2. Pensamientos del personal de salud

Esta categoría también se pudo concretar a nivel del personal de salud para poder saber cuáles son sus fortalezas y debilidades en el proceso de salud y enfermedad; por ello están agrupados en cuatro subcategorías: a) Tratamiento y laboratorio como control de la enfermedad, b) Diabetes como pandemia silenciosa, c) Sobrepeso como antecedente para la presión alta, d) Aceptación de la medicina complementaria (ver Figura 3). Estas subcategorías emergentes serán expuestas de manera detallada a continuación.

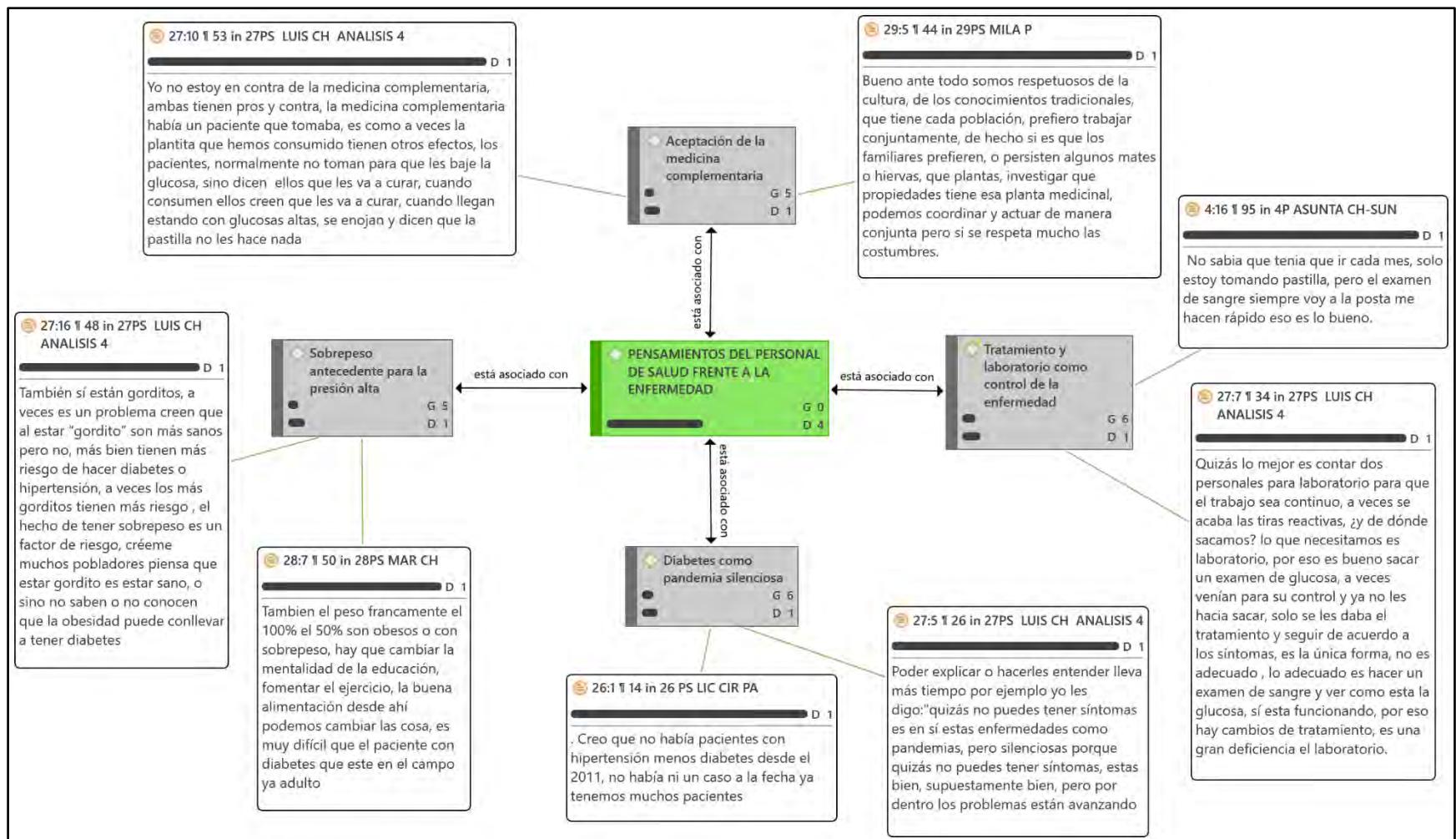


Figura 3: Red Semántica: Pensamientos del personal de salud frente a la enfermedad.

a) Tratamiento y laboratorio como control de la enfermedad

Esta subcategoría de análisis da cuenta de uno de los mecanismos de control de la diabetes en la población estudiada. Durante las entrevistas al personal médico, se indicó que en los días de rotación el biólogo del centro de salud estaba de libre, por lo que la atención se realizaba únicamente con base en la clínica. En consecuencia, en muchos casos, solo se continuaba con el tratamiento previamente indicado.

Además, el personal señaló que frecuentemente se agotan las tiras reactivas, insumo necesario para medir la glucosa en sangre. Ante esta situación, algunas veces los propios profesionales deben adquirirlas, generando un escenario difícil, ya que, si un paciente requiere medir su glucosa, debe trasladarse a la capital de provincia, Paucartambo, mediante un sistema de referencia. El monitoreo de la glucosa en sangre es de vital importancia para evaluar si la enfermedad se controla adecuadamente y para prevenir complicaciones. Cruz (2020) afirma que, sin un seguimiento adecuado de la glucosa, pueden surgir complicaciones graves como neuropatía diabética, daño renal o retinopatía.

Quizás lo mejor es contar con dos personales para laboratorio para que el trabajo sea continuo. A veces se acaban las tiras reactivas, ¿y de dónde sacamos? lo que necesitamos es laboratorio, por eso es bueno sacar un examen de glucosa. A veces venían para su control y ya no les hacía sacar, solo se les daba el tratamiento y seguir de acuerdo a los síntomas. Es la única forma, no es adecuado. Lo adecuado es hacer un examen de sangre y ver cómo está la glucosa, sí está funcionando. Por eso hay cambios de tratamiento, es una gran deficiencia el laboratorio (Cita 27:7).

En el centro de salud, el personal brinda orientaciones a los pacientes y realiza la medición de glucosa mediante tiras reactivas, a pesar de las dificultades existentes. Esto

permite que los pacientes reciban un tratamiento oportuno y correctamente prescrito, un aspecto central de la medicina convencional para mantener un esquema terapéutico efectivo. Según la Sociedad Peruana de Endocrinología (2008), el monitoreo de la glucemia en personas con diabetes tipo 2 debe realizarse al menos una vez al mes, idealmente semanalmente, para asegurar un control adecuado de la enfermedad.

b) Diabetes como pandemia silenciosa

Después de la COVID-19, se evidenció la fatalidad y el impacto real de una pandemia, cuando a nivel mundial se vivieron enfermedad y muerte. Lo ocurrido durante esos años quedará en la historia de la salud pública global, especialmente en nuestro país, que no contaba con las condiciones adecuadas para afrontar una emergencia sanitaria.

Esta situación permite advertir que, dado el crecimiento del perfil demográfico del grupo de adultos mayores, los cambios en los estilos de vida y la pérdida de nuestra agro diversidad, es previsible un incremento de las enfermedades crónicas. Según la OMS (2023c), las **enfermedades no transmisibles (ENT)** son responsables de un promedio de 41 millones de muertes al año, lo que equivale al 74% de todas las defunciones en el mundo.

Durante las entrevistas con personal de salud, se indicó que, además de atender enfermedades agudas como infecciones respiratorias y neumonías, ya existe un número regular de pacientes con enfermedades crónicas, a quienes se les debe hacer seguimiento y brindar atención mensual:

Poder explicar o hacerles entender lleva más tiempo. Por ejemplo, yo les digo: “quizás no puedes tener síntomas; en si estas enfermedades son como pandemias,

pero silenciosas, porque quizás no puedes tener síntomas, estas bien, supuestamente bien, pero por dentro los problemas están avanzando” (Cita 27:5).

Al referirse a estas enfermedades como pandemias silenciosas, el personal enfatiza la importancia de la detección temprana y nos invita a cuestionarnos: ¿Cuándo nos enfermamos? ¿Solo estamos mal cuando presentamos síntomas? Aunque estos sean subjetivos y en algunos casos poco evidentes, el diagnóstico oportuno es fundamental en las enfermedades crónicas. Por ello, las campañas preventivas en las comunidades deben ser un eje central de la atención primaria para evitar que los pacientes lleguen con la enfermedad ya avanzada.

Goldman y Schafer (2020), señalan que la hipertensión arterial sistémica (HTAS) ha sido denominada “asesino silencioso”, por ser un trastorno crónico prácticamente asintomático que lesiona los vasos sanguíneos y los órganos vitales. En ese sentido Puga (2020) afirma que existen enfermedades silenciosas, traicioneras e indoloras, que afectan al organismo sin que la persona perciba síntomas evidentes, lo que incrementa el riesgo de complicaciones graves.

De aquel entonces a la fecha, esta enfermedad está en crecimiento en el ámbito donde trabajo; eso que es campo, obviamente ya no comen natural, todo es procesado a la fecha tenemos 5 o 6 casos de diabetes y algo de 15 casos de hipertensión arterial (Cita 40:4).

En este contexto, la atención preventiva no solo recae en los médicos en los puestos de salud; la enfermería realiza gran parte del seguimiento y cuidado integral de los pacientes, en todo momento y para todos los grupos etarios. Esto se evidenció durante las visitas de

atención integral en comunidades lejanas, donde la investigadora pudo acompañar como parte del trabajo de campo estas intervenciones que se hicieron en las comunidades lejanas. Según el Lic. En enfermería con 13 años trabajando en el centro poblado de Parobamba, nos relata que:

“esta enfermedad era desconocida en salud hace más de 10 años, sin embargo, luego empezó a aumentar”.

c) Sobre peso, antecedente para la presión alta

Este imaginario cultural ha sido instituido como parte del proceso de la enfermedad y se considera teóricamente un factor condicionante en la aparición de la diabetes y la hipertensión. Es decir, los cambios en la dieta y la práctica de ejercicio físico pueden favorecer la mejora del estado de salud; este último, a nivel comunitario, está incorporado en la vida cotidiana a través de actividades como la agricultura y el pastoreo.

Históricamente, la alimentación de la comunidad se basaba en papa, maíz y carne, en la mayoría de los casos deshidratada. Con la llegada de los alimentos procesados, el arroz, los fideos y la carne de pollo han comenzado a formar parte de la olla familiar, aunque algunas personas mantienen una alimentación más natural. Sin embargo, actualmente existe cierta resistencia a la alimentación saludable, influida por modas como la comida rápida. Muchos jóvenes que emigran a la ciudad traen consigo estos hábitos, mientras que algunos adultos expresan su oposición frente a estas nuevas costumbres:

Ellos no tenían esa enfermedad; antes mis abuelitas ni comían aderezos, comían naturalmente carne con quinua. Ahora ¡qué van a comer! Mis hijos llegan y, sí ven sopa, se van. Ellos quieren estofado, saltado, arroz chaufa; eso les gusta (Cita 4:23).

El estilo de vida urbano se refleja en la preferencia por frituras y alimentos procesados, dejando de lado los productos de la chacra. El mismo informante mencionaba que, a veces, era mejor darles dinero para que compren comida en Paucartambo, como el pollo a la brasa, para evitar conflictos con los gustos de las nuevas generaciones.

Otro factor relevante es la percepción sobre el peso corporal:

También si están gorditos, a veces es un problema; creen que al estar “gordito” son más sanos, pero no, más bien tienen más riesgo de hacer diabetes o hipertensión. A veces los más gorditos tienen más riesgo, el hecho de tener sobrepeso es un factor de riesgo. Créeme muchos pobladores piensan que estar gordito es estar sano, o si no, no saben o no conocen que la obesidad puede conllevar a tener diabetes (Cita 27:16).

El personal de salud indica que existe un falso concepto cultural de que la gordura es sinónimo de salud, mientras que la delgadez se asocia con enfermedad o debilidad. Al respecto, Le Breton (1999) señala que el cuerpo es una construcción social y cultural, y no un dato absoluto.

Históricamente, la sociedad vivió períodos de hambruna, lo que generó la necesidad de aprovechar cualquier oportunidad para alimentarse. Esta conducta fue un mecanismo de supervivencia. Sin embargo, el cambio de estilos de vida y la disminución del trabajo físico, como el laboral agrario, ha contribuido al aumento de enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión:

También el peso, francamente el 100%, el 50% son obesos o con sobrepeso. Hay que cambiar la mentalidad de la educación, fomentar el ejercicio, la buena alimentación; desde ahí podemos cambiar las cosas. Es muy difícil que el paciente con diabetes que esté en el campo ya adulto (Cita 28:7).

En consecuencia, el trabajo intersectorial entre salud y educación, enfocado en la prevención desde las primeras etapas de la vida, favorece una adherencia más efectiva a estilos de vida saludables. Por el contrario, es más difícil lograr cambios en adultos que ya son portadores de la enfermedad

d) Aceptación de la medicina complementaria

En esta subcategoría, el personal de salud no refiere resistencia a que los pacientes utilicen la medicina tradicional, pero señala que es preferible que hagan uso de plantas medicinales sin descuidar la medicación farmacológica, como una estrategia de negociación dentro del vínculo médico-paciente:

Yo no estoy en contra de la medicina complementaria, ambas tienen pros y contras. La medicina complementaria, había un paciente que tomaba, es como a veces la plantita que hemos consumido; tiene otros efectos, los pacientes, normalmente, no toman para que les baje la glucosa, sino que dicen ellos que les va a curar. Cuando consumen, ellos creen que les va a curar. Cuando llegan estando con glucosas altas, se enojan y dicen que la pastilla no les hace nada (Cita 27:10).

El mismo informante médico indicaba estar interesado en aprender sobre la medicina complementaria y no mostraba ninguna postura negativa, destacando la opción de integrar ambos tipos de atención. Según Siccos (2020), cuando los pacientes con diabetes mellitus tipo II se les preguntaba sobre la terapéutica, la mayoría señaló que los médicos y enfermeras no les informaron ni recetaron tratamientos alternativos a los farmacológicos.

Muchas veces, al momento de los controles, hay muchas dificultades. Hay pacientes que no son muy adherentes al tratamiento; como estamos en periferia, a veces la gente acude a los naturistas, como que hacen caso a lo que les dicen. Le cuento un caso: había una patientita que le había dicho uno de los naturistas, esos señores que venden, que necesitaba vitaminas y que por ello tome dos naranjas cada ocho horas, y estaba con eso, por lo que su glucosa estaba en el cielo (Cita 28:2).

Si bien faltan investigaciones sobre el uso de plantas y productos fitoterapéuticos, también es frecuente la circulación de informaciones falsas o malintencionadas, que pueden generar consecuencias negativas para el paciente. Katz (2003) señala que los pacientes se encuentran en una posición vulnerable, especialmente cuando reciben orientaciones contradictorias de la medicina alopática y la tradicional. Aquellos que intentan seguir ambos enfoques pueden estar expuestos a interacciones peligrosas, de las cuales el sistema sanitario no siempre tiene conocimiento.

Por todo eso, es necesario que el personal de salud en general, al brindar atención a pacientes con enfermedades crónicas, tengan conocimientos sobre plantas medicinales u otros productos naturales y brinde orientación médica respetando la visión del “otro”. Como indica Apaza (2020), la medicina tradicional y la medicina convencional deben ser complementarias, estableciendo *una relación abierta, participativa, equitativa, horizontal e inclusiva, basada en el respeto mutuo*. Asimismo, es fundamental reconocer que el conocimiento empírico forma parte del conocimiento científico, permitiendo una atención más integral y culturalmente sensible.

4.5. Significados atribuidos por los pacientes a la enfermedad

En torno a esta categoría de análisis, durante el proceso de la investigación cualitativa en campo emergieron tres subcategorías de análisis; estas son: a) Dios como fuerza y búsqueda de consuelo, b) Creencias en el examen de sangre, c) Cambio de dieta como factor estresante (ver Fig. 4). Estas subcategorías emergentes serán expuestas de manera detallada a continuación, las que se configuran como los imaginarios sociales de los pacientes respecto de las enfermedades de la diabetes y la hipertensión arterial.

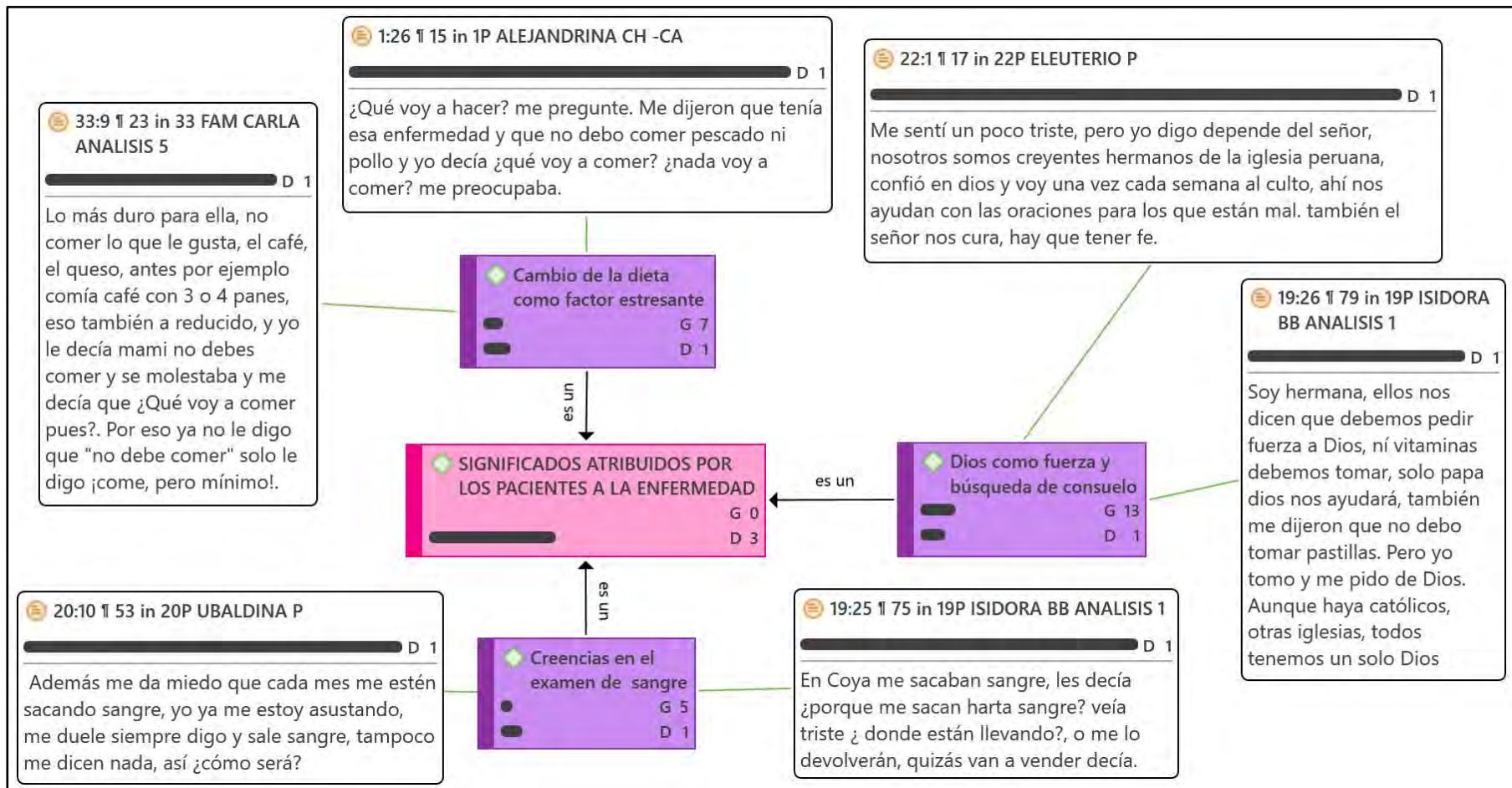


Figura 4: Red Semántica de la tercera categoría: Significados atribuidos por los pacientes a la enfermedad

4.5.1. Dios como fuerza y búsqueda de consuelo

Esta subcategoría de análisis permite describir las situaciones derivadas de la enfermedad y la búsqueda de ayuda en el ámbito de la fe, la iglesia y la relación con Dios.

En las diferentes comunidades del distrito de Challabamba se identificaron grupos que realizan cultos religiosos. Principalmente, pertenecen a iglesias evangelistas; sin embargo, de manera esporádica, en el Centro Poblado de Parobamba se realizan misas católicas, aprovechando la ocasión para la celebración de bautizos y matrimonios.

La mayoría de los entrevistados se consideran fieles a la religión evangelista, asistiendo cada domingo al culto acompañados por un buen número de personas. Según los testimonios, durante los cultos oran, cantan y piden por la salud de los miembros de la comunidad, además de programar ayunos grupales con fines espirituales:

Me sentí un poco triste, pero yo digo depende que del señor. Nosotros somos creyentes, hermanos de la iglesia peruana; confío en Dios y voy una vez cada semana al culto. Ahí nos ayudan con las oraciones para los que están mal. También el Señor nos cura; hay que tener fe (Cita 22:1).

Según Cruz y Cruz (2020), la existencia de grupos religiosos en la comunidad de estudio puede contribuir a la suficiencia del poder divino. Además, Figueroa (2022) señala que la religión funciona como soporte emocional y espiritual para los pacientes y su entorno familiar, ayudándolos a enfrentar la enfermedad.

Soy hermana y ellos nos dicen que debemos pedir fuerza a Dios; ni vitaminas debemos tomar, solo papá Dios nos ayudará. También me dijeron que no debo tomar pastillas. Pero yo tomo y me pido de Dios. Aunque haya católicos u otras iglesias, todos tenemos un solo Dios (Cita 19:26).

No obstante, se identificaron condicionamientos de parte de la religión evangelista respecto a la toma de medicación, ya que en algunos cultos se magnifica el poder de Dios y se generan dudas sobre la eficacia de los fármacos. Por ejemplo, algunos pacientes reciben mensajes como “no tomes medicamentos” o “¿para qué te cuidas?”, lo que reduce la autonomía y responsabilidad del paciente sobre su salud. Esto puede ocasionar retrocesos en el autocuidado, piedra angular de la atención primaria de salud.

A pesar de estas influencias, muchos pacientes deciden continuar con la medicación, integrando su fe y la terapia médica: “Yo tomo, pero me pido de Dios”.

En general, la fe fortalece al paciente para continuar con el tratamiento y enfrentar la enfermedad. Hernández et al. (2016), señalan que la fe refleja una actitud distinta frente a la vida y no debe considerarse anticientífica; por el contrario, debe reconocerse como una expresión de subjetividades que contribuye al cuidado, protección y restauración de la salud.

4.5.2. Creencias en el examen de sangre

Es importante considerar el significado que la sangre tiene para los pacientes. Algunos refieren que cuando les extraen sangre en hospitales o centros privados, temen que esta pueda ser vendida. Aunque no se encontraron antecedentes que sustenten esta creencia, el miedo a la extracción de sangre puede ser un factor que limite la asistencia a controles médicos o la realización de exámenes especializados.

En Coya, en 4 pomos me sacaron sangre, tanta sangre, ¿para qué sacaran? Yo me preguntaba (Cita 14:14).

En Coya me sacaban sangre, les decía: ¿porque me sacan harta sangre? Veía triste ¿dónde están llevando? o me lo devolverán, quizás van a vender decía (Cita 19:25).

En los exámenes más especializados, se extraen cantidades de 5 a 10 ml de sangre; sin embargo, para pruebas rápidas de control de glucosa la muestra es mucho más pequeña, apenas una gota. Aun así, algunos pacientes muestran resistencia a esta práctica, refiriendo dolor por la punción o rechazo a repetir el procedimiento varias veces. Esta percepción puede generar dudas y temor al momento de visitar los establecimientos de salud para el monitoreo de la glucosa en sangre.

4.4.3. Cambio de la dieta como factor estresante

Esta subcategoría de análisis es prioritaria en el proceso de la enfermedad del paciente, ya que la alimentación ha sido históricamente fundamental para la supervivencia y el trabajo humano. Durante la actividad agrícola, la cantidad de alimento consumido servía como combustible para mantener la energía en largas jornadas de trabajo físico, muy diferente al modo de vida urbano. Por ello, el cambio de dieta indicado por los centros de salud representa un desafío significativo, especialmente durante las primeras etapas, y mantenerlo a largo plazo es aún más complejo.

Por eso me empezaron a enojar diciendo: No vas a comer harto, como en el campo comemos harto mote así, de eso también me quiso agarrar ansiedad. Comía en la mañana ya a las 10am., ya me daba hambre (Cita 14:4).

El cambio dietético, aunque necesario, puede resultar difícil de comprender para el paciente. Durante los controles, los profesionales suelen indicar “no coma esto, no coma aquello”, lo que genera en los pacientes la pregunta: “¿Qué voy a comer?”. Para ellos,

reducir la cantidad de alimento a veces se percibe casi como “no comer”, como refleja el siguiente testimonio:

¿Qué voy a hacer? me pregunte. Me dijeron que tenía esa enfermedad y que no debo comer pescado ni pollo y yo decía ¿qué voy a comer? ¿nada voy a comer? me preocupaba (Cita 1:26).

Según Valentim et al. (2015), el cambio de los hábitos alimentarios del paciente con diabetes mellitus es uno de los primeros aspectos de manejar la enfermedad; sin embargo, hablar de la dieta adecuada muchas veces se percibe como distante de la vivencia cotidiana, generando frustración y angustia. La paciente experimenta un dilema entre las alteraciones de peso, las dietas irregulares, la culpa y el deseo de ciertos alimentos.

El acompañamiento familiar se presenta como un factor clave para facilitar este proceso. En un caso, la hija profesional de una paciente logró apoyar a su madre durante la adaptación a la nueva dieta, mitigando los conflictos y fomentando hábitos más saludables:

Lo más duro para ella, no comer lo que le gusta: el café, el queso. Antes, por ejemplo, comía café con 3 o 4 panes; eso también ha reducido, y yo le decía mami no debes comer y se molestaba y me decía: ¿Qué voy a comer, pues? Por eso ya no le digo que "no debe comer" solo le digo: ¡come, pero mínimo! (Cita 33:9).

Por otro lado, los pacientes adultos mayores, especialmente aquellos en situación de abandono, enfrentan mayores obstáculos para seguir las indicaciones médicas. Por ejemplo, durante una visita a una informante de aproximadamente 80 años, se constató que no había desayunado y a las 4 de la tarde no contaba con apoyo cercano.

4.6. Acciones de los pacientes y personal de salud

4.6.1. Acciones del paciente frente a la enfermedad

En torno a esta categoría de análisis en la investigación cualitativa, durante el proceso emergieron cuatro subcategorías de análisis, estas son: a) Uso de medicina tradicional en el tratamiento de la enfermedad, b) Automedicación en el tratamiento de la enfermedad. c) Evasión de las indicaciones médicas, d) Dificultades en el proceso de referencias (ver Fig. 5). Estas subcategorías de análisis emergentes serán expuestas de manera detallada a continuación, las mismas que se constituyen en los imaginarios sociales instituidos en el proceso de tratamiento de las enfermedades de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.

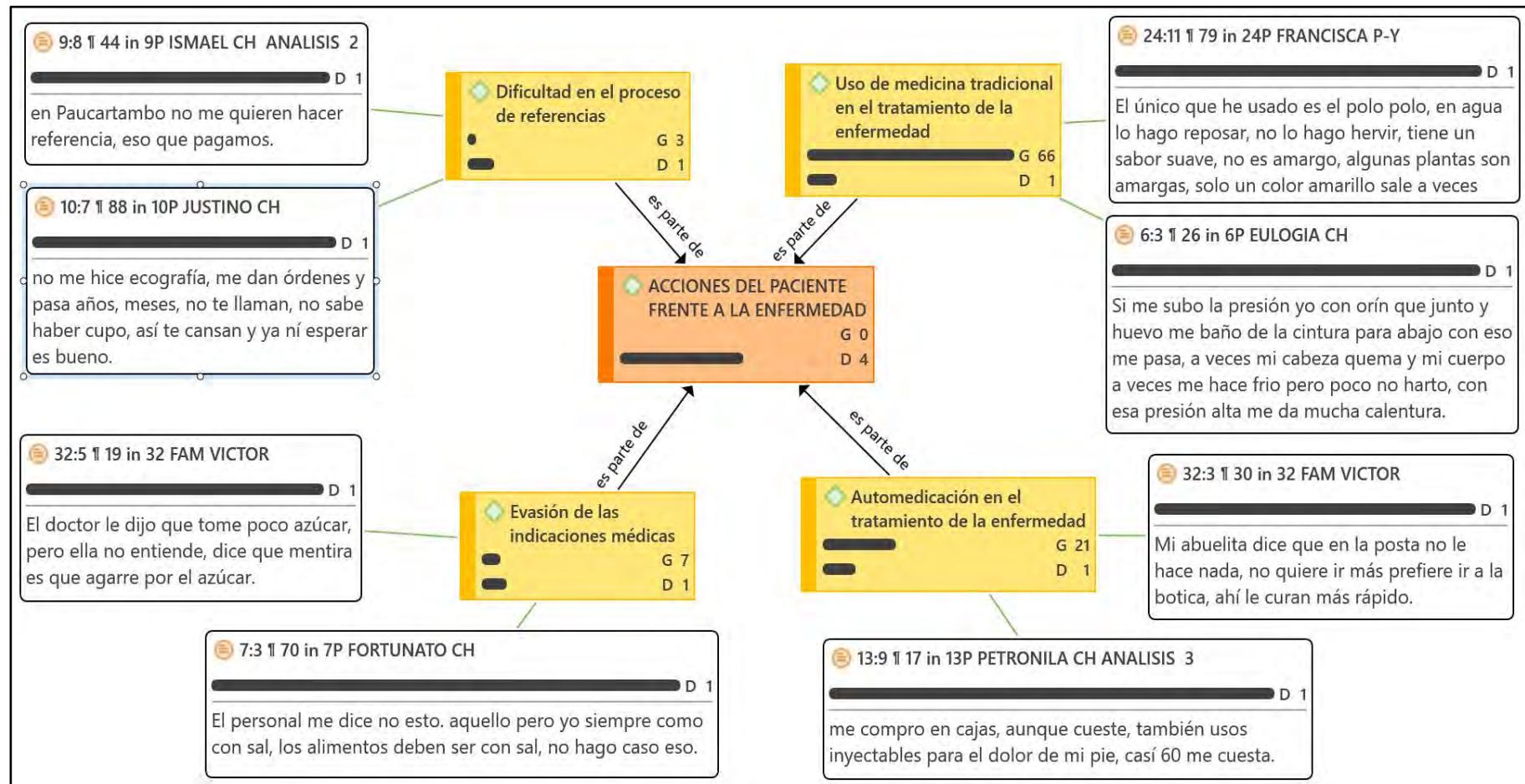


Figura 5: Red Semántica de la cuarta categoría: Acciones del paciente frente a la enfermedad.

a) Uso de medicina tradicional en el tratamiento de la enfermedad

En esta subcategoría de análisis, durante el trabajo de campo se observó que la mayoría de los informantes disponen de productos herbáceos y fórmulas naturistas preparadas. Las plantas se utilizan principalmente como mates, frotaciones y baños, prácticas comunes en las comunidades de Challabamba, donde según relatos de los pacientes entrevistados “no había postas”. Por ello, los pobladores han experimentado con plantas medicinales a lo largo de los años, complementando su uso con preparados naturistas vendidos en ferias locales o en tiendas naturistas de la ciudad de Cusco.

Fitoterapia

La mayoría de los pacientes utiliza plantas medicinales en forma de infusiones. Según la información recabada, estos conocimientos se transmiten de manera verbal de generación en generación, principalmente a través de los abuelos. Además, los espacios donde se comparten estas experiencias y recomendaciones son los establecimientos de salud. Esto ha generado un proceso de socialización y empoderamiento del conocimiento sobre la medicina tradicional.

Entre las plantas mencionadas para la diabetes destacan las de sabor amargo, como polo-polo y pilli pilli, y las de color amarillo, como k’uchu k’uchu, chichilma y ch’icllur:

Tomo Chinchilma como... como es amargo, supongo que mata a la enfermedad (Cita 13:12).

Mi cuñada me ha dado una planta amarilla, polo polo; tiene un tallo rojo. Esos son chiquitos y crecen en lugares húmedos. Yo misma tomo 15 días reposado de ahí también dejo; es la única planta que tomo (Cita 18:8).

Chávez-Coña et al. (2018) señalan que, en comunidades mapuches, los pacientes entrevistados usan la herbolaria transmitida generacionalmente, aunque reconocen escasamente su eficacia. Por su parte Núñez K. (2018) indica que las plantas medicinales son el tratamiento alternativo más utilizado por los pacientes.

Las plantas me ayudan para el dolor de la cabeza, o a veces uso sábila y huevo; eso nomás me ayudó para que mi ojo vuelva a ver, esa sábila me lo pongo en mi frente, eso ayuda (Cita 2:15)

Para la hipertensión arterial, los pacientes utilizan algunas plantas como compresas a nivel tópico en el área afectada; el dolor en la cabeza es un síntoma recurrente en pacientes de hipertensión, por lo que perciben que estos tratamientos locales desinflaman y alivian su cuerpo.

Si me sube la presión, yo con orín que junto y huevo me baño de la cintura para abajo con eso me pasa, a veces mi cabeza quema y mi cuerpo a veces me hace frío, pero poco, no harto. Con esa presión alta me da mucha calentura (Cita 6:3).

Mientras en este caso, la paciente recurre al lavado corporal antes de acostarse, a veces, también presenta fiebre, y ese síntoma lo relaciona a que su presión está alta, por eso ella recurre a dicho procedimiento como medida terapéutica.

También se utilizan frutas con propiedades terapéuticas, como el sanky, pitahaya y yacón, y frutas ácidas como naranja y limón, que se consideran coadyuvantes en el tratamiento de la diabetes:

Una doctora que conocía de Lima, le mandamos nuestros resultados y ella recomendó un mes de tratamiento y que coma esa fruta matambre o sanky, ella me aconsejó (Cita 17:5).

La entrevista evidencia que la paciente ha recibido una orientación tanto farmacológico y la inclusión de una alimentación específica (fruta) lo que coincide con Arostegui-Faustino y Huamán-Gutiérrez (2023), que indican que el sanky tiene efecto hipoglicemiante y favorece la protección del tejido pancreático, reforzando su utilidad como complemento al tratamiento convencional.

Sueños, oración y ayunos

Los informantes también mencionan prácticas espirituales como ayunos y oración, especialmente en comunidades con fuerte presencia evangélica. El tiempo de ayuno varía según el caso, y la iglesia organiza estas prácticas periódicamente:

Esta enfermedad, en mi sueño un hombre me hacía ver una hierba y me decía que con esto te vas a curar, a veces creo en los sueños (Cita 24:10).

También, como somos hermanos, hacemos ayuno en días programados, cada tres meses o dos meses, hacemos dos días; con eso nos curamos de algunas enfermedades que hay (Cita 32:4).

El ayuno como práctica de salud es positiva como también afirman Hirsch y Alonso (2020), en ambos casos, tanto varón como mujer, recurren a la oración y la sanación espiritual en la iglesia evangélica, con algunas restricciones en la dieta.

Preparados botánicos

En las ferias semanales, naturistas venden preparados botánicos. Algunos pacientes también los adquieren en tiendas especializadas en la ciudad de Cusco:

Me compré un medicamento de plantas “Andes Carrión”, eso compré dos veces o, tenía hierbas amargas como moto moto, raíces secas las hierbas que come la oveja, saqra mate, por eso cuando llegué, al terminar, lo saqué del pomo las hierbas. ¿Vi que había y me pregunté sí quizás yo no lo podía hacer? Había phalcha y también pilli pilli; antes lo hacía, pero ahora que tomo medicamentos, ya no me hago (Cita 19:5).

Solo como me dijeron que tengo todo, ya me cuido, pero también me compro medicamentos en pomos en las ferias (Cita 14:3).

Con respecto a la seguridad en el uso de las plantas Cruz (2007), refiere que la mayoría de drogas de origen vegetal provienen de la medicina tradicional y han sido utilizadas durante cientos de años, lo cual proporciona cierta garantía de su inocuidad, principalmente, en lo que a toxicidad aguda se refiere. A pesar de todo, si bien sabemos que los recursos como las plantas medicinales suelen tener rangos terapéuticos amplios y tienen menores efectos secundarios, hemos de reconocer que “natural no es sinónimo de inocuo” y, por tanto, los fitoterapéuticos no están exentos de posibles y a veces incluso graves efectos secundarios.

Por último, en cuanto a las costumbres, se quiso saber sobre los despachos por salud; sin embargo, solo dos de los entrevistados aseveraron que sí hicieron despacho hace un tiempo, mientras la otra parte indica que ya no hacen; “eso es parte del pasado” que todo lo que hacen es solo para Dios.

Según los testimonios, los despachos se reservan para enfermedades culturales o síntomas iniciales como mareos o debilidad “viento” y no se aplican directamente a la diabetes, porque es otro “tipo de enfermedad”.

A veces me hago despacho con los curanderos, ellos escogen una tierra, y nosotros salimos, no estamos cerca, la diabetes es separado, ósea todo lo que has tenido como susto, miedos todo eso entra a la enfermedad (Cita 14:15).

b) Automedicación en el tratamiento de la enfermedad

Esta subcategoría es relevante porque refleja las consecuencias del limitado seguimiento a los pacientes en el sistema de salud primaria. La orientación sobre la forma, cantidad y frecuencia de administración de medicamentos es un componente esencial para el control adecuado de enfermedades crónicas como la diabetes.

Durante las entrevistas, varios pacientes indicaron dificultades para acceder a la atención médica: algunas veces los cupos se agotaban antes de su llegada, o el profesional médico estaba de libre. En la visita al Centro de Salud Challabamba, se observó que no contaban con médico CAS, y únicamente estaba disponible un médico SERUMS (Servicio rural, urbano marginal de salud), quien debía compartir sus funciones con egresados de medicina que se encontraban realizando su internado rural. Además, se evidenció que el médico no contaba con los insumos necesarios para cumplir con todas las actividades preventivo-promocionales. Además, se evidenció que el médico no se abastecía con todas las atenciones.

Hay es difícil, esperé, muy difícil por eso mejor no llego más bien voy a la farmacia con plata me compro, además vas en ayunas y estas esperando de hambre hasta las 3pm. (Cita 4:18)

Otros pacientes, más que todo adultos mayores, que todavía cuentan con el apoyo de sus hijos, mencionan que la familia apoya comprando las medicinas y que envían en cajas desde la ciudad de Cusco. Sin embargo, la paciente no está siendo controlada realmente

por la dificultad de movilizarse; el solo tomar pastillas no asegura que la enfermedad está siendo controlada.

Desde que empezó, tomo pastillas compradas de mis hijos nomas, no hay nadie quien me lleve al centro de salud. Antes quería caminar, pero mi cabeza me gana para un lado (Cita 6:16).

Por otro lado, Ludeña (2020) refiere que el paciente ejerce una regulación particular de su tratamiento, tomando como referencia tratamientos anteriores que recibió. La intención autónoma de cuidado es una acción que evidencia un compromiso con su propio bienestar, aunque puede implicar riesgos:

Pastilla me compré igual que lo que dan en la posta, una caja; eso me curó más rápido que lo que te dan en la posta (Cita 24:3).

Del testimonio anterior se puede resaltar que actualmente se ha extendido la práctica de la automedicación, y ello se constituye como un imaginario social en el proceso de la enfermedad crónica. Los pacientes asumen que, debido a la “cronicidad”, tomar la medicación es suficiente, con lo que se deja de lado aspectos esenciales como la dieta y sus controles en el establecimiento de salud.

Estas prácticas inadecuadas son peligrosas; es necesario el control por parte de un especialista que verifique la dosis y si está haciendo efecto en el manejo de la glucosa y la presión.

c) Evasión de las indicaciones médicas

En la información recogida, algunos pacientes con diabetes refieren que, al observar mejoría de su salud, deciden suspender el tratamiento, guiándose por sus propias

conjeturas y dentro de su autonomía. Asimismo, el cambio de dieta representa un obstáculo complejo que se observa desde los primeros momentos del tratamiento.

El personal me dice que no esto, aquello, pero yo siempre como con sal; los alimentos deben ser con sal, no hago caso de eso (Cita 7:3).

En anteriores meses dejé la pastilla 3 meses o 2 y más había subido casi a 160mg/dl (Cita 5:14).

Según Camarillo (2019), las indicaciones terapéuticas que hace el médico familiar deben ser comprendidas y aceptadas; sin embargo, la idea de saber que la diabetes implica un tratamiento de por vida hace que los pacientes tomen el medicamento de forma mecánica, automática, sin tener una concepción clara de los beneficios que esta acción conlleva.

A lo menos como trabajo chacra, está encima de la antena; siempre estoy en movimiento y, si se me falla el corazón, ya no me preocupo, como normal las grasas y la sal (Cita 11:2).

En consecuencia, los pacientes intentan autorregularse y tomar decisiones propias sobre su tratamiento, lo que algunos casos, puede derivar en serias dificultades en su salud.

d) Dificultad en el proceso de referencias

En el proceso de la enfermedad, es necesario que los pacientes con diabetes se realicen controles médicos especializados una vez al año, lo que implica desplazarse a la ciudad. Sin embargo, este proceso presenta dificultades significativas, tanto por la

obtención de cita como por la logística del traslado. En Parobamba, por ejemplo, el licenciado del centro de salud en algunos casos acompañaba al paciente para gestionar la cita, mientras que en Challabamba solo se entrega la referencia sin un seguimiento efectivo sobre si el paciente logra acudir al especialista.

Un caso particular evidencia las consecuencias de esta deficiencia: el paciente recibió la referencia, pero no fue atendido a tiempo, por lo que llegó al centro de salud en situación de emergencia con glucosa alta y tuvo que ser trasladado a la ciudad de Cusco.

No me hice ecografía, me dan órdenes y pasan años, meses; no te llaman, no sabe haber cupo, así te cansan y ya ni esperar es bueno (Cita 10:7).

Según la norma técnica 018- MINSA, una de las funciones del establecimiento de salud es coordinar la referencia y contrarreferencia de usuarios entre las microrredes de salud de su jurisdicción y otros establecimientos del sector e instituciones, garantizando una atención médica oportuna y eficiente.

Sin embargo, en el proceso de referencias también influye la dimensión económica, porque cuando llega un paciente a la ciudad del Cusco enfrenta un largo recorrido, la paciente muchas veces sola debe realizar colas, trámites administrativos que no solo involucra la parte económica si no el tiempo. Todo frente a la indiferencia de la ciudad.

Luego me llevaron al Hospital Lorena y ahí me hospitalizaron, y dije que me dieron de alta, ya no tenía plata; aunque sea en mi casa me moriré, plata, análisis, medicamentos, ya no tengo plata, por eso el doctor Cirilo me ayudó para venirme a mi comunidad (Cita 19:31).

El mismo informante relata abuso verbal y trato discriminatorio por parte de un personal de salud en el Hospital Antonio Lorena del Cusco.

Más bien en Cusco total me enojan, ¡espera dicen!, espérate cupo, así yo sufri. Esperas hasta la noche, por eso una vez que fui, triste me dijeron que nosotros estamos acostumbrados a que nos den todo gratis, ¡que nos pasamos! ... Así triste me dijeron, así es en la ciudad; andar sin plata es difícil, mientras aquí hasta nos suplican para cuidarnos (Cita 19:32).

Estos relatos reflejan un imaginario social en el paciente: la atención hospitalaria urbana es percibida como difícil e inaccesible, incluso en presencia de especialistas, generando resistencia a acudir a referencias médicas. Como consecuencia, algunos pacientes solo buscan atención cuando la enfermedad se encuentra en una etapa avanzada o crítica.

Según el sondeo, realizado por Ipsos Perú a un total de 3,781 personas entre 18 y 70 años de edad, en las 25 regiones del país, una gran parte de los ciudadanos a quienes se les preguntó dónde experimentaron la discriminación, contestaron que fue en un centro hospitalario o posta de salud pública.

Durante la investigación, se identificó a una paciente de 55 aproximadamente con complicaciones por diabetes, incluyendo un daño renal, según el relato de un familiar , la paciente fue desahuciada por el centro de salud y que tuvieron que trasladarla a una clínica privada en la ciudad del Cusco; sin embargo la paciente al saber de las complicaciones de la enfermedad ya no aprobaba ninguna indicación terapéutica, se negaba a participar en su autocuidado y lamentablemente perdió la esperanza de vivir, y dos semanas después sobrevino su fallecimiento.

4.6.2. Acciones del personal de salud

En torno a esta categoría de análisis en la investigación cualitativa, durante el proceso emergieron cuatro subcategorías de análisis, estos son: a) Atención primaria de salud limitada en el distrito, b) Información breve y básica para el paciente. c) Importancia del seguimiento a los pacientes (ver Fig. 6). Estas subcategorías emergentes serán expuestas de manera detallada a continuación.

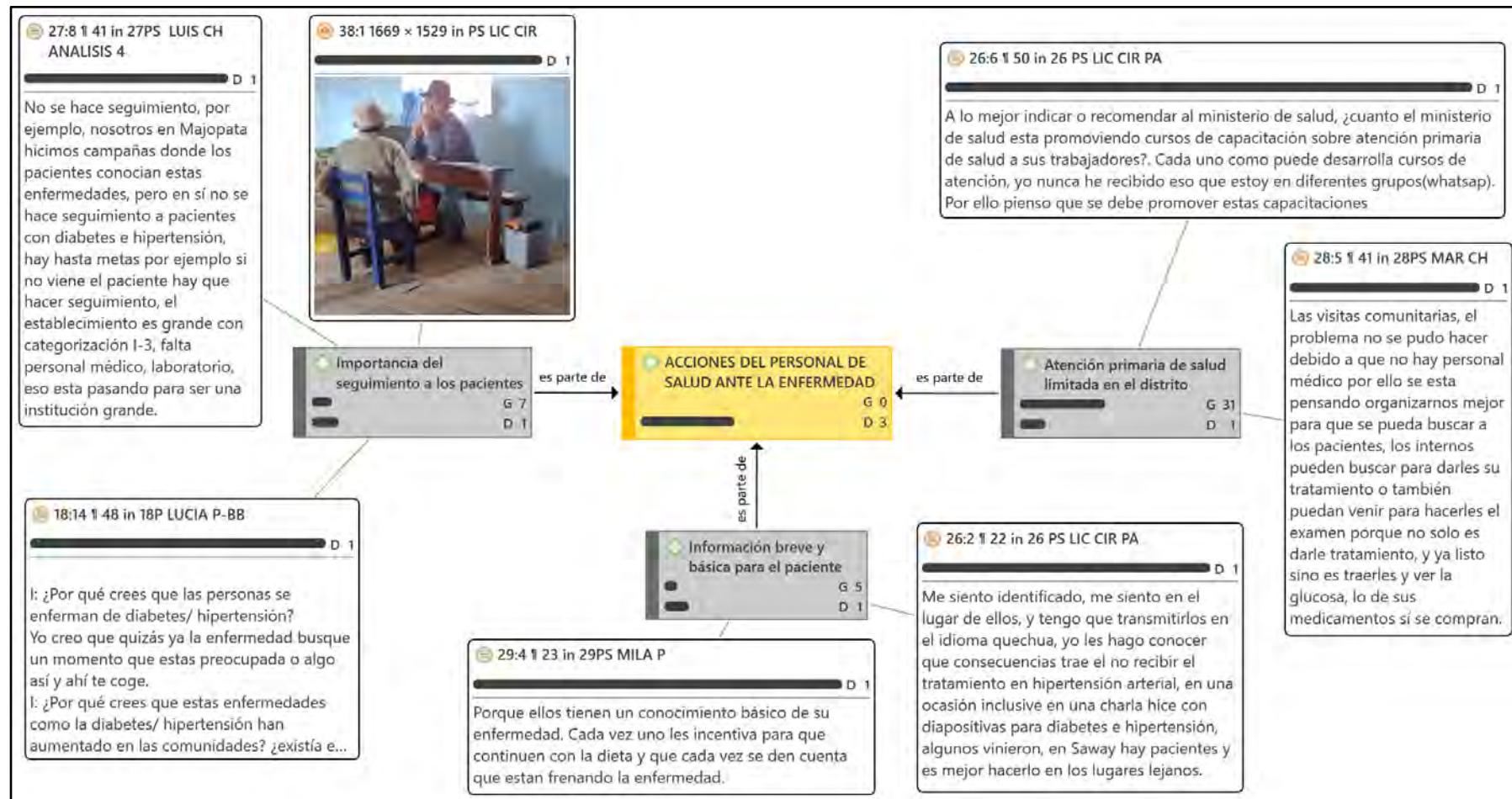


Figura 6: Red Semántica: Acciones del personal de salud ante la enfermedad.

a) Atención primaria de salud limitada a nivel local

Atención brindada por el personal SERUMS

En los establecimientos rurales del ámbito del estudio solo se encontró médico y, en algunos casos, enfermeras. El personal médico principalmente es SERUMS, un programa obligatorio que está vigente desde hace más de 40 años, requisito para trabajar posteriormente en el Ministerio de Salud. Este programa se caracteriza por ubicar a los profesionales de salud en zonas alejadas, lo que representa una oportunidad para las comunidades. Por otro lado, para el profesional de salud es un reto, quienes deben adaptarse a los tejidos culturales locales, sobre todo si provienen de ciudades distintas o de zonas urbanas del país.

En el Centro de Salud de Challabamba, si bien cuenta con médico SERUMS, en sus salidas libres hay espacios donde los pacientes a veces no son atendidos o son atendidos por el personal que está haciendo su internado rural (prácticas preprofesionales). En algunos casos a los pacientes no se les brinda una atención integral, como evidencia el siguiente testimonio:

Me dieron rápido, muy apurados, pero no me atendió el doctor, donde se haya ido, donde viajara, ahí mismo había uno que estaba ahí encargado y que le llamó al doctor para saber qué me iba a dar- Dale esto, aquello le dijo (Cita 1:29).

Estos establecimientos como se indicó anteriormente no cuentan con un profesional médico constante, porque depende de la duración del del SERUMS. Anteriormente eran médicos de la ciudad del Cusco y regiones cercanas (Puno). Actualmente, el sistema se ha uniformizado para la adjudicación, por lo que cualquier profesional puede llegar a

cualquier establecimiento de salud a nivel de todo el país; solo basta cumplir los requisitos que son más que todo académicos.

¿Cuántos doctores cambiaran?, No hay especialista, un doctor me dijo muy bien, era muy bueno; de ahí se fue, así se paran yendo (Cita 2:12).

Dificultades en el acceso por la geografía

El acceso geográfico es una barrera importante. Comunidades como Labrampata, Laly o Jesús María se encuentran alejadas del centro de salud de Challabamba y suelen depender del puesto de salud de Parobamba. Las visitas comunitarias se realizan generalmente una vez al mes, cubriendo atención en enfermería, morbilidad y seguimiento a pacientes con enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión.

Las condiciones climáticas y la topografía también dificultan la atención: deslizamientos durante la temporada de lluvias limitan el acceso a ciertas comunidades, obligando al personal de salud a adaptarse y priorizar la atención sin dejar comunidades desatendidas.

En la atención extramural del P.S. de Parobamba al que se pudo acompañar. Se observó que el Licenciado en enfermería brinda atención de salud ambulatoria a todos los grupos etarios, y en el caso de los pacientes con diabetes e hipertensión también se les entrega atiende, algunos esperan a pie de carretera y reciben básicamente el tratamiento farmacológico y se realizan la prueba de glucemia. Por la rapidez que se tiene que atender no se observa mayor orientación.

Mi suegra tiene y donde vive ella, ahí tienen diabetes; ella tiene dolor de cabeza y sigue tomando dulce. Será que antes no hacían seguimiento, no sé, pero como ese lugar pertenece al Centro de Salud de Challabamba, de ahí creo no vienen, ni

visitas hacen, creo que también no había pastillas por eso ahora mi suegra se hace dar cuando el Señor Cirilo va a Saway (Cita 18:10).

Por otro lado, en el centro de salud de Challabamba es difícil hacer una salida para la visita a pacientes con enfermedades crónicas; sin embargo, los internos de medicina que están haciendo sus prácticas comunitarias, de alguna manera, hacen actividades preventivo-promocionales como exigencia en sus metas académicas de la universidad, donde planifican visitas semanales para realizar programas educativos con la población de una comunidad piloto. Sin embargo, es mínimo el trabajo; más se observó que cumplen turnos intramurales y son de mucho apoyo en la atención con morbilidad, pues en el momento de la investigación solo se encontró una médica SERUMS.

A veces la lejanía, como se acabó su medicamento y ya viene de una semana, a veces incluso un mes sin tratamiento, hay dificultades para las salidas comunitarias; por lo menos yo no puedo salir. Hay bastantes pacientes, es bien difícil que yo salga, pero va a ver algunos cambios para que mis internitos también salgan. Ellos puedan buscar a pacientes; los pacientes deberían tener acceso y que entiendan que es necesaria la medicación (Cita 28:4).

Lo expuesto muestra que el trabajo que realiza el personal Serums es netamente dentro del centro de salud, además de que hay un número alto de atenciones intramurales, por lo que es más difícil la salida a la comunidad. Sin embargo, la médica que, además de ser jefa de establecimiento es propositiva para realizar algunos cambios en la dinámica con la ayuda del personal auxiliar (internos de medicina), el primer año trabajando de cara a la comunidad es una experiencia nueva en los profesionales de salud, pero también una oportunidad para ver las deficiencias desde el corazón de la atención primaria de salud.

Campañas preventivas de despistaje de diabetes e hipertensión

Sí bien, por las condiciones en que se encontraba el personal médico en el centro de salud de Challabamba, no se realizaron campañas, a pesar de que el personal SERUMS justamente es contratado por el ministerio para que ayude a paliar las atenciones extramurales que muchas veces no lo hace el personal de piso, pero en este caso, como solo es un médico, es difícil que salga a realizar actividades extramurales, porque dejaría desabastecido el establecimiento de salud.

Por otro lado, en el Puesto de Salud de Parobamba, en las visitas que se hacían a la comunidad, se vio el dinamismo del personal de enfermería, que salía para realizar actividades, más que todo en el campo de morbilidad y algunas a nivel promocional. Un factor en contra en salud siempre es el tiempo y por eso en la salida donde se acompañó al enfermero, este tuvo que regresar rápidamente porque el puesto de salud estaba cerrado y en cualquier momento, siempre puede surgir alguien que necesite atención.

Pero también no se realizan campañas de despistaje de hipertensión ni diabetes; eso coincide con el testimonio de un familiar del paciente con hipertensión que indica que no vio actividades preventivas de esta enfermedad.

La verdad que no, no he visto ni campañas ni charlas que se hayan dado y quizás mucha gente desconoce, más que todo por la gente del campo, quizás no sepan esa enfermedad y como hay analfabetos, pero con mucha razón debería haber campañas preventivas (Cita 33:7)

La atención primaria de salud debe enfocarse en estrategias preventivas para el logro de una salud aceptable; por ello es preciso, como indica Domínguez et al. (2020), el

desarrollo de programas encaminados a mejorar conductas de autocuidado; de lo contrario, la mayor parte del presupuesto se destinará al pago de las complicaciones e incapacidades prematuras.

b) Información breve y básica para el paciente

La mayoría de la información dada al paciente es principalmente farmacológica. Durante la observación realizada en el centro de salud de Challabamba, se identificó que al paciente se le indicaba que “debe tomar de la manera que siempre toma”, o que “seguirá las mismas indicaciones”. No obstante, no se realizaron preguntas sobre cómo se sentía el paciente, su adherencia al tratamiento o su uso de plantas medicinales. Considerar estos aspectos sería un buen inicio para un acompañamiento integral, acorde con los principios de la atención primaria de salud.

Normalmente, lo que hago cuando atiendo a este tipo de pacientes que siempre me pongo en que tengan que entender sus medicamentos, porque no hay forma, porque si dejan de tomar medicamentos, se les sube la presión o la glucosa, con un enfoque no solo de medicamentos son también medidas dietéticas (Cita 27:4)

Al tratarse de una enfermedad en cierto grado desconocida, algunos pacientes, al no comprender plenamente las orientaciones terapéuticas del médico, llegan a afirmar que ya no presentan la enfermedad o que esta fue solo temporal. Esto evidencia la falta de una educación en salud más sólida dentro de las comunidades.

También son muy necesarias las visitas domiciliarias, como indica en la guía de promoción en salud del MINSA (2021), donde existen pautas relacionadas con las sesiones educativas y demostrativas relacionadas con actividades saludables vinculadas

con hábitos saludables de nutrición y dieta, poniendo énfasis en la ingesta de frutas, vegetales y cereales, disminuyendo la ingesta de sal y azúcar.

Sí, a nivel de charlas grupales, el nivel educativo que tienen los campesinos es poco difícil que puedan captar en una primera charla, por eso hay que individualizar. En Parobamba y Saway ya están tomando conciencia. (Cita 26:3)

Según la OPS (2005), uno de los principios es responder a las necesidades de salud de la población. Esto empuja a que los sistemas de salud se centren en el individuo para poder satisfacer sus necesidades de la forma más amplia e integral. El sistema sanitario que debe garantizar las necesidades de salud.

c) Importancia del seguimiento a los pacientes

Si bien el médico acepta reconoce las vulnerabilidades existentes en el trabajo del centro de salud, también es necesario indicar que, en el área rural, la atención primaria de salud tiene la responsabilidad de cumplir metas establecidas por estrategias como PROMSA. Cada cierto tiempo se realiza un balance a nivel de la microred y, posteriormente de toda la red de salud. Sin embargo, las atenciones extramurales se han reducido al cumplimiento del llenado del His para justificar el cumplimiento dichas metas, sin que estas se apliquen de manera efectiva en la comunidad.

No se hace seguimiento; por ejemplo, nosotros en Majopata hicimos campañas donde los pacientes conocían estas enfermedades, pero en sí no se hace seguimiento a pacientes con diabetes e hipertensión. Hay hasta metas, por ejemplo, si no viene el paciente, hay que hacer seguimiento. El establecimiento es grande, con categorización I-3; falta personal médico, laboratorio...eso está pasando para ser una institución grande. (Cita 27:8)

Es necesario indicar que, a nivel rural, más que el manejo de historias clínicas, se manejan historias de vida. Estas deben ser individualizadas y dentro de los parámetros de planificación de proyectos que generen programas de prevención familiar o grupal de acuerdo a las condiciones. Se deben cumplir aspectos básicos para abordar las enfermedades crónicas, como expone el manual de la OMS (2016): Individualizar la intervención, adaptándola a circunstancias y dificultades concretas del paciente, fortalecer la relación con el paciente, favoreciendo la confianza para que él o ella exprese sus dudas/preocupaciones y, por último y no menos importante, trabajar en forma interdisciplinaria con el equipo de salud.

Ellos no toman su tratamiento o no cumplen sus horarios de tratamiento, toman cuando se recuerdan o esporádicamente, es un poco difícil que puedan tener un buen control de su enfermedad. No hay un cambio en ellos, tampoco hay un familiar que les supervise; muchas veces viven solos y así no se puede llevar el tratamiento. (Cita 29:3)

En la atención primaria de salud, el seguimiento es un componente fundamental, lo cual se refleja en la importancia de las visitas domiciliarias. No obstante, cuando se preguntó a los pacientes si había recibido alguna visita del personal de salud, la mayoría de los pacientes que acudían al Centro de Salud de Challabamba mencionaron que no. En cambio, en el puesto de salud de Parobamba algunos pacientes sí refirieron haber recibido este tipo de visitas. Esta diferencia se corroboró cuando la investigadora acompañó al equipo de salud durante la campaña de atención integral realizada en las comunidades de Bombón y Saway, pertenecientes al Centro Poblado de Parobamba.

Son muchas los factores que contribuyen al incumplimiento del tratamiento indicado. Algunos de ellos están vinculados directamente con el individuo; tienen que ver con las

características de la enfermedad y con el proceso de adaptación que esta exige. Sin embargo, influyen de manera notable las condiciones del sistema de atención primaria de salud, el cual debería brindar asistencia y servicios en un marco de interculturalidad.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

1. Los imaginarios sociales de los pacientes se configuran a partir del proceso de la enfermedad. Desde el diagnóstico de la enfermedad los pacientes lidian con sentimientos como susto, miedo y preocupación por la cronicidad, lo que influye en el grado de incertidumbre hacia a la enfermedad. Así mismo existe una desconfianza hacia los servicios de salud debido a la falta de comunicación efectiva, la barrera del idioma y la percepción de posibles reacciones adversas de los fármacos, generando angustia sobre el manejo a largo plazo de la enfermedad.
2. Por otro lado, entre los pensamientos de los actores se ha identificado creencias sobre el origen de la enfermedad relacionadas con emociones negativas, consumo excesivo de azúcar y herencia familiar. Los síntomas reportados con mayor frecuencia incluyen, para la diabetes: cansancio, sed y hambre; y para la hipertensión: fiebre, cansancio, dolor de cabeza y destellos en la vista. Los pacientes encuentran dificultades para modificar el estilo de vida, especialmente en la adherencia a la dieta prescrita.

3. Entre las significaciones sociales que se han encontrado respecto de estas enfermedades, está el cambio de la dieta como factor estresante, lo que a menudo conduce al incumplimiento de las orientaciones médicas. En tanto que el imaginario social de la fe en Dios representa una fuente de consuelo y fortaleza, siendo la mayoría miembros de congregaciones evangélicas. Existe desconfianza hacia procedimientos como la extracción de sangre, percibiéndola a veces como excesiva.
4. Las acciones de los pacientes respecto a la enfermedad están relacionadas a complementar el tratamiento convencional con la tradicional y recurren a la automedicación debido a las limitaciones del sistema de salud. En la Atención Primaria de Salud, se evidencian deficiencias en la capacitación y disponibilidad de personal en zonas rurales. En el centro de salud de Challabamba, la escasez de personal de salud limita las visitas domiciliarias, mientras que en el puesto de salud de Parobamba se han identificado deficiencias en el liderazgo del personal médico (SERUMS) en las atenciones integrales, dicho espacio ha sido cubierto por el personal de enfermería, quien presta atenciones integrales en las comunidades lejanas.

RECOMENDACIONES

1. Al ministerio de Salud se le recomienda elaborar normas técnicas de salud orientadas a la prevención de las enfermedades crónicas, con un enfoque intercultural que contemple las necesidades de los pueblos originarios. Esto incluye promover la capacitación de los profesionales de salud en dominio de lenguas originarias, especialmente quechua para mejorar la comunicación y el trato directo con los pacientes. De esta manera, se garantiza que estas poblaciones puedan sobrellevar las enfermedades y acceder en igualdad de condiciones a especialistas y establecimiento de salud de mayor complejidad.
2. A la Red de Salud Cusco Sur, fortalecer el seguimiento a los establecimientos de salud, generando bases estadísticas actualizadas sobre estas enfermedades crónicas, que permitan implementar programas dirigidos a la persona, familia y comunidad dentro de un modelo de atención de salud integral.
3. A los establecimientos de salud del Distrito de Challabamba Proporcionar información de calidad, empática, breve y comprensible para los pacientes, incorporando educación, prevención de complicaciones y promoción de estilos de vida saludables con un enfoque intercultural.
4. A las Escuelas de Ciencias de la Salud, en sus centros de formación, se les recomienda que involucren al futuro profesional de salud en el conocimiento de la cosmovisión de los pueblos andinos y la interculturalidad, incorporando cursos

obligatorios como la antropología y sociología de la salud, a fin de que las atenciones futuras del sistema de salud sean más “humanas”, sin imponer conocimientos por sobre otros.

5. A las instituciones académicas de investigación, se les recomienda desarrollar acciones de investigación desde una perspectiva interdisciplinaria, aplicando enfoques metodológicos complementarios, para analizar, comprender y explicar el fenómeno de la salud-enfermedad relacionado con las enfermedades crónicas a nivel rural.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ander, E. (2011). Aprender a investigar: nociones básicas para la investigación social.
- Aparecida S., Laurencio M. y Rossaneis M. (2015) Las dificultades experimentadas por el portador de diabetes mellitus residente en distrito rural. *Revista de Enfermería UFPE*
- Aparicio, A. (2007). La antropología aplicada, la medicina tradicional y los sistemas de cuidado natural de la salud. 23(14). <http://hdl.handle.net/10481/6988>
- Apaza, R. (2020). Repensar la antropología de la salud: una perspectiva crítica e intercultural en el altiplano de Puno, Perú.
- Areche, R., Barazorda, J., & Lozano, N. (2020). *Percepción de los servicios de salud en pacientes quechuahablantes*.
- Arostegui-Faustino, L., y Huamán-Gutiérrez, O. (2023). Capacidad antioxidante in vitro del *Corryocactus brevistylus* (sanky) y su efecto en la morfología del páncreas de ratas diabéticas inducidas con aloxano. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 40(3), 317-324. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2023.403.12481>
- Arribas, S. (2008) Cornelius Castoriadis y el imaginario político. *Foro interno*, 8, 105-132
- Baeza, M. (2011). Memoria e imaginarios sociales, *Imagenautas*. 1(1)
- Bautista, A. (2019). *La automedicación en pacientes quechua hablantes mayores de 60 años en el servicio de emergencia del hospital arzobispo Loayza debido a una deficiente comunicación intercultural con el personal de salud*. [Tesis de pregrado, Universidad San Ignacio de Loyola] <https://repositorio.usil.edu.pe/entities/publication/0e9bf346-51e0-40a9-a240-393611d3925c>
- Bury, M. (1991). The sociology of chronic illness: a review of research and prospects. *Sociology of Health & Illness*, 13(4), 451-468. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1991.tb00522.x>
- Cabezas, A. S. (2019). Evaluación de variables asociadas al diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en pacientes atendidos en emergencia del hospital María Auxiliadora en el periodo enero diciembre 2018 [Tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma]

- Campoy, A., y Gomez, E. (2010). *Técnicas e instrumentos cualitativos de recogida de datos*.
- Castoriadis, C. (2013). *La institución imaginaria de la sociedad*. Tusquets editores
- Charmaz, K. (1976). *La Pérdida Del Yo*. <https://es.scribd.com/document/631583033/Kathy-Charmaz-La-perdida-del-yo>
- Chávez-Coña, P., Illesca-Pretty, M., Cabezas-González, M., & Muñoz-Navarro, G. (2018). Mapuche User: Meaning of Arterial Hypertension, Temuco, 2016. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 36(2), 74-84. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v36n2a10>
- Cicourel, A. V. (1964). El método y la medida en sociología.
- Coca, J. R., & Matas, J. A. V. (2014). Imaginarios sociales de la biotecnología: el contexto económico-empresarial. En *Revista de Fomento Social* (Vol. 69).
- Conget, I. (2002). Diagnóstico, clasificación y patogenia de la diabetes mellitus. *Rev Esp Cardiol*, 55(5), 528-563. www.revespcardiol.org
- Corbetta, P. (2007) Metodología y técnicas de Investigación Social. Editorial Mc Graw, Impreso en España.
- Cruz, M., y Cruz, M. de los A. (2020). El significado de la diabetes mellitus entre indígenas chontales e Tabasco, México. *Población y Salud en Mesoamerica*, 18(1). <https://doi.org/10.15517/psm.v18i1.40092>
- Cuba, M. S., Cruz, L. Y., y Mejía, C. (2021). Narrativas desde la atención primaria de salud: historias de salud y enfermedad narradas por profesionales de la salud. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Domínguez, A., Oudhof, J., González, N., y Flores, M. M. (2020). Efecto de un programa de atención primaria de salud en pacientes mexicanos con enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista de Psicología (Perú)*, 38(2), 529-552. <https://doi.org/10.18800/PSICO.202002.007>
- Durand G. (1968) La imaginación simbólica, Amorrortu editores Buenos Aires
- Eliade M. (1962) Mito y Realidad, <https://web.seducoahuila.gob.mx/biblioweb/upload/Eliade,%20Mircea%20-%20Mito%20Y%20Realidad.pdf>

ENDES. (2023). El 40.6 % de personas mayores de 15 años presenta al menos una comorbilidad, <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/795582-el-40-6-de-personas-mayores-de-15-anos-presenta-al-menos-una-comorbilidad>

ESSALUD. (2016). Implementación de medicina Complementaria. Mayo 2016, Lima.

Eyzaguirre, C. (2016). Proceso de incorporación de la medicina tradicional, alternativa y complementaria en las políticas oficiales de salud. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de San Marcos]. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/880047/el-proceso-de-incorporacion-de-la-medicina-tradicional-y-altern_CDkDGRx.pdf

Federación Internacional de diabetes. (2019). Atlas de la diabetes de la FID.

Figueroa, R. (2022). Representaciones sociales de pacientes de origen quechua con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de dos hospitales de Cusco, Perú. [Tesis de Doctorado, Universidad Cayetano Heredia]

Gerencia Regional de Salud. (2017). *Boletín Epidemiológico N° 45 - 2017.*
<http://www.diresacusco.gob.pe>

Giner, F(s/f) Antropología medica de las enfermedades crónicas.
https://consellodacultura.gal/mediateca/extras/CCG_1997_Medicina-popular-e-antropoloxia-da-saude-Actas-do-Simposio-internacional-en-homenaxe-rendida-a-D-Antonio-Fraguas_pp-223-229.pdf

Giovanella, L., Almeida, P., Vega Romero, R., Oliveira, S., & Tejerina, H. (2015). Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: Concepciones, componentes y desafíos. *Saúde em Debate*, 39(105), 300-322. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002002>

Giove, R. A. (2011). *Percepción de la diabetes mellitus por adultos diabéticos en la ciudad de Tarapoto, 2009-2011* [Universidad Nacional de San Martín Tarapoto]. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

Gobierno del Perú. (2011). Ley 29735. *El peruano.*

Goldman, L., y Schafer, A. I. (2020). *Medicina Interna.*

Goycochea, E. (2012). Interculturalidad en salud. *Salud UCV-Scientia*, 4(1).

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. del P. (2014). *Metodología de la investigación* (Mc Graw-Hill).

Hernández, S., Hueso, C., Montoya, R., Gomez, J. L., y Bonill, C. (2016). Metaestudio cualitativo sobre vivencias y gestión del cotidiano en adultos mayores que padecen enfermedades crónicas. En *Cultura de los Cuidados* (Vol. 20, Número 44, pp. 75-90). Universidad de Alicante. <https://doi.org/10.14198/cuid.2016.44.07>

Hirsch, S., y Alonso, V. (2020). *La emergencia de la diabetes en una comunidad tapiete de Salta: género, etnidad y relaciones con el sistema de salud. Salud Colectiva*, 16. <https://doi.org/10.18294/SC.2020.2760>

Husserl E. (1962) La idea de la fenomenología, Fondo de cultura económica. México

INS. (2012). *Centro Nacional de Salud Intercultural*.

Instituto Nacional del Cancer. (s. f.). Medicina convencional. <https://portal.inen.sld.pe/>

Katz, D. (2003). La integración de la medicina convencional y no convencional. *Humanitas, humanidades médicas*.

Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives*.

Lain P. (1984) Antropología Médica, Salvat Editores.

Laurell, A. C. (1982). *La Salud-Enfermedad como proceso social*. <https://red.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/3/2015/10/n19a061.pdf>

Langdon E. y Braune Antropología, salud y enfermedad: Una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud, Revista Latinoamericana de Enfermería

Laplantine F. (1965) Antropología de la enfermedad, ediciones del sol. Buenos Aires Argentina

Lazo-Gonzales, O., Alcalde-Rabanal, J., y Espinosa-Henao, O. (2016). *El sistema de salud en Perú*.

Le Breton, David. (1999). *Antropología del dolor*. Seix Barral.

Leod, L. (2010). Impacto psicosocial de la diabetes mellitus. Instituto Nacional de Endocrinología. La Habana, Cuba.

Leíton, Z., Cienfuegos, M., Deza, M., Fajardo, E., Villanueva, M., y López, A. (2018). *Impacto emocional en el camino de aprender a vivir con Diabetes*.

Lévi-Strauss, Claude., Bengoa, S., & Duprat, Alicia. (1996). *Raza y cultura*. Cátedra.

Ludeña. K. (2014). Representaciones, imaginarios y necesidades terapéuticas: estudios de caso sobre el encuentro médico-paciente en enfermedades reumáticas y diabetes mellitus. [Tesis de pregrado, Universidad católica del Perú]

Martínez, J. (2011). Metodología de la investigación cualitativa.

Malinowski B. (1993) Magia, ciencia y religión. Planeta Agostini

Mella, O. (1998). *Naturaleza y orientaciones teórico-metodológicas de la investigación cualitativa*.

Mendes, A. M., Domínguez, A., y Schwarz, P. (2011). *Enfermedades crónicas entre la autonomía y el control*. <https://www.aacademica.org/000-034/268>

Meneses, A., Kay, M., y Costa, M. (2009). Sentimientos, sentidos y significados en pacientes de hospitales públicos en el noreste de Brasil. Revista Salud pública.

Ministerio de Cultura (01 de marzo del 2025) <https://www.gob.pe/15251-que-son-los-pueblos-indigenas>

Ministerio de Salud. (2015). *Guía práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva*. http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp.

Ministerio de Salud. (2021). «*Manual de Registro y Codificación de la Atención Integral de Salud de Promoción de la Salud*».

Ministerio de Salud. (2024). *Norma técnica de salud para vigilancia epidemiológica de diabetes*.

Ministerio de salud de la nación. (2014). *Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles-Modelo MAPEC*.

MINSA. (2002). *Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030*.

Minsa. (2023). El 40.6 % de personas mayores de 15 años presenta al menos una comorbilidad. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/795582-el-40-6-de-personas-mayores-de-15-anos-presenta-al-menos-una-comorbilidad>

- Morin, E. (1970). *El hombre y la muerte*, Editorial Kairos.
- Morveli, M. (2019). *Introducción a la investigación científica*.
- Municipalidad Distrital de Challabamba. (2023). *Diagnóstico de la situación de las brechas de infraestructura y de acceso a servicios 2025-2027*.
- Muñoz, L. M., y Rubio, A. P. (2019). *Los imaginarios de sí mismo en la infancia: una mirada desde la enfermedad crónica*.
- Naciones Unidas. (2010). *La situación de los pueblos indígenas del mundo*.
<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2010/7375.pdf>
- Nicolaisen, I. (2006). *Ignorados y en peligro: Pueblos indígenas con diabetes*.
- Núñez K. (2018) Percepción sociocultural de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la ciudad del Cusco. Maestría Antropología social [Tesis de maestría, Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco].
- Naupas et Al. (2013) *Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa Edición Bogotá, Colombia*
- Ochoa, M., Cardoso, M., & Reyes, V. (2016). *Emociones de la familia ante el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 en el infante*. Enfermería Universitaria, 13(1), 40-46.
<https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.01.006>
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2005). *Renovación de atención primaria de salud en las Américas*.
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2010) Hipertensión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2023, septiembre). Enfermedades no transmisibles.
- Organización Panamericana de la Salud - OPS. (1978). *Declaración de Alma-ata*.
http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- Organización Panamericana de la Salud - OPS. (2019). *Guía y elementos esenciales para la implementación*.

Organización Panamericana de la Salud - OPS. (2020). Diagnóstico y manejo de la diabetes de tipo 2. En 2020. <https://www.paho.org/es/documentos/diagnostico-manejo-diabetes-tipo-2-hearts-d>

Organización Mundial de la Salud – OMS. (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional*. www.who.int

Pereyra, R., y Fuentes, D. (2012). *Medicina Tradicional versus Medicina Científica ¿En verdad somos tan diferentes en lo esencial?* www.cmp.org.pe

Pinto, S. A. (2019). La automedicación en pacientes quechua hablantes mayores de 60 años en el servicio de emergencia del hospital nacional arzobispo Loayza debido a una deficiente comunicación intercultural con el personal de salud.

Merleau Ponty (1945) Fenomenología de la percepción, Planeta Agostini

Puga, M.L. (2020). *Diario del dolor* (UNAM).
https://vindictas.unam.mx/sitio/sites/default/files/teasers/adelanto_DiarioDelDolor.pdf

Qhishpi, J. (2020). *Gastritis asociada al uso de metformina en pacientes con diabetes mellitus tipo II.*

Red de Servicios de Salud Cusco Sur. (2023). *Informe estadístico de enfermedades crónicas dentro de la jurisdicción.*

Restrepo, D. (2011). *La salud pública como ciencia social: reflexiones en torno a las posibilidades de una salud pública comprensiva.*

Ruiz, M. V., Scipioni, A. M., & Lentini, D. F. (2008). Fundamentos en humanidades Aprendizaje en la vejez e imaginario social (Vol. 17).

Salaverri (2010) Interculturalidad en salud, Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342010000100013

Siccos, S. (2020). *Opinión de los pacientes con diabetes Mellitus Tipo II, sobre terapia alternativa en el hospital regional del Cusco, 2020.*

Siqueira, D., Dos Santos, M., Zanetti, M., & Ferronato, A. (2007). *Dificultades de los pacientes diabéticos para el control de la enfermedad: sentimiento y comportamientos.* www.eerp.usp.br/rlae

Sociedad Peruana de Endocrinología. (2008). *Guía peruana de diagnóstico, control y tratamiento de diabetes mellitus tipo 2.*

Talcott P. (1951) El sistema social,

<https://teoriasuno.wordpress.com/wpcontent/uploads/2013/08/el-sistema-social-talcott-parsons.pdf>

Taylor, s., & Bogdan, R. (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación.*

Turner V. (1980) La selva de los símbolos, siglo XXI editores

Tolstoi, L. (2003). *La muerte de Ivan Illich.*

Valentim, S. A., Lourenco Haddad, M. D. C., & Rossaneis, M. A. (2015). *Las dificultades experimentadas por el portador de diabetes mellitus residente en distrito rural.*
<https://doi.org/10.5205/reuol.7275-62744-1-SM.0904201518>

Vargas, L. A. (s. f.). ¿Para qué sirven los estudios antropológicos sobre alimentación y nutrición? <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/diariodecampo/article/view/3426>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	CATEGORÍA DE ANÁLISIS	SUBCATEGORÍAS DE ANÁLISIS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN
¿Como son los imaginarios sociales de pacientes con diabetes e hipertensión sobre la enfermedad y su tratamiento convencional y tradicional, en el distrito de Challabamba, 2023?	Interpretar los imaginarios sociales de pacientes con diabetes e hipertensión sobre la enfermedad y su tratamiento convencional y tradicional, en el distrito de Challabamba, 2023.			<p><i>La entrevista</i>, guiada por un conjunto de preguntas y cuestiones básicas a explorar, pero ni la redacción exacta, ni el orden de las preguntas está predeterminado (Valles, 2002 cotidiana (1982).</p> <p><i>*Guía de entrevista semiestructurada</i></p>
¿Qué sentimientos expresan los pacientes con diabetes e hipertensión sobre la enfermedad y su tratamiento convencional y tradicional?	Comprender los sentimientos que expresan los pacientes con diabetes e hipertensión sobre la enfermedad y su tratamiento convencional y tradicional.	Sentimientos	<ul style="list-style-type: none"> - Incertidumbre frente a la enfermedad - El idioma quechua frente a la enfermedad - Angustia frente a la desocupación - Confianza en centros de atención privados - Preocupación por la familia frente a la enfermedad - Sensación actual de soledad - Desconfianza en la atención pública de salud - Preocupación frente al tratamiento convencional 	<p><i>La observación participante</i>, es el método por el cual se establece una relación concreta e intensiva entre el investigador y el hecho social o los actores sociales.</p>
¿Qué pensamientos desarrollan los pacientes con diabetes e hipertensión sobre la enfermedad y su tratamiento convencional y tradicional?	Analizar los pensamientos que desarrollan los pacientes con diabetes e hipertensión sobre la enfermedad y su tratamiento convencional y tradicional.	Pensamientos	<ul style="list-style-type: none"> - Origen de la diabetes e hipertensión - Atención deficiente en centros de salud - Enfermedad crónica cambia el estilo de vida - Síntomas antes del diagnóstico - Consecuencia del tratamiento convencional - Complementariedad entre medicina tradicional y convencional 	

<p>¿Qué significados atribuyen los pacientes con diabetes e hipertensión a la enfermedad y al tratamiento convencional y tradicional?</p>	<p>Interpretar los significados que atribuyen los pacientes con diabetes e hipertensión a la enfermedad y su tratamiento convencional y tradicional.</p>	<p>Significados</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cambio de la dieta como factor estresante - Dios como fuerza y búsqueda de consuelo - Creencias en el examen de sangre 	<p><i>*Ficha de registro de observación</i></p>
<p>¿Qué acciones desarrollan el paciente, familiares y el personal de salud en torno al tratamiento convencional y tradicional de los pacientes con diabetes e hipertensión?</p>	<p>Analizar las acciones que desarrollan los involucrados en entorno al tratamiento convencional y tradicional de los pacientes con diabetes e hipertensión.</p>	<p>Acciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de medicina tradicional en el tratamiento de la enfermedad - Automedicación en el tratamiento de la enfermedad - Evasión de las indicaciones médicas - Dificultad en el proceso de referencias 	<p><i>Historia de Vida</i>, hay historia de vida desde el momento en que un sujeto cuenta a otra persona un episodio cualquiera de su experiencia de vida. En resumen, podemos afirmar que la historia de vida se trata del relato de vida de una persona o de un grupo.</p> <p><i>*Ficha de Historia de vida</i></p>

Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos

GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Proyecto de Investigación: Imaginarios sociales de pacientes con diabetes e hipertensión sobre la enfermedad y su tratamiento convencional y tradicional en el distrito de Challabamba, Cusco 2023.

Dirigido a: Pacientes con diagnóstico de Diabetes e hipertensión del distrito de Challabamba

DATOS GENERALES DEL ENTREVISTADO:

Sexo:

Edad:

Ocupación:

Lugar de la entrevista:

Diagnóstico Médico:

I. SENTIMIENTOS SOBRE LA ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO CONVENCIONAL Y TRADICIONAL

¿Recuerda cuando comenzó a sentirse enfermo? ¿Hace cuánto tiempo? ¿Qué sentía las primeras veces? ¿Qué situación atravesaba?

¿Utilizaste medicina tradicional (plantas medicinales, terapias biológicas, de energía) o medicamentos (tratamiento convencional) o pastillas?

¿Cómo es que logra enterarse de la enfermedad que tiene? ¿Qué profesional le informó?

¿Cómo le han atendido ese día en el centro de salud en el diagnóstico? ¿Qué sintió en ese momento?

¿Cómo asumió la enfermedad y el tratamiento en ese momento? ¿Estuvo acompañada?

¿Cómo le pareció el tratamiento que le indicaron en el centro de salud? ¿Qué dificultades tuvo?

¿Cómo le apoyaron sus familiares cuando se enteró de la enfermedad? ¿Con quienes vivía en ese momento? ¿Presentaron miedo, preocupación?

¿Cómo se siente ahora, en este momento?

¿Qué es lo más difícil a lo que se ha enfrentado por la enfermedad? ¿Los síntomas? ¿Los medicamentos? ¿El apoyo familiar?

II. PENSAMIENTOS SOBRE LA ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO CONVENCIONAL Y TRADICIONAL:

¿Cómo describe la enfermedad de la diabetes/ hipertensión?

¿Cómo es el tratamiento que le dan en el establecimiento de salud? ¿Usted cumple ese tratamiento? ¿En qué consiste?

¿Qué aprendizajes podría extraer del tratamiento de la enfermedad? (experiencia) ¿Qué opinas de ella?

¿Qué consejos ha recibido sobre su tratamiento convencional y tradicional? (familia, comunidad u otros)

¿Qué resultados obtuvo con el tratamiento de la medicina convencional?

¿Qué resultados obtuvo con los tratamientos de medicina tradicional?

¿Cuál de los tratamientos le ha permitido mejorar su salud?

¿Qué habría sucedido si es que no hubiese recibido el tratamiento?

¿Cómo califica al establecimiento de salud? ¿Qué piensa sobre la atención que recibe?

III. SIGNIFICADOS DE LA ENFERMEDAD /TRATAMIENTO CONVENCIONAL Y TRADICIONAL:

¿Por qué crees que las personas se enferman de diabetes/ hipertensión?

¿Por qué crees que estas enfermedades como la diabetes/ hipertensión han aumentado en las comunidades? ¿existía en los tiempos de los abuelos?

¿Qué le parece el tratamiento indicado en el establecimiento de salud? ¿Por qué lo tiene que tomar?

¿Qué opinión tiene sobre la medicina tradicional? (plantas medicinales, terapias biológicas) ¿significa?

¿Hasta ahora cómo las plantas medicinales /terapias biológicas le han ayudado en su enfermedad?

IV. ACCIONES QUE DESARROLLAN EN TRATAMIENTO CONVENCIONAL Y TRADICIONAL:

¿Qué fue lo que hizo cuando se sentía mal o presentaba algunos síntomas? ¿En cuánto tiempo acudió al puesto de salud? Sí existió demora ¿Cuál fue la razón?

¿En qué circunstancias recibió el primer tratamiento por parte del personal de salud? ¿Cómo le ayudaron sus familiares?

¿Cuándo le diagnosticaron la enfermedad qué cambios hizo en su forma de vivir? (alimentación, ejercicio, emociones u actividades económicas)

¿Cada cuánto tiempo hace sus controles en el establecimiento? ¿Qué le dice el personal de salud?

¿Ha visto la posibilidad de ser atendida por un especialista? (endocrinólogo) ¿se realizó algún examen ecográfico o de sangre (laboratorio)?

¿Usted pregunta al personal de salud sobre plantas medicinales? ¿Cómo le orientan sobre el uso de plantas medicinales u otros?

¿Suele usar medicina tradicional? ¿Qué tipo de medicina tradicional? ¿Cómo las ha utilizado?

FICHA DE REGISTRO DE OBSERVACIÓN N°

Proyecto: Investigación sobre Imaginarios sociales de pacientes diabéticos e hipertensos sobre la enfermedad y su tratamiento convencional y tradicional en el distrito de Challabamba, Cusco 2023.

1. Datos de Contexto

Lugar:

Fecha:

Hora de inicio:

2. Episodio que se observa:

***Sentimientos *Acciones *Conocimientos * intramural y extramural**

- ✓ Atención en el establecimiento de salud: Orientación y recomendaciones médicas.
- ✓ Visitas a la comunidad y familia
- ✓ Cuál es el recorrido de los pacientes para lograr la atención
- ✓ ¿Entiende el paciente las recomendaciones?

***Una ficha para cada escena**

Reflexión o análisis de lo observado

Hora de Finalización de la observación:

HISTORIA DE VIDA N° ...

Fecha y hora:

Informante:

1. Fecha y lugar de nacimiento
 2. ¿Como se curaban de enfermedades en su hogar?
 3. ¿Como era la alimentación en su casa?
 4. ¿Dónde se encuentran sus hijos? ¿Se preocupan por su salud? ¿Cómo le ayudan?
 5. ¿Cómo cambio la enfermedad su forma de vivir?
 6. Recibe alguna ayuda del gobierno
- *(3 historias) – En función a las etapas de vida (Adolescente, juventud y adultez, adulto mayor)

Anexo 3: Documentos de acreditación de acceso al campo

Solicitud a la red sur de información del sistema HIS



"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

“CUSCO CAPITAL HISTÓRICA DEL PERÚ”

Oficio N° 026 /2023 - GR CUSCO/ GERESA CUSCO/DERSSCS. DIS. UEST

A : Sr. Palma Brutto | payza

ASUNTO : Remite información solicitada con expediente N° 767

REFERENCIA: Expediente N° 287 de fecha 23 de enero 2023

EECHA: 25/01/2022

Es grato dirigirme a usted con la finalidad de remitir adjunto al presente la información solicitada el documento de la referencia, la misma que se ha extraído de la base de datos de la plataforma del HISMINSA.

La información adjunta al presente contiene lo siguiente:

- La información adjunta al presente contiene lo siguiente:
 - Reporte de casos de diabetes e hipertensión según diagnóstico de los últimos 3 años, (casos nuevos), Folio 3
 - Casos de diabetes e hipertensión que reciben atención en el 2023, (todas las personas con el diagnóstico que reciben atención si considerar si son nuevos o continuadores), Folio 1 y 2.

La información descrita se ha remitido también al correo electrónico consignado en la referencia.

Sin otro particular, es propicia la oportunidad para las muestras de deferencia personal. Atentamente,

A handwritten signature in black ink is overlaid on the official letterhead of the Government of the Region of Cusco. The letterhead includes the name of the region, the date (2007), and the name of the Governor (Luis Arroyo). The signature is written in a cursive style and is positioned above the stamp and the letterhead.

Central Telefónica: 089-274100,
C.5, Accimania - Urb. Picos Orompugio S/N. - Distrito de San Jerónimo.

Permiso para recolectar información en el centro de Salud de Challabamba

SOLICITO: Información de pacientes con
Diabetes mellitus e hipertensión

Jefe del Centro de Salud de Challabamba

Sr. lic. Antonio Guerra Rodríguez

Yo Palmir Butron Loayza de profesión Licenciada en enfermería, DNI 46386530 con domicilio en urb. Garcilaso B-4 del distrito, provincia y departamento del Cusco, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que siendo egresada de la maestría Antropología Social, y realizando una tesis intitulada IMAGINARIOS SOCIALES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN EN EL DISTRITO DE CHALLABAMBA, CUSCO 2023.

Por tal solicito información referente a los pacientes como: número de pacientes, seguimiento, diagnostico, dirección y control ultimo de atención.

Los instrumentos son una entrevista a los pacientes, personal de Salud y familiares del entorno del paciente, las fichas de observación e historias de vida.

Por lo expuesto

Ruego a usted acceder a lo solicitado por ser de justicia.

*Palmir Butron Loayza
46386530*

*Revisado: 29/04/20
Hora: 14:52 P*

Consentimiento informado para el estudio:

Título del Proyecto: Imaginarios sociales de pacientes con diabetes e hipertensión sobre la enfermedad y su tratamiento convencional y tradicional en el distrito de Challabamba, Cusco 2023.

Investigador Principal: Butrón Loayza Palmir

Institución: Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco - Maestría de Antropología Social

Celular: 957436784

Yo, _____
(Nombre y apellidos en MAYÚSCULAS)

Declaro que:

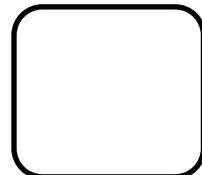
- He leído la hoja de información que me han facilitado.
 - He podido formular las preguntas que he considerado necesarias acerca del estudio.
 - He recibido información adecuada y suficiente por el investigador abajo indicado sobre:
 - Los objetivos del estudio y sus procedimientos.
 - Los beneficios e inconvenientes del proceso.
 - Que mi participación es voluntaria y altruista
 - El procedimiento y la finalidad con que se utilizarán mis datos personales y las garantías de cumplimiento de la legalidad vigente.
 - Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento (sin necesidad de explicar el motivo y sin que ello afecte a mi atención médica) y solicitar la eliminación de mis datos personales.
 - Que tengo derecho de acceso y rectificación a mis datos personales.

CONSENTO EN LA PARTICIPACIÓN EN EL PRESENTE ESTUDIO

(marcar lo que corresponda)

Para dejar constancia de todo ello, firmo a continuación:

Fecha



Firma y DNI.....

Nombre investigador

Firma del investigador.....

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo,

revoco el consentimiento de participación en el proceso, arriba firmado.

Firma y Fecha de la revocación

Fichas de validación de instrumentos basado en juicio de expertos:

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y Nombres del experto: Edgar Quispe Mamani
1.2. Grado Académico : Doctor
1.3. Cargo e institución donde labora: Docente Investigador de la universidad Nacional del Altiplano Puno
1.4. Título de la Investigación : IMAGINARIOS SOCIALES DE PACIENTES CON DIABÉTES E HIPERTENSIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD Y SU TRATAMIENTO CONVENCIONAL Y TRADICIONAL EN CHALLABAMBA, CUSCO 2023
1.5. Nombre del instrumento a validar: Entrevista Semiestructurada
1.6. Autores del instrumento : Butrón Loayza Palmir

INDICADORES	CRITERIOS CUANTITATIVOS	Deficiente 0-2	Regular 3-4	Bueno 5-6	Muy bueno 7-8	Excelente 9-10	TOTAL
1. Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado.					9	
2. Objetividad	Esta expresado en objetos observables.					9	
3. Actualidad	Adecuado al alcance de la ciencia y tecnología.				7		
4. Organización	Existe una organización lógica.					9	
5. Suficiencia	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					9	
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar aspectos del estudio.				7		
7. Consistencia	Basada en aspectos teóricos científicos y del tema de estudio.				7		
8. Coherencia	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					9	
9. Metodología	La estrategia responde al propósito del estudio.					9	
10. Conveniencia	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.				7		
TOTAL					28	54	82

VALORACIÓN CUANTITATIVA: 82

OPINION DE APLICABILIDAD: Es aplicable tal como está elaborado

Lugar y Fecha: Puno 10 de mayo 2023



Firma del Experto

DNI: 01332727 Celular: 995454545

I. DATOS GENERALES

1.1. Apellidos y Nombres del experto:

1.2. Grado Académico :

1.3. Cargo e institución donde labora:

1.4. Título de la Investigación : IMAGINARIOS SOCIALES DE PACIENTES CON DIABÉTES E HIPERTENSIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD Y SU TRATAMIENTO CONVENCIONAL Y TRADICIONAL EN CHALLABAMBA, CUSCO 2023

1.5. Nombre del instrumento a validar: Entrevista Semiestructurada dirigido a pacientes con diabetes/ hipertensión,

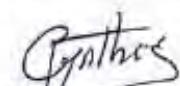
1.6. Autores del instrumento : Butrón Loayza Palmir

INDICADORES	CRITERIOS CUANTITATIVOS	Deficiente 0-2	Regular 3-4	Bueno 5-6	Muy bueno 7-8	Excelente 9-10	TOTAL
1. Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado.			5			
2. Objetividad	Esta expresado en objetos observables.				7		
3. Actualidad	Adecuado al alcance de la ciencia y tecnología.			5			
4. Organización	Existe una organización lógica.			5			
5. Suficiencia	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.				7		
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar aspectos del estudio.				7		
7. Consistencia	Basada en aspectos teóricos científicos y del tema de estudio.			5			
8. Coherencia	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.			5			
9. Metodología	La estrategia responde al propósito del estudio.			5			
10. Conveniencia	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.			6			
TOTAL							

VALORACIÓN CUANTITATIVA: 56

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Es aplicable,留着 algunas observaciones

Lugar y Fecha: Cusco - Essalud 05 de junio 2023


 Ms. Cynthia Cruz Flores
 CEP: 43012
 CENTRO MÉDICO METROPOLITANO
 Essalud

 Firma del Experto
 DNI: 40431623

Celular: 984629968

Informe final del comité de Bioética de la UNSAAC



Comité de Bioética Institucional y Sub Comités de Bioética de la UNSAAC

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

Cusco, 18 de Setiembre del 2023

Oficio virtual N° 011-2023-CBI-UNSAAC

Sr. PALMIR BUTRON LOAYZA

ASUNTO : Informe final sobre aspectos bioéticos del proyecto de investigación.

Ref. : **Exp. 528731**

De mi mayor consideración:

Previo un cordial y atento saludo, el presente es para remitir a usted el informe con código **CBI-UNSAAC2023-011** de la revisión final a los aspectos bioéticos al trabajo de investigación "Imaginarios sociales de pacientes con diabetes e hipertensión sobre la enfermedad y su tratamiento convencional y tradicional en Challabamba, Cusco 2023".

En la revisión del trabajo de investigación han participado los miembros del comité central del CBI- UNSAAC y los miembros del Sub comité de bioética en estudios de investigación e intervención en el medio ambiente y los ecosistemas naturales y sociales.

A su vez, hacer de su conocimiento que una vez concluida la ejecución del trabajo de investigación antes indicado, debe de remitir al CBI-UNSAAC una copia del informe final y/o publicación.

Sin otro particular, uso de la ocasión para expresar las consideraciones de nuestra estima personal.

Atentamente,

Fdo. Dra. Tatiana Del Castillo de Loayza.
Presidente del Comité de Bioética Institucional de la UNSAAC
comite.bioetica@unsaac.edu.pe

C.C.VRIN
/Archivo
/TDCI

Anexo 4: Evidencias del trabajo de campo



IMAGEN 1: Centro Poblado Parobamba



IMAGEN 2: Comunidad de Saway



IMAGEN 3: Vista Panorámica de Challabamba y el centro de salud

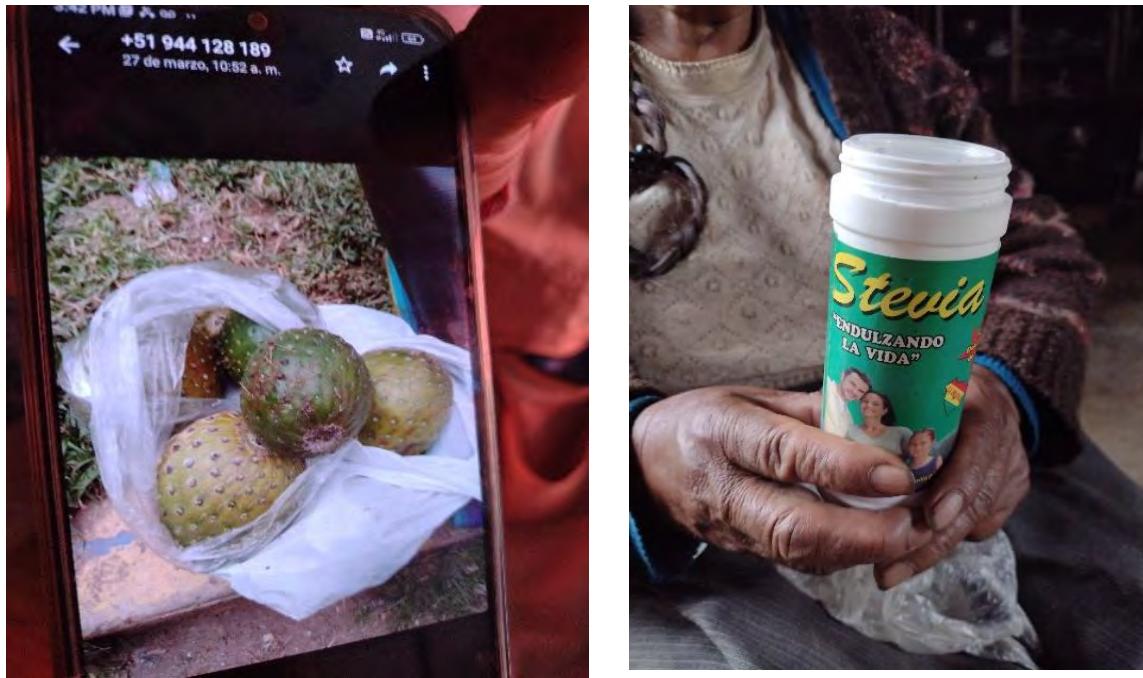


IMAGEN 4 y 5: Imagen del “Sanki” usada por un Paciente, mientras al lado derecho el uso de la Stevia procesada, comprada por otra paciente.



IMAGEN 6: Diversas plantas usadas por la paciente, en el lado derecho el polo-polo, usada para la diabetes.



IMAGEN 7: Tratamiento artesanal en base a las hojas de las habas y col.



IMAGEN 8: Uso de productos naturistas, algunos informantes compran en las ferias que se hacen en el mismo Challabamba, en otros casos es enviado por sus familiares.



IMAGEN 9: Paciente con diabetes de la comunidad de Callanga (comunidad más lejana de Challabamba), aprovechando el día domingo de feria se compra medicamentos como la metformina y un complejo alimenticio.



IMAGEN 10: Atención integral en la comunidad de Saway, puesto de Salud de Parobamba



IMAGEN 11 y 12: Entrevista e historia de vida en el distrito de Challabamba y la comunidad de Bombón



IMAGEN 13 y 14: Entrevista y observación al personal de salud P.S. Parobamba

PRESUPUESTO

RUBROS	PARCIAL	TOTAL
A. RECURSOS HUMANOS <ul style="list-style-type: none"> • Tutoría y asesoría del trabajo de investigación • Procesamiento en software cualitativo 	S/. 3500 S/. 600	S/. 4100.0
B. BIENES <ul style="list-style-type: none"> • Material de escritorio..... • lapiceros..... • papel boom..... • USB..... • Tinta para impresora..... • Libro de Investigación Cualita..... • Almohadilla para impresor..... 	S/. 120.0 S/. 10.0 S/. 50.0 S/. 45.0 S/. 85.0 S/. 63.0 S/. 80.0	S/. 453.0
C. SERVICIOS <ul style="list-style-type: none"> • Tramites Institucionales..... • Movilidad..... • Viáticos..... • Tipeos e impresiones..... • Fotocopias..... • Revisión ortográfica..... • Empastado..... • Llamadas a celular..... • Internet..... 	S/. 1300.0 S/. 240.0 S/. 450.0 S/. 40.0 S/. 60.0 S/. 100.0 S/. 250.0 S/. 80.0 S/. 40.0	S/. 2560.0
TOTAL		S/. 7113.00