



UNIVERSIDAD FASTA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
LIC. EN NUTRICION

2021

***TRAYECTORIA DE LA ENFERMEDAD,
INGESTA ALIMENTARIA Y PRACTICAS DE
PREVENCION DEL PACIENTE DIABETICO
TIPO 2***



**TESIS DE LICENCIATURA
MARIA EUGENIA ERRASTI**

TUTORA: LIC. NATALIA SORDINI

*“Vive como si fueras a morir mañana. Aprende
como si fueras a vivir siempre”*

Mahatma Gandhi

A mis papás, por su apoyo incondicional y ser los pilares fundamentales en mi vida.

A mis papás y mi hermano, por apoyarme y estar siempre a mi lado. Las personas más importantes en mi vida, quienes estuvieron siempre dándome apoyo y la confianza para cumplir mis objetivos.

A mi sobrino, por trasmitirme tanta alegría y amor.

Al resto de mi familia, tíos y primos, por su apoyo y alegría en cada paso que di.

A mis amigas, Rochu, Mica y Luli, mis compañeras de facultad, con las cuales soñé muchas veces este momento y con quienes compartí inolvidables horas de libros, risas y el infaltable mate.

A mi novio, Mauro, por su amor, paciencia y apoyo en todo momento.

A mi tutora, Natalia Sordini, por su buena predisposición durante todo mi trabajo de investigación.

A la Universidad Fasta y sus profesores, que me formaron como una futura profesional de salud.

Existen saberes, formas de prevención de los problemas de salud que no se describen en el modelo biomédico y que, sin embargo, son utilizados con mucha frecuencia por la población a los fines de prevenir, aliviar y/o curar los mismos. Reconocer esta diversidad es, rescatar y hacer visible una modalidad de abordaje de los problemas de salud y de las formas de atención biomédicas y alternativas que se articulan en el proceso de prácticas de prevención. Estas prácticas se organizan en la trayectoria de la enfermedad, este concepto muestra también el papel que tiene un actor social en la elección de estrategias para enfrentar los problemas de salud y la toma de decisiones respecto a su salud y tratamientos.

Objetivo: Determinar la trayectoria de la enfermedad, ingesta alimentaria y prácticas de prevención que realiza el paciente diabético 2 de 40 a 80 años, que reside en la ciudad de Mar del Plata en el año 2020.

Materiales y métodos: La investigación es cuantitativa, el tipo de estudio es descriptivo y el diseño es no experimental, transversal. Con una muestra conformada por 30 pacientes con diabetes tipo 2 entre 40 y 80 años. Cada paciente completó una encuesta para indagar características sociodemográficas, ingesta alimentaria, y prácticas de prevención.

Resultados: Respecto a la trayectoria de la enfermedad el 53,3% de los pacientes tuvieron síntomas que los alertaron antes del diagnóstico de la enfermedad fueron más frecuentes la sed excesiva y las ganas de orinar más de lo normal, el 26,7 consultó con algún conocido y tomó algún consejo sugerido por ellos; y el 60% refirió haber consultado a más de 1 profesional. En lo que respecta a las prácticas de prevención, en promedio solo el 21,6% consume vegetales todos los días y solo 18,3 consume frutas al menos 3.4 veces/ semana. En promedio solo el 5,8% consumo lácteos y derivados descremados 3-4 veces a la semana; en cuanto a la actividad física la mayoría de los encuestados no cumple con las recomendaciones sugeridas por ADA para el tratamiento de su enfermedad, ya que solo el 20% realiza actividad física de moderada intensidad al menos 2-3 veces a la semana. Y referente a la automedicación, los encuestados admitieron consumir herbolaria como tratamiento alternativo.

Conclusiones: Indagar sobre estas prácticas de autoatención fue relevante, ya que cuando los pacientes fueron diagnosticados ya habían efectuado acciones para mitigar los síntomas. Aunque los pacientes reciben atención biomédica en las instituciones de salud, establecen una serie de prácticas de prevención a la diabetes que

son dinámicas, se transforman, se sintetizan con otras prácticas, se modifican parcialmente o desaparecen en el transcurso de la trayectoria de la enfermedad. Estas medidas para enfrentar la enfermedad se caracterizan por la búsqueda incesante de soluciones a su padecer.

Palabras claves: prácticas de prevención, trayectoria de la enfermedad, automedicación, diabetes mellitus

There is knowledge, forms of prevention of health problems that are not described in the biomedical model and that, however, are used very frequently by the population in order to prevent, alleviate and / or cure them. Recognizing this diversity is, rescuing and making visible a modality of approach to health problems and the forms of biomedical and alternative care that are articulated in the process of prevention practices. These practices are organized in the trajectory of the disease, this concept shows the role that a social actor has in choosing strategies to face health problems and making decisions regarding their health and treatments

Objective: Determine the trajectory of the disease, food intake and prevention practices carried out by diabetic patient 2 between 40 and 80 years of age, living in the city of Mar del Plata in 2020.

Materials and methods: The research is quantitative, the type of study is descriptive and the design is non-experimental, cross-sectional. With a sample made up of 30 patients with type 2 diabetes between 40 and 80 years old. Each patient completed a survey to inquire about sociodemographic characteristics, food intake, and self-care practices.

Results: Regarding the trajectory of the disease, 53.3% of the patients had symptoms that alerted them before the diagnosis of the disease, excessive thirst and the desire to urinate more than normal were more frequent, 26.7 consulted with someone they knew and I take some advice suggested by them; and 60% reported having consulted more than 1 professional. With regard to prevention practices, on average only 21.6% consume vegetables every day and only 18.3% consume fruits at least 3.4 times / week. On average, only 5.8% consume dairy products and skim products 3-4 times a week; Regarding physical activity, most of those surveyed do not comply with the recommendations suggested by the ADA for the treatment of their disease, since only 20% perform moderate-intensity physical activity at least 2-3 times a week. And regarding self-medication, respondents admitted consuming herbal medicine as an alternative treatment.

Conclusions: Inquiring about these self-care practices was relevant, since when the patients were diagnosed they had already taken actions to mitigate the symptoms. Although patients receive biomedical care in health institutions, they establish a series of self-care practices for diabetes that are dynamic, transformed, synthesized with other practices, partially modified, or disappear during the course of the disease. These

measures to face the disease are characterized by the incessant search for solutions to their suffering.

Key words: preventive practices, disease trajectory, self-medication, diabetes mellitus

Introducción	2
Capítulo I	
Trayectoria de la enfermedad, ingesta alimentaria y prácticas preventivas.....	7
Capitulo II	
La diabetes tipo 2.....	18
Diseño Metodológico.....	34
Análisis de datos.....	51
Conclusiones.....	75
Bibliografía.....	79

INTRODUCCION

Actualmente, la Diabetes Mellitus se considera una de las enfermedades crónicas más comunes en el mundo, una de las principales causas de mortalidad en los países desarrollados, y un fenómeno epidemiológico que avanza a pasos agigantados (López Ramón y Ávalos García, 2013). Se calcula que su prevalencia es del 9%, con más de 347 millones de personas con esta patología en todo el mundo, siendo una de las principales causas de enfermedad y muerte prematura en la mayoría de los países. En 2012 fallecieron 1,5 millones de personas en el mundo como consecuencia de esta enfermedad y, según estas proyecciones, la diabetes será la séptima causa de muerte en 2030 (Organización Mundial de la Salud, 2015).

La diabetes tiene una repercusión directa en la calidad de vida de los pacientes, ya que es una enfermedad discapacitante provocada a diferentes niveles del organismo. Además, está asociada a otros problemas de salud como son la hipertensión, enfermedades cardiovasculares y obesidad, que está presente en la mayoría de los pacientes y es la principal causa de muchas de sus complicaciones (Vázquez, Gómez y Fernández, 2006). Las políticas públicas recomiendan la identificación a tiempo de los factores de riesgo para esta enfermedad, y de esta manera realizar intervenciones que puedan retardar o impedir la aparición de la Diabetes Mellitus y sus complicaciones; y de esta manera reducir los gastos en Salud Pública (Lima , Araújo , Freitas, Zanetti , Almeida y Damascen, 2014).

Las prácticas de autoatención, que llamaremos para el presente trabajo prácticas preventivas que implementa el paciente diabético, constituyen unas de las actividades básicas del proceso salud- enfermedad- atención desarrollada por la población, de tal manera que implican decidir la auto prescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma (Menéndez, 2003).

Menéndez (2003)¹ define a la autoatención, prácticas preventivas, como: “las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención” (p. 192).

El proceso de autoatención, prácticas preventivas, es una construcción individual y social mediante la cual la persona elabora su padecimiento, y ésta condiciona los tipos de ayuda a buscar. La percepción de este complejo proceso es

¹ Licenciado Eduardo L. Menéndez. Maestro en Salud Pública. Licenciado en Ciencias Antropológicas, Profesor e Investigador del Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social (CESAS) México.

personal y subjetiva, y no puede entenderse fuera de su marco cultural, considerando que los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas elaboran lo que cada uno entiende y vive como el proceso salud-enfermedad. Cada sociedad, y cada grupo familiar resuelven cotidianamente cómo cuidar la salud y cómo recuperarla. La representación social que el paciente tenga de su problema determinará qué acciones y procedimientos realizará en base a las representaciones socioculturales (Hausberger, Pereyra y Sacchi, 2007).

Existen diversas formas de atención de los padecimientos más allá de los establecidos por la biomedicina², que la población utilizan para detectar, diagnosticar, tratar y rehabilitarse de los sufrimientos, dolencias, o enfermedades. Estas formas de atención están determinadas por las condiciones religiosas, económicas, tecnológicas y políticas de dicha población, en general antagónicas con la atención biomédica, donde reconoce los siguientes modelos de atención: biomédicos, popular o tradicional, alternativos o populares, de otras tradiciones médicas, centradas en la autoayuda, entre otras. Se plantea de esta manera un pluralismo médico³ que domina a las sociedades actuales y que es ignorada o no tomada en cuenta por parte de la biomedicina (Menéndez, 2009).

El hogar es el espacio por excelencia para realizar autoatención, prácticas de prevención, ahí se realiza el diagnóstico de la enfermedad, la gravedad y la evolución de los síntomas de algunos de sus integrantes, la selección, prescripción y administración de medicamentos o terapias, esto es parte de la carrera del enfermo, que en el presente trabajo lo llamaremos trayectoria de la enfermedad, en su fase inicial. Es donde se decide la demanda de atención, inicio de la consulta, continuar con el curador considerado más adecuado, dependiendo de los recursos económicos y culturales, y de la infraestructura del servicio. A través de los conjuntos sociales se logra observar las diferentes formas de atención que usa cada grupo. En el caso que se partiera de cada curador, lo frecuente sería la ignorancia o exclusión de otras formas de este tipo de actividades (Menéndez, 1997)

Durante la carrera del enfermo, trayectoria de la enfermedad, los sujetos demandan inicialmente un tipo de atención en función del diagnóstico que manejan, la accesibilidad física y económica dependiendo su contexto de vida, pero si la atención

² La biomedicina también es conocida como medicina científica, occidental, académica o alopática; explica la enfermedad haciendo mayor énfasis en los procesos biológicos (Menéndez, 1988)

³ Las sociedades utilizan diferentes tipos de saberes y formas de atención para un mismo problema de salud (Menéndez, 2009).

no resulta como esperan, la reemplazan por la atención de otro tipo de curador, implicando este cambio una transformación en el diagnóstico y tratamiento, y esta decisión, al igual de lo que ocurre luego de la consulta también son parte del proceso de autoatención, prácticas prevención (Menéndez y Ramírez, 1980). Lo que se llama carrera del enfermo, trayectoria de la enfermedad, es el recorrido y la dinámica que se da en una persona o un grupo para aliviar su enfermedad. En este recorrido las personas se relacionan entre sí con los diferentes saberes que se encuentran en la sociedad. Por eso, la autoatención, prácticas de prevención, es un proceso y debe ser analizada como tal. No es un evento sino el producto de múltiples determinaciones socioculturales. Es la primera intervención que se implementa para detectar y diagnosticar un padecimiento (Aguirre, 2006).

La autoatención, prácticas preventivas, en diabetes incluye diversas acciones para enfrentar el padecimiento, entre las que se encuentran ingestión de diversas sustancias, fármacos y plantas medicinales, así como el seguimiento de dietas, medidas higiénicas y la realización de ejercicio. Las primeras acciones para enfrentar el padecimiento se establecen a partir de la cultura o el conocimiento particular acerca de la salud y las relaciones con personas a quienes se solicita consejo y referencia. Existe una cultura del diabético que se contrapone a la cultura del médico, lo que condiciona el tratamiento de la diabetes. Como esta enfermedad es atribuida a factores emocionales, para los enfermos parece estar fuera de control, de este modo aun teniendo una disponibilidad de recursos profesionales, los enfermos reciben algún consejo o tratamiento antes o durante el tratamiento médico, además de realizar las prácticas de autocuidado propuestas por el sector de salud de acuerdo con las condiciones socioculturales y económicas en las que viven, resaltando la automedicación con plantas medicinales que es uno de los elementos centrales (Arganis, 2005).

De esta forma, para la identificación y descripción de las formas de atención, se debe iniciar a través de lo que hacen y usan los pacientes y grupos sociales para atender sus padecimientos, y no a partir de los médicos. Dicho de otra forma, se inicia la descripción a través de los pacientes y grupos sociales, especialmente de la carrera del enfermo, trayectoria de la enfermedad, se pueden identificar la mayoría de las formas de atención que intervienen en un determinado contexto (Menéndez, 2003), donde se pueden reconocer las representaciones de la enfermedad, prácticas realizadas, los resultados obtenidos, los cambios de diagnósticos que se presentaron a lo largo de la trayectoria, su manejo y evolución. De esta manera, se trata de ver lo que realmente se hizo ante la enfermedad y sus consecuencias, en la búsqueda de la

solución en un contexto de limitaciones sociales y económicas (Mendoza González, 2013).

PROBLEMA

¿Cuál es la trayectoria de la enfermedad, ingesta alimentaria y prácticas de prevención que realiza el paciente diabético 2 de 40 a 80 años, que residen en la ciudad de Mar del Plata en el año 2020?

OBJETIVO GENERAL

Determinar la trayectoria de la enfermedad, ingesta alimentaria y prácticas de prevención que realiza el paciente diabético 2 de 40 a 80 años, que residen en la ciudad de Mar del Plata en el año 2020.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Examinar síntomas que los sujetos identificaron previos al diagnóstico de la enfermedad.
- Indagar los actores sociales consultados por el paciente
- Analizar la ingesta alimentaria y frecuencia de consumo.
- Evaluar prácticas preventivas que realiza el paciente
- Sondear las características sociodemográficas de la población como edad, sexo y antigüedad de la enfermedad.

CAPITULO 1

***"TRAYECTORIA DE LA
ENFERMEDAD, INGESTA
ALIMENTARIA Y PRACTICAS
PREVENTIVAS***

La salud pública⁴ se construye a partir de la medicina; si bien lo hace a partir del reconocimiento de la enfermedad/atención /prevención como procesos económico-sociales, lo hace en términos de saber y de organización técnica a partir de las ciencias médicas, es decir no solo no social, también no histórica (Menéndez, 2008). Tiene una mirada de la población como objeto a ser intervenido por parte de la norma funcional y la ciencia positiva, mientras que la Salud pública alternativa, o también llamada salud colectiva requiere observar como los sujetos individuales y colectivos crean o generan su salud en la vida diaria y al mismo tiempo constituyen instituciones para apoyar la promoción de la salud, prevenir y atender enfermo. La Salud colectiva aborda la salud-enfermedad de las personas a partir de una óptica histórica. Los considera en grupos sociales, y cómo son determinados por las formas particulares de inserción social de sus miembros, es decir, según su participación en procesos de producción y reproducción social. Estos procesos determinarán el acceso al trabajo y el camino que tome sus vidas, manifestadas de modos específicos, lo que se traduce en grupos con especificidades en el trabajo y en la vida con consecuencias en el proceso salud-enfermedad. Por lo tanto, para la Salud colectiva, la definición del “colectivo” es más amplia que la referida a conjuntos masificados de personas (Granda, 2004). País y Almeida (2000) la definen como un “Conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas desarrolladas en el ámbito académico, de las instituciones de salud, en las organizaciones de la sociedad civil y en los institutos de investigación informados por distintas corrientes de pensamiento resultante de la adhesión o crítica a los diversos proyectos de reforma en salud” (p32).

La Salud colectiva no se limita al conocimiento técnico, sino que también intenta conocer de qué forma y cómo se enferman los sujetos, en hogares concretos, donde establecen relaciones sociales y donde se concretiza la vida y el trabajo. Es decir, se trata de comprender el proceso salud- enfermedad en su vida cotidiana, trascendiendo para

⁴ Menéndez (2008) la define como una ciencia, un conjunto de disciplinas, como un sector político-técnico del estado y fenómeno social que parte de la sociedad civil maneja. Desde este enfoque, la salud pública utiliza un saber científico y preferentemente técnico según sus posibilidades y orientaciones, y según las condiciones económico- políticas dominantes. De esta forma, es en la práctica del sector salud y no en el deber ser teórico de una disciplina donde se localiza a la salud pública.

comprender las relaciones entre sus integrantes, incluyendo relaciones de poder, de afectividad, de competencia y de vínculo (Bertolozzi y De La Torre Ugarte Guanilo,2012)⁵.

Schraiber, (1990)⁶ afirma que la salud colectiva es una práctica social y un campo de conocimientos. En cuanto a práctica se refiere a proceso de trabajo, ya que está constituida por componentes básicos tales como objeto, instrumentos, medios, actividades y relaciones sociales. Esto es particularmente importante, puesto que los objetos de las investigaciones surgen de las prácticas sociales, ya que son las necesidades de salud de los grupos sociales y no solos los problemas de salud, que se limitan a riesgos, agravios, enfermedades y muerte (citado por Bertolozzi y De La Torre Ugarte Guanili, 2012).

Comprender la construcción del concepto salud-enfermedad- atención no es posible fuera de su marco cultural, ya que los valores, representaciones y expectativas de las personas configuran lo que cada uno entiende y vive como el proceso salud-enfermedad. Cada sociedad, y cada grupo familiar resuelve cotidianamente cómo cuidar la salud y cómo recuperarla cuando se ha deteriorado, siendo éste un proceso dinámico no sólo desde la propia experiencia personal sino también en relación al contexto que la determina (Sacchi, Hausberger y Pereyra, 2007).

Kornblit y Mendes Diz, (2000) afirman que la enfermedad incluye distintos aspectos; no se limita de forma exclusiva al hecho de estar enfermo por sufrir algún tipo de alteración. La percepción de estar enfermo no solo pasa por identificar el problema, sino también por la posibilidad de estar enfermo, este aspecto depende fundamentalmente los roles sociales que desempeñe el sujeto, así como del lugar que ocupe la salud en su vida cotidiana (citado en Sacchi, Hausberger y Pereyra, 2007).

⁵ Bertolozzi; Licenciada en Enfermería y Obstetricia de la Universidad de São Paulo, Máster en Salud Pública de la Universidad de São Paulo y Doctora en Salud Pública por la Universidad de São Paulo. Profesor Doctor de la Universidad de São Paulo. Profesora Asociada del Departamento de Enfermería en Salud Colectiva EEUSP.

De La Torre Ugarte Guanil; Licenciada en Enfermería y Obstetricia de la Universidad de São Paulo, Especialista en Salud colectiva con enfoque en el programa Salud Familiar de la Universidad de São Paulo, Máster en Enfermería de la Universidad de São Paulo y Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad de São Paulo.

⁶ Licenciada en Medicina (1972) por la Universidad de São Paulo (USP), Máster, Medicina Preventiva de la USP y especializaciones en Salud Pública (1977), miembro del Comité Asesor sobre Salud y Nutrición Colectiva (CA-SN) desde 2018.

La representación social que el paciente tenga de su problema determinará qué acciones realizará, ya que están socioculturalmente condicionadas por diferentes factores, como lo son la responsabilidad o el rol familiar que la persona desempeñe, así como las prioridades cotidianas y las actividades que realice harán que lo perciba de modo diferente en cada caso (López, Findling y Abramzón, 2006). Sin embargo, estos factores son poco considerados a la hora de intervenir desde el sistema de salud, dado que no siempre son visualizados por el profesional. Generalmente, antes que las personas realicen las consultas en el servicio de salud, probablemente haya realizado algún tipo de acción para su salud, estas acciones son las denominadas prácticas de autoatención, prácticas de prevención. (Menéndez, 2004).

La autoatención, prácticas de prevención, constituye una de las actividades básicas del proceso salud- enfermedad- atención desarrollada por la población, de tal manera que la autoatención, practicas preventivas, implica decidir la auto prescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma. Constituye una actividad constante e intermitente desarrollada a partir de las propias personas y grupos de forma autónoma o con alguna referencia secundaria de otras formas de atención, esta actividad es casi siempre la primera que el grupo de personas realiza respecto a las enfermedades que padecen, y no incluye inicialmente ningún curador profesional, ya que los a los primeros que realizan consultas son miembros familiares, vecinos, compañeros de trabajo, etc. (Menéndez, 2003)

Menéndez (2003) define la autoatención, practicas de prevención, como: “las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de prácticas preventivas, autoatención” (p. 192).

Al respecto, Gómez López y Hernández (2000) refieren que la autoatención, prácticas preventivas, es una construcción individual y social mediante la cual la persona elabora su padecimiento, y ésta condiciona los tipos de ayuda a buscar. La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva, y no puede entenderse fuera de su marco cultural, considerando que los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas elaboran lo que cada uno entiende y vive como el proceso salud-enfermedad. Cada sociedad, y cada grupo familiar resuelven cotidianamente cómo cuidar la salud y cómo recuperarla. La representación social que el paciente tenga de su problema

determinará qué acciones y procedimientos realizará en base a las representaciones socioculturales (citado en Hausberger, Pereyra y Sacchi, 2007).

La autoatención, prácticas preventivas, responden a la propia percepción del problema, y tiene que ver con su visión personal acerca de lo que es estar sano o enfermo. Este recorrido previo a la demanda de salud, no sólo no es tomado en cuenta por el personal de salud, sino que en muchas ocasiones la mirada del paciente acerca de su problema, se relativiza como dato a considerar. Sin embargo, a pesar de la importancia que pueda significar para el paciente el diagnóstico y la propuesta de tratamiento sobre su enfermedad, ésta es también mediatizada por su propia concepción y representación de lo que le puede estar pasando. Esa persona, de vuelta en su casa y en su medio, tomará o dejará las prescripciones dadas por el profesional, de acuerdo a sus posibilidades de cumplimiento, pero también según su propia interpretación de lo que tiene que hacer (Sacchi, Hausberger y Pereyra, 2007)

La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva, no puede comprenderse fuera de un contexto de creencias, valores y comportamientos sociocultural de cada persona, por lo tanto, es necesario considerar a la salud o la enfermedad no solo como hechos del mundo de la naturaleza sino también como hechos del campo de las relaciones sociales que implican valoraciones subjetivas (Sonaja, 2004)⁷.

Si el sector de salud quiere conocer el sistema real de atención que los sujetos y conjuntos sociales utilizan, deben identificar, describir y analizar las diferentes formas y saberes que manejan respecto a los padeceres que reconocen. Este es el punto de partida para establecer la existencia de estos saberes y formas de atención que no solo reconocen, sino que usan. Las características económicas, la existencia de enfermedades crónicas, conducen a la búsqueda y frecuente creación o resignificación de las formas de atención. Los grupos sociales constituyen el agente que no solo usa los diferentes saberes y formas de atención, sino que los reconstituye y organiza en términos de

⁷Epistemólogo argentino con importantes aportes en los ámbitos de Filosofía de la Ciencia, Metodología de la Investigación, Ciencias Cognitivas y, uno de los primeros en intentar una epistemología sistemática sobre las Ciencias de la Salud. Profesor en Filosofía y Licenciado en Sociología por la Universidad Nacional de Buenos Aires, se doctoró en 1997 en la Escuela Nacional de Salud Pública de la Fundación Osvaldo Cruz, Ministerio de Salud Pública de Brasil (Videla,2015)

autoatención, prácticas de prevención, esta constituye no solo la forma más constante y frecuente de atención sino la practica principal (Menéndez 2003).

Las personas utilizan con frecuencia una combinación de recursos terapéuticos de diversos sistemas médicos, estas prácticas de atención que se organizan en la llamada, carrera del enfermo⁸, trayectoria de la enfermedad ,(Menéndez y Ramírez, 1980), durante este recorrido los sujetos demandan de forma inicial un tipo de atención en función al diagnóstico que manejan y, factores como accesibilidad física y económica a las diferentes formas de atención que se encuentran en su contexto de vida. En caso que la primera atención no resulta eficaz la reemplazan por la atención de otro tipo de curador, lo que implica un cambio en el diagnóstico y tratamiento, y esta decisión al igual que ocurre luego de la consulta también son parte de las prácticas de prevención, autoatención (Menéndez, 2003)

Al respecto, Menéndez (2003) indica que la carrera del enfermo, trayectoria de la enfermedad, resalta el papel activo que tiene un actor social en la elección de una serie de estrategias para enfrentar un problema de salud, ya sea acudir a algún sistema médico o realizar medidas de autoatención, prácticas de prevención, tales como medidas higiénicas seguimiento de determinadas dietas, automedicación con fármacos, plantas medicinales, tratamientos rituales o incluso no hacer algo. Lo que se carrera del enfermo, trayectoria de la enfermedad, es el recorrido y la dinámica que se da en una persona o un grupo para aliviar su enfermedad. En este recorrido, las personas se relacionan entre sí con los diferentes saberes que se encuentran en la sociedad. Por eso, las prácticas de autoatención, prácticas de prevención, es un proceso y debe ser analizada como tal. No es un evento sino el producto de múltiples determinaciones socioculturales. Es la primera intervención que se implementa para detectar y diagnosticar un padecimiento (citado en Aguirre, 2006)⁹. Permite observar la secuencia de las medidas realizadas y sus resultados, los cambios diagnósticos o las complicaciones que se presentaron. De esta manera, se trata de ver en la carrera realizada lo que realmente se hace ante la

⁸ El concepto de “carrera” aplicado a los procesos de salud-enfermedad atención fue propuesto por Erving Goffman (1970)., quien la define como “cualquier trayectoria social recorrida en el curso de su vida” El carácter interaccional de la carrera permite complejizar su uso, el autor describe cómo a través de una serie de etapas escalonadas observamos la transición de persona a paciente (Mendeoza González, 2013)

⁹ Psicólogo. Instituto Universitario del Gran Rosario, Rosario, Argentina.

enfermedad y sus consecuencias en la evolución y curación de los padecimientos (Mendoza González, 2013).

Se puede analizar la autoatención, practicas preventivas, en la diabetes a partir de los conceptos de Modelos Médicos de atención en procesos de salud/enfermedad, estos se definen como formas de entender un conglomerado de conocimientos, los cuales se articulan ya que comparten lógicas, representaciones, nociones, ideologías y prácticas. Están representados en actores y escenarios sociales. Los modelos serán consecuencia de procesos en el contexto histórico, político económico e ideológico; haciendo de estos procesos una red compleja de significaciones a nivel local, regional, nacional e internacional. Es así como en algunas ocasiones se tendrán similitudes y/o divergencias (Paredes Marín, 2006), entre los cuales se plantea a la biomedicina como Modelo Medico Hegemónico¹⁰ (MMH), ya que el conjunto de saberes generados por el desarrollo de la medicina científica ha ido incorporando a su hegemonía a los otros saberes, declarándose la única forma correcta de diagnosticar, explicar, atender y solucionar los problemas de la enfermedad; ejerce funciones de cura y control y tiende a una subordinación técnica e ideológica de otros saberes y practicas curativas (Menéndez, 1994)

Dentro del Modelo Médico Alternativo Subordinado¹¹ se incluyen otras prácticas se atención que, si bien provienen de diversas fuentes, se han integrado como sistemas de saberes para enfrentar las diferentes enfermedades. (Menéndez, 1984). Menéndez (1990) afirma que en este Modelo se incluyen todas aquellas prácticas denominadas tradicionales, las cuales reconoce que son influencias del pasado, pero también son derivaciones o emergentes del MMH. Además, también se encuentran prácticas médicas de alto nivel de complejidad desarrolladas al margen del sistema médico occidental, como

¹⁰ Conjunto de prácticas, saberes y teorías producidos por el desarrollo de la medicina científica, la cual desde fines del siglo XVIII ha ido establecido como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta ese momento dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr que se identifique como la única forma de atender la enfermedad por el criterios científico (Menéndez ,1988).

¹¹ En este modelo se integran las prácticas reconocidas generalmente como tradicionales. Esta clasificación no solo implica una suerte de pasado con valores, sino que clausura toda la serie de prácticas que se van constituyendo como dominantes pero que no solo no proceden del pasado, sino que en gran medida son derivadas o emergentes del modelo medico hegemónico (MMH), y sintetizan y transforman también a las llamadas prácticas tradicionales (Menendez, 1992)

lo es la medicina ayurvedica¹² o la acupuntura y herbolaria china. También se encuentran los curanderos con todas sus derivaciones, prácticas espiritistas y otras derivadas del MMH. Estos representan una alternativa u opción al uso de la medicina institucional, los que el MMH subordina desde lo ideológico y la práctica (citado en Paredes Marin, 2006)

Por otro lado, tenemos el Modelo de autoatención, que se refiere a las acciones que se realizan ante un padecimiento o una enfermedad; éstas son llevadas a cabo por la propia persona o por personas de su entorno, y en ellas no actúa directamente el curador profesional. Estas acciones integran alimentación, limpieza e higiene, curación y prevención de las enfermedades; dentro de estas formas se incluye la automedicación, que comprende el diagnóstico, la selección y prescripción de un tratamiento y la administración del mismo, que puede referir a sustancias o acciones físicas, incluidos los medicamentos utilizados por la biomedicina (Menéndez, 2010)

La autoatención como modelo es estructural a toda sociedad, supone el primer nivel real de atención, y su estructuralidad se basa en las funciones no sólo curativas sino sobre todo socioeconómicas que se cumplen para todos los grupos en que opera. Dentro de este modelo se incorporan procesos no sólo de atención y prevención a la enfermedad, sino que se incluyen los hábitos y conductas cotidianos que se orientan al mantenimiento y el cuidado de la salud. Diversas investigaciones antropológicas han mostrado la importancia del modelo de autoatención y de las formas de automedicación que se constituyen como el principal recurso de atención dentro de la carrera del enfermo (Menéndez, 1984).

La identificación y descripción de las formas de atención se inicia a través de lo que hacen y usan los sujetos y grupos sociales para atender sus padecimientos, y no a partir de los curadores biomédicos, tradicionales o alternativos, porque en la carrera del paciente, trayectoria de la enfermedad, se puede identificar la mayoría de las formas de atención, lo cual sería difícil de obtener si se parte inicialmente de los curadores. Es a través de las perspectivas y de los usos de los diferentes pacientes que se puede detectar las diversas maneras que realizan respecto de las diferentes formas de atención que pueden utilizar en un contexto determinado, dado que la mayoría de estas se generan a través de las acciones que los sujetos y grupos realizan para poder reducir o solucionar

¹² Ayurveda significa la ciencia de la vida y tiene como objetivo unificación de cuerpo mente y alma, esta se practica en la India hace más de 500 años. Fue formalmente reconocido por la OMS como un sistema medico tradicional.

sus problemas (Menéndez, 1997). De modo que desde el saber biomédico, solo se reconocen algunos saberes que los pacientes manejan y no la variedad, y en algunos casos impensados, actividades curativas. Además, tiende a generar una visión excluyente de algunas actividades y saberes; en cambio si el eje se coloca en los conjuntos sociales, no solo sería posible identificar la mayoría de las formas y saberes que realmente usan, sino que no se tendría una visión unilateral, dado que se registraría a través de los diferentes puntos de vista que operan en una comunidad, y que incluyen las perspectivas de los diferentes sujetos y grupos, incluidos los diferentes curadores (Menéndez, 2003).

Procesos sociales, económicos y culturales posibilitan el desarrollo de diferentes formas de atención a partir de las necesidades y posibilidades de los diferentes conjuntos sociales. Situaciones económicas, la existencia de enfermedades incurables y búsqueda de soluciones a padeceres existenciales llevan a la búsqueda y frecuente creación o resignificación de formas de atención. Si se parte de los comportamientos de las personas y los grupos respecto a sus enfermedades según Menéndez (2003) se identifican los siguientes saberes y formas de atención:

- De tipo biomédica aludido a médicos del primer nivel de atención y del nivel de especialidades para padecimientos físicos y mentales que la biomedicina reconoce como enfermedades, también deben reconocerse formas antiguas como la medicina naturista, la balneoterapia o la homeopatía, y quiropráctica.
- De tipo “popular” y “tradicional” manifestadas también a través de curadores especializados como hueseros, culebreros, brujos, curanderos, espiritualistas, yerberos, shamanes, el papel curativo de ciertos santos o figuras religiosas y de actividades curativas a través de grupos como los pentecostales o los carismáticos.
- Alternativas, paralelas o new age que incluyen a sanadores, bioenergéticos, nuevas religiones curativas de tipo comunitario, etc.;
- devenidas de otras tradiciones médicas académicas: acupuntura, medicina ayurvedica, medicina mandarina, etc.;
- Centradas en la autoayuda: Alcohólicos Anónimos, Neuróticos Anónimos, Clubes de Diabéticos, padres de niños con síndrome de Down, etc.

Siguiendo con este autor, esta clasificación podría ampliarse o modificarse, ya que no son prácticas estáticas y aisladas, sino que se asume la existencia de procesos dinámicos entre los diferentes saberes y prácticas.

Un análisis integral de las formas de atención que se llevan a cabo en un contexto determinado supone obtener el perfil epidemiológico de los padecimientos dominantes y sus formas de atención en una comunidad determinada, según son manifestados por los diferentes curadores y por los grupos sociales. Esta información daría un diagnóstico de situación sobre como atiende la gente realmente sus padeceres, incluida la articulación de las diferentes formas de atención realizadas por la población, y más allá de los antagonismos existentes a niveles profesionales e institucionales en términos económicos, técnicos e ideológicos (Menéndez, 1984).

La Diabetes Mellitus tipo 2 constituye un problema de salud pública debido a que su prevalencia e incidencia se incrementa a pasos agigantados, por lo que se estima que para el año 2025 la cifra de pacientes aumente cerca de 300 millones. (Gavin., Freeman, , Shubrook y Lavernia, 2011) . Dado esta epidemia que avanza de forma escalonada, y las posibles complicaciones futuras de esta enfermedad, se hace necesario adoptar medidas para que la población esté informada a cerca del problema que representa la DM, a fin de estimular la detección temprana, la evaluación de esos pacientes y su educación. Es necesario mantener vigilancia en el cumplimiento de controles médicos de los pacientes, las interconsultas especializadas según requerimientos y la adecuada valoración integral del diabético para evitar o minimizar daños asociados a la enfermedad. El conocimiento de los pacientes acerca de una dieta adecuada es un fuerte factor de motivación para un mejor control metabólico de su enfermedad y en la evolución hacia estilos de vida más saludables, que funcionen como prevención de las complicaciones en la DM, principalmente la nefropatía diabética y la enfermedad renal crónica perfectamente prevenibles (González Rodríguez, Cardentey García y Casanova Moreno, 2015).

Desde la Atención primaria de la Salud (APS), la intervención nutricional se fundamenta en la prevención, distinguiéndose tres grupos de estrategias, por un lado se encuentra la prevención primaria, su objetivo es prevenir la diabetes en pacientes con prediabetes, obesidad o síndrome metabólico; por otro lado en la prevención secundaria, su objetivo es optimizar el control metabólico y prevenir la aparición de complicaciones; y por último la prevención terciaria, dirigida a pacientes diabéticos con complicaciones, donde su objetivo es prevenir la morbilidad asociada y mortalidad (Alemán et al., 2014).

Antonovsky (1998) afirma que al hablar del rol de los profesionales de la salud en el ámbito de salud colectiva, en este caso del Lic. En Nutrición, se materializa en un equipo de salud con una orientación colectiva y comunitaria en la salud y con un enfoque basado en la participación social, centrado en lineamiento, tales como: es la puerta de

acceso de las personas a los servicios de salud, comprender las necesidades de salud de las personas dentro de su núcleo familiar y hacer seguimiento al riesgo y tratamiento de sus patologías, identificar y caracterizar a la población, con el fin de hacer un abordaje integral, reorganizar sus planes terapéuticos, cuidado primario en salud, medicina familiar y comunitaria, supervisar los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Al respecto, Rodríguez, Barrios y Sosa Abella (2007) asegura que el equipo de salud en el ámbito de salud colectiva, debe asumir objetivos comunes, desarrollar actividades propias del primer nivel de atención, hacerlo desde una perspectiva interdisciplinaria, con un enfoque individual, familiar y comunitario, con énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de salud, y constituirse en la puerta de entrada de la red asistencial. La estructura y el funcionamiento del equipo de salud están condicionadas por las características demográficas, epidemiológicas, culturales y económicas de la población a la cual está dirigida la atención (citado en Franco Giraldo, 2015)¹³.

¹³ Médico, Doctor en Salud Pública, Profesor titular, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

CAPITULO 2

"LA DIABETES TIPO 2"

En la actualidad, enfermedades crónicas, tal como lo es la diabetes mellitus tipo 2, se encuentran entre las primeras causas de muerte en muchos países del mundo, y esto implica un grave problema social ya que estos padecimientos son incurables, de larga duración, además, la terapia que puede ofrecer la biomedicina requiere de una gran variedad de cambios en el estilo de vida de los pacientes y muchas veces lleva a fracaso su control por la complejidad propia del tratamiento. Esta enfermedad ocasiona incapacidad e invalidez, es vivida y reinterpretada por los individuos que la sufren, convirtiéndose en un padecimiento. La antropología médica, como campo disciplinario de la antropología que estudia el proceso de salud-enfermedad, brinda las herramientas teóricas y metodológicas para tener una perspectiva integral sobre la diabetes, considerando tanto los elementos simbólicos como los aspectos estructurales que se involucran en su padecer (Arganis, 2005)¹⁴.

La Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 se ha convertido en una de las principales amenazas para la salud humana en el siglo XXI. La prevalencia de diabetes tipo 1 y tipo 2 aumenta a escala mundial, pero la de diabetes tipo 2 lo hace con mucha mayor rapidez debido al incremento de obesidad y la disminución de los niveles de actividad física. Esta enfermedad ha aumentado drásticamente en los últimos 20 años, de 30 millones de casos en 1985 se ha pasado a 177 millones en el año 2000. Basándonos en esta tendencia, más de 360 millones de personas padecerán diabetes en el año 2030. Este aumento rápido de la prevalencia de DM tipo 2 se ha documentado en todo el mundo. La palabra epidemia es cada vez más utilizada en el contexto de la diabetes y la obesidad, y aún más alarmante es que la DM tipo 2 esté ya presente en personas cada vez más jóvenes, incluidos los niños (Slimel, Coppolillo, Masi, Mendoza, Tannuri, 2016)

La Asociación Americana de Diabetes (2014) define a la Diabetes Mellitus (DM) como “un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia, resultado de defectos en la secreción de insulina, acción de la misma, o ambos”. P90
La hiperglucemia crónica se acompaña de modificaciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, proteínas y lípidos y se asocia a largo plazo con daño, disfunción e

¹⁴ Licenciada en Antropología Social, Escuela Nacional de Antropología e Historia, Maestría en Antropología Social con especialidad en Antropología Médica, Doctorado en Antropología Social con Especialidad en Antropología Médica, Diplomado en Historia y Filosofía de la Medicina, Diplomado en Antropología Médica y Diplomado en Tanatología

insuficiencia de diferentes órganos especialmente de los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos (ADA, 2014).

La diabetes tipo 1 y la diabetes tipo 2 son enfermedades heterogéneas, la presentación clínica y la progresión de la enfermedad pueden variar de manera considerable. En la DM1 se produce destrucción de las células β que por lo general lleva a la deficiencia absoluta de insulina, mientras que en la DM2 predomina la pérdida progresiva de la secreción de insulina. Es importante esta distinción para definir el tipo de tratamiento a seguir. Los principales eventos que producen la aparición de DM son la deficiencia de insulina, ya sea por la falla en el funcionamiento o por la disminución de las células β , junto con un incremento en la resistencia a la insulina a nivel periférico manifestada por una mayor producción hepática de glucosa y/o por la menor captación de glucosa en tejidos (Pérez Díaz, 2016)¹⁵.

Esta enfermedad es la principal causa de insuficiencia renal, ceguera en el adulto y amputaciones no traumáticas. Quienes la padecen presentan de tres a cinco veces más posibilidades de muerte por enfermedad cardiovascular que las personas que no la padecen. En muchos casos, el diagnóstico se realiza en individuos asintomáticos y por medio de análisis clínicos de rutina. Su prevalencia y sus complicaciones hacen de la enfermedad uno de los principales problemas sanitarios en la actualidad (Cognet, 2002)¹⁶

La clasificación se basa en la etiología y no en la dependencia de la insulina. La antigua clasificación se modificó para eliminar las denominaciones de diabetes Mellitus insulino dependiente y no insulino dependiente (Girolami e Infantino, 2008).

La clasificación que se usa actualmente es la siguiente:

Diabetes 1

- Inmunomediada
- Idiopática

Diabetes tipo 2

Otros tipos específicos

- Defectos genéticos de la función de las células B
- Defectos genéticos en la acción de la insulina
- Enfermedades del páncreas exógeno
- Endocrinopatías

¹⁵ Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

¹⁶ Endocrinología y Diabetes. Hospital Clínic Universitari de Barcelona

- Inducida por tóxicos
- Otros síndromes genéticos asociados con la diabetes

Diabetes gestacional.

La Diabetes 1 suele manifestarse en la edad infantojuvenil (antes de los 30 años), en su gran mayoría son de origen autoinmune, caracterizada por la destrucción de los islotes pancreáticos de células beta, produciendo a insulinopenia total. Es una de las enfermedades crónicas más frecuentes de la infancia, cuya incidencia está aumentando, especialmente en niños menores de 5 años y constituyendo un 5-10% de todos los casos de diabetes. Los síntomas cardinales de la diabetes tipo 1 están claramente definidos, entre ellos la polifagia, aumento de la sensación de hambre, esto se debe a que las células no pueden absorber glucosa; poliuria, exceso de producción y excreción de orina; polidipsia, debido a que la poliuria produce aumento en la excreción de agua, por esto se produce una necesidad exagerada de beber agua y por último pérdida inexplicable de peso. Además de estos, se pueden presentar astenia (cansancio excesivo,) debido a que en las células no ingresa glucosa; irritabilidad y visión borrosa (Hayes Dorado, 2008)¹⁷. La mayoría estos pacientes experimentan un período de remisión clínica, caracterizado por un requerimiento bajo de insulina y prácticamente la normalización de la glucemia. Este período se prolonga por más tiempo cuando la diabetes tipo 1 se presenta durante o después de la pubertad, en comparación a la que inicia en edades más tempranas de la vida (Dost, Herbst, Kintzel, 2007)¹⁸. Para su tratamiento son importantes la alimentación, el ejercicio físico, la insulinoterapia y el autocontrol, al cual se llega mediante una educación diabetológica intensa (Hayes y Dorado, 2008).

La diabetes gestacional tiene una prevalencia que varía del 5 al 15%. Es una alteración del metabolismo de los hidratos de carbono que se manifiesta por primera vez durante el embarazo, donde se producen cambios hormonales y metabólicos en respuesta al aumento de la demanda de nutrientes del bebe y de la madre. Estos cambios incluyen el incremento del nivel hormonas circulantes, como los estrógenos, la prolactina, el lactógeno placentario, la progesterona y el cortisol que generan estado de insulinoresistencia. Esta induce un aumento de la demanda de secreción de insulina y por lo tanto una mayor carga de trabajo para las células betas maternas con un posterior desarrollo de diabetes gestacional. Luego del parto, las mujeres que presentaron diabetes

¹⁷ Médico pediatra. Hospital Santa Cruz. Caja Petrolera de Salud. Santa Cruz de la Sierra.

¹⁸ Departamento de Pediatría, Universidad de Jena, Jena, Alemania

gestacional tienen mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. Por otro lado, el recién nacido también aumenta su riesgo de desarrollar diabetes y obesidad en la vida adulta (Etchegoyen et al., 2001).

La diabetes 2 es la forma más frecuente de DM, ya que representa entre el 90 y el 95% de los casos. Se caracteriza por presentar insulinoresistencia, un estado en el cual la insulina que se produce no logra la respuesta adecuada, ya que existe una disminución en su sensibilidad a nivel periférico producido por defectos en el receptor de insulina en las células (Infantino y Girolami, 2008). Se presenta de forma lenta y solapada, después de los 40 años y está unida a la obesidad, especialmente de distribución androide que está presente hasta en el 80% de los pacientes. En general transcurren años con hiperglucemia sin darse cuenta, ya que no da síntomas, lo que retrasa el diagnóstico. Sin embargo esto es grave ya que aumenta los riesgos de padecer micro y macroangiopatías. Es una enfermedad crónica, degenerativa e incurable pero controlable. Existen varios objetivos en el tratamiento, pero su esencia radica en el control metabólico y la prevención de las complicaciones. Los pilares del tratamiento son dieta, ejercicio y antidiabéticos orales y/o insulina (Reyes Sanamé, Pérez Álvarez, Figueredo, Ramírez Estupiñan, Jiménez Rizo, 2016)¹⁹.

Se considera una de las enfermedades crónicas con mayor impacto en la calidad de vida de la población mundial y constituye un verdadero problema de salud; pertenece al grupo de las enfermedades que producen invalidez física por sus variadas complicaciones multiorgánicas, con un incremento indudable en la morbilidad y mortalidad en los últimos años. (Rodríguez y Zambrano Plata, 2015).

Existe un importante aumento del número de personas con diabetes tipo 2 a escala internacional, en los inicios siglo XXI, las cifras eran aproximadamente de 150 millones de personas diabéticas, en el 2010 la cifra ascendió a 230 millones, y se espera la cifra de ascienda a 438 millones para el 2030. Se estima que cerca de 4 millones de muertes al año están relacionadas directamente con esta enfermedad, lo que equivale a 1

¹⁹Reyes Sanamé, Pérez Álvarez y Alfonso Figueredo. Especialistas de Segundo Grado en Medicina Interna.

Ramírez Estupiñan .Especialista de Primer Grado en Pediatría. Asistente. Filial de Ciencias Médicas. Moa. Holguín. Cuba.

Jiménez Rizo. Licenciada en Enfermería. Hospital General Docente Dr. Guillermo Luis Fernández Hernández Baquero. Moa. Holguín. Cuba.

de cada 20 muertes, asociados al sedentarismo, la obesidad, la hipertensión arterial y otros factores de riesgo cardiovasculares. Por esas razones, ocupa la cuarta causa de muerte en todo el mundo (Pereira Despaigne, 2012).

Los factores de riesgo asociados a DM 2 son multicausales, se pueden identificar antecedentes familiares, hipertensión arterial (HTA), dislipemias, obesidad, diabetes gestacional, bebés con alto peso al nacer, sedentarismo, alimentación inadecuada, estrés, ovario poliquístico, síndrome metabólico, entre otros. Su identificación permite la prevención o reducción de sus complicaciones a corto y largo plazo mediante la implementación de estrategias de intervención y campañas educativas. Los factores genéticos de riesgo de diabetes aumentan la susceptibilidad a la enfermedad y no son modificables, los factores ambientales ocupan un lugar importante en el surgimiento y desarrollo de la enfermedad y son susceptibles de prevención y control, fundamentalmente con cambios en los estilos de vida. Medidas como modificaciones en la elección de alimentos, aumento de la actividad física y reducción del peso corporal, son acciones de salud costo efectivas para prevenir esta enfermedad (Columbie, Soca, Vázquez, Borrego Chi, 2016).

En la actualidad, después de varias revisiones por Comités de Expertos y en la necesidad de identificar en la población aquellos individuos que están en mayor riesgo de desarrollo de DM2, se han establecido los siguientes factores, los cuales se clasifican en modificables y no modificables :

Tabla N°2

Factores modificables	Factores no modificables
Sobre peso y obesidad	Raza
Sedentarismo	Edad
Síndrome metabólico	Sexo
Hipertensión	Diabetes gestacional
Hdl bajo	Historia familiar
Hipertrigliceridemia	Ovario poliquístico
Alimentación intrauterina	
Ambiente intrauterino	
Entorno obesogénico.	

(Alberti, Zimmet, Shaw, 2007)²⁰.

Dentro de los **factores no modificables** para esta enfermedad, se encuentra la predisposición genética, personas con uno de sus padres que la padezcan tienen un 40% de posibilidad de desarrollarla, en el caso de que ambos padres sean diabéticos el riesgo aumenta a un 70%. Otro de los factores son los grupos étnicos, tienen mayor riesgo de desarrollar DM2 como por ejemplo los grupos indígenas en Norte América, islas del Pacífico y Australia donde la prevalencia alcanza hasta un 20 a 30%. Por otro lado, a medida que avanzamos en edad aumenta el riesgo de padecer DM2, sin embargo, en los últimos años se ha identificado una disminución en la edad de aparición en adultos jóvenes y adolescentes. En general, la prevalencia de DM2 es mayor en mujeres que en hombres, mujeres con antecedentes de diabetes gestacional tienen un mayor riesgo de desarrollar DM2 años después de su embarazo, por este motivo deben ser controladas adecuadamente para prevenir su aparición. En el síndrome de ovario poliquístico con resistencia insulínica asociada a obesidad, hay mayor riesgo de desarrollar DM2 (Palacios, Duran y Obregón, 2012)²¹.

Dentro de los **factores modificables** se pueden evidenciar la obesidad (índice masa corporal ≥ 30) y sobrepeso (IMC de 25-30), estas aumentan el riesgo de intolerancia a la glucosa y DM2 en todas las edades produciendo resistencia a la insulina. Más del 80 % de los casos de DM2 se puede atribuir a la obesidad, y su reversión también disminuye el riesgo y mejora el control glucémico en pacientes con DM establecida (Paulweber et al., 2010). También, un factor desencadenante es un estilo de vida sedentario, ya que reduce el gasto de energía y promueve el aumento de peso, lo que eleva el riesgo de DM2. Una dieta caracterizada por alta ingestión de calorías, bajo consumo de fibra dietética, la sobrecarga de carbohidratos, alimentos y bebidas azucaradas, alimentos ultraprocesados

²⁰ Los factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2 pueden modificarse cuando son identificados de forma precoz. Es necesario implementar medidas correctivas en la población general, especialmente educativas y orientadas hacia una mejor alimentación y mayor actividad física; en conjunto con las instituciones gubernamentales y sociedades científicas para lograr disminuir la alta prevalencia del Síndrome Metabólico y Diabetes tipo 2.

²¹ Los factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2 pueden modificarse cuando son identificados de forma precoz. Es necesario implementar medidas correctivas en la población general, especialmente educativas y orientadas hacia una mejor alimentación y mayor actividad física; en conjunto con las instituciones gubernamentales y sociedades científicas para lograr disminuir la alta prevalencia del Síndrome Metabólico y Diabetes tipo 2

y el predominio de la ingesta de grasas saturadas sobre las poliinsaturadas, pueden predisponer a DM2. Otro de los factores que promueven su aparición es el ambiente intrauterino, se evidencia que sujetos con alto peso al nacer así como aquellos cuyas madres presentaron diabetes gestacional tienen un riesgo aumentado de desarrollar diabetes tipo 2. Por otro lado, quienes padecen de hipertensión arterial presentan un mayor riesgo de desarrollar DM2, atribuido a una mayor posibilidad de tener resistencia a la insulina. En estudios realizados por Leiva et al. (2010)²² evaluaron la prevalencia de de HTA en pacientes con diabetes tipo 2, donde se observó que el 60% de de las personas que sufren de DM 2 también presentan HTA, condición que aumenta los riesgos de padecer enfermedades cardiovasculares, insuficiencia renal o ACV.

La dislipiemia²³ juega un rol aterogénico muy marcado debido a la concurrencia de HDL bajo, con una mayor proporción de partículas de LDL pequeñas y densas, asociándose de forma frecuente a la resistencia a insulina (Candela, 2015). Sarabia Alcocer, Can Valle y Guerrero Ce (2015)²⁴ afirman por medio de datos recolectados de un estudio observacional en pacientes con diabetes tipo 2, que el 41.3% de la población encuestada padecían dislipidemia, como factor de riesgo para diabetes mellitus de tipo 2.

Se señala el ambiente obesogénico como factor modificable, ya que este término hace referencia a la amplia disponibilidad y bajo costo de los alimentos ultraprocesados, ricos en carbohidratos y lípidos y que agudizan el problema de la obesidad, ya que se facilita su consumo en grandes cantidades y, su alta palatabilidad genera adicción. Por otra parte, los cambios culturales como la reducción de la actividad física secundaria a la utilización de diferentes aparatos electrónicos durante el tiempo de esparcimiento o la ausencia de consumo de alimentos elaborados en el hogar, reemplazados por comida rápida (rica en lípidos), influyen de manera predominante en la prevalencia del sobrepeso

²² Los autores evaluaron factores socio demográfico, antropométrico, de estilo de vida, salud y bienestar y variables metabólicas. La asociación entre los factores analizados y DMT2 se determinó mediante regresión logística. La muestra seleccionada correspondió a 4.700 personas de las cuales 4.162 no padecían DBT y 538 que si la padecían.

²³ Alteración en los niveles de lípidos en sangre, fundamentalmente colesterol y triglicéridos.

²⁴ El propósito de este estudio fue identificar los factores de riesgo en personas que asisten al Centro de Salud de Isla Aguada, Campeche, con diagnóstico de Diabetes Mellitus de tipo 2. Se realizó un estudio observacional, de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo, a 213 individuos, de entre 30 y 60 años de edad.

(Serrano, Castillo y Pajita, 2017). En este sentido, las conductas que llevan al exceso de peso son estimuladas por los medios de comunicación, los cuales promueven campañas publicitarias altamente atractivas de golosinas, gaseosas, cereales azucarados y comida rápida (el 95% de avisos comerciales de alimentos), dirigidas principalmente a la población infantil. La conducta alimentaria de los padres, referida en cuanto a cantidad y calidad de alimentos, resulta fundamental en el desarrollo de trastornos alimentarios en los niños, ya que imitan a sus padres cuando consumen alimentos en exceso o en ausencia de apetito, para controlar estados de ánimo, en particular si se trata de padres con sobrepeso. Es importante destacar que las personas pueden presentar una predisposición genética al aumento de peso en función de las calorías consumidas y utilizadas por el organismo o mayor susceptibilidad a desarrollar conductas alimentarias compulsivas en respuesta a estímulos externos (Corisica, 2011).

Por otro lado, se considera que el factor social constituye un factor de riesgo para la enfermedad. Diversos estudios intentan demostrar esta relación, y parten de la suposición que los aspectos sociales actúan de alguna manera como un factor biológico. El carácter social se evidencia a nivel de la colectividad. Esto indica que no se ubica a nivel individual, sino del grupo, constituido en función de sus características sociales. La razón a porque se piensa que la enfermedad tiene carácter social, se debe a que el proceso salud- enfermedad del grupo adquiere historicidad y esto es porque esta socialmente determinado. Para comprender no bastan los hechos biológicos, sino es necesario aclarar cómo está articulado el proceso social. De esta manera, la relación entre el proceso salud- enfermedad individual y colectiva, está dada por porque esta última determina las características básicas en las que gravita la variación biológica individual, esto significa que la historia social del paciente asume importancia por condicionar su biología y porque determina cierta posibilidad de que enferme de un modo particular (Laurell, 1982)²⁵.

Existen tres métodos para realizar el diagnóstico de diabetes mellitus. El paciente para ser diagnosticado debe cumplir con alguno de estos tres criterios y éstos deben ser reconfirmados para asegurar el diagnóstico. El primero de los métodos es glucemia al azar mayor o igual a 200 mg/dl, asociada a síntomas clásicos (poliuria, polidipsia, baja de peso). El segundo es dos o más glucemias en ayunas mayores a 126 mg/ dl., considera ayuno cuando no hubo ingesta de por lo menos 8 hs, y el tercero es una prueba de

²⁵ Coordinadora de la Maestría en Medicina Social. Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco (México).

tolerancia oral a la glucosa alterada, con una glucemia a los 120 minutos post sobrecarga mayor o igual a 200 mg/dl. Esta prueba se realiza, según la descripción de la OMS, usando una carga de glucosa que contenga un equivalente a 75 gramos de glucosa disuelta en agua. Pero entre la normalidad y la diabetes hay dos categorías intermedias, que por lo general se consideran factores de riesgo tanto para el desarrollo de diabetes como para enfermedad cardiovascular. Dentro de esta categoría se reconocen 2 entidades; la intolerancia a la glucosa, que se diagnostica cuando el sujeto a los 120 minutos post sobrecarga oral de glucosa presenta valores menor o igual a 140 y menor a 200 mg/dl y la alteración de la glucemia en ayunas, introducida por la ADA en el año 1997, y definida como aquella situación en la cual la glucemia plasmática en ayunas es mayor o igual a 110 mg/dl pero menor a 126 mg/dl (Torresani y Samoza, 1991)²⁶.

En la siguiente tabla se observan los criterios diagnósticos de la diabetes mellitus propuestos por la American Diabetes Association:

TABLA N°1. Criterio de diagnóstico de la diabetes

Prueba (mg %)	Normal	Intolerancia a la glucosa	Diabetes
Glucemia en ayunas	< 110	> 110 y < 126	> 126
Glucemia al azar			> 200
PROTG	< 140	> 140 y < 200	> 200

(ADA, 1997)

Se define a esta enfermedad como un síndrome heterogéneo originado por la interacción genético ambiental y caracterizado por hiperglucemia crónica, como consecuencia de una deficiencia en la secreción o acción de la insulina, que desencadena por un lado complicaciones agudas en las que se encuentran cetoacidosis, hipoglucemia

²⁶ Samoza. Licenciada en Nutrición por la UBA; docente de Dietoterapia del Adulto, Cátedra I, Carrera de Nutrición, UBA. Es directora de la Carrera de Lic. en Nutrición de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Favaloro y jefa de la División Alimentación y Dietoterapia de la Fundación Favaloro.

Torresani. Doctora en el Área de Nutrición por la UBA; docente a cargo de la Cátedra I de Dietoterapia del Adulto, Carrera de Nutrición, UBA; investigadora formada de la Facultad de Medicina. Directora de la Carrera de Especialistas en Nutrición Clínica de la UBA.

y coma hiperosmolar no cetósico; y por otro lado las complicaciones crónicas, en las que se encuentran microvasculares, dentro de estas se encuentran las retinopatías, neuropatías y nefropatías; y macrovasculares, entre ellas, cardiopatía coronaria, enfermedades cerebrovasculares y vasculares periféricas (Mora Linares, Pérez Rodríguez, Sánchez Barrero, y Puente Maury, 2015).

Dentro de las complicaciones agudas se encuentra la cetoacidosis que junto con el coma hiperosmolar son las más serias en cuanto a hiperglucemia de estos pacientes. Es la complicación metabólica aguda propia de la DM tipo 1, aunque también la podemos encontrar en la diabetes tipo 2 con menor frecuencia, en situaciones de estrés. Cursa con hiperglucemia generalmente superior a 300 mg/dl, como consecuencia de un déficit relativo o absoluto de insulina, acompañado de un aumento de las hormonas contra reguladoras que llevan a una excesiva producción de glucosa y a un aumento de lipólisis y cuerpos cetónico, estos sobrepasan la capacidad amortiguadora aportada por el bicarbonato lo que conduce a la acidosis. Los síntomas más comunes son náuseas y vómitos, sed y poliuria, debilidad, dolor abdominal, trastornos visuales y entre los signos más comunes se pueden identificar taquicardia, deshidratación, aliento a “manzana” e hiperapnea. Estos episodios requieren generalmente de hospitalización (Cacnahuaray, y Staicy, 2019)²⁷.

La hipoglucemia es un cuadro clínico caracterizado por manifestaciones autonómicas y neuroglucopénicas que se presentan con valores de glucosa plasmática por debajo de 50mg/dl. Algunas de sus causas más comunes son dosis excesiva de insulina o hipoglucemiantes orales, salteo de comidas, actividad física elevada, error en la técnica de aplicación de la insulina, ingesta excesiva de bebidas alcohólicas entre otras. Los síntomas adrenérgicos más comunes son sudoración fría, taquicardia, sensación de hambre, temblor de manos, visión borrosa, palidez y debilidad; mientras que los síntomas neuroglupénicos son irritabilidad, delirio, cefalea, desorientación, alucinaciones, alteración del lenguaje (Costa Gil, et al.,2017)²⁸ Para su tratamiento, si el paciente esta consiente,

²⁷ Escuela académica profesional de enfermería. Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería

²⁸ Costa Gil, Posgrado Universidad Favaloro, Buenos Aires. Linari, Sección de Endocrinología y Nutrición UOM, Vicente López. Pugnaroni y Zamboni, Novo Nordisk Pharma Argentina. Manghi, Centro de Investigaciones Metabólicas (CINME), Buenos Aires. Rezzonico, Centro Privado de Endocrinología, Mendoza, Argentina

debe ingerir 15-20gr de hdc equivalente a un vaso de jugo de frutas, 1 lata chica de gaseosa o 5 terrones de azúcar, en el caso de que el paciente se encuentre inconsciente se debe aplicar un ampolla de glucagon y se mide la glucemia a los 10 minutos y si no se recupera se repite el tratamiento (Imerón Béliz, Álvarez Hernández y Arranz Rementeria, 1999).

El coma hiperosmolar no cetósico (CHNC) es una de las complicaciones más serias de la diabetes tipo 2, es también producido por la hiperglucemia. Difieren clínicamente con la cetoacidosis de acuerdo a la presencia de cuerpos cetónico y el grado de hiperglucemia, ya que excede los 1000mg/dl y los problemas neurológicos están presentes en el 25% de los casos (Esmatjes Momo y Fernández Balsells, 1998). El déficit de insulina, el exceso de hormonas como el cortisol y glucagon producen principalmente la fisiopatología del CHNC. Los síntomas suelen aparecer en el curso de días, y son los propios de la hiperglucemia, es decir, poliuria y polidipsia, y a las que se añaden deshidratación, náuseas, vómitos, convulsiones y disminución del nivel de conciencia, produciendo coma profundo. El tratamiento es similar a la cetoacidosis incluyendo administración de insulina, hidratación y corrección de las alteraciones electrolíticas (Mediavilla bravo, 2002).

Las complicaciones crónicas se presentan en tejidos que no requieren de insulina para el transporte de glucosa, tales como el cristalino, retina, glomérulo renal y nervio periférico. En estos tejidos, la hiperglucemia crónica incrementa las vías metabólicas que modifican los sustratos. En estas complicaciones también intervienen otros factores de riesgo, como son la hipertensión arterial, dislipemia y tabaquismo principalmente. Los niveles altos de glucosa en sangre generan alteraciones en vasos y compartimento intravascular, produciendo con el tiempo trastornos estructurales irreversibles, cuya característica es el engrosamiento de la membrana basal en capilares, vénulas y arteriolas de pequeños calibres (Mediavilla bravo, 2001). Las complicaciones se pueden dividir en microangiopáticas y macroangiopáticas. Dentro de las microangiopáticas se encuentran la **neuropatía diabética** es la complicación más frecuente y precoz de la diabetes. Se presenta en el 8% de los casos en diabéticos recientemente diagnosticados y hasta en un 50% luego de 20 años de evolución. Afecta tanto el sistema nervioso periférico como autónomo. Un porcentaje mayor del 50% puede ser asintomático, estos pacientes tienen mayor riesgo de lesión, de amputación y de mortalidad. Las medidas

para el tratamiento incluyen control de factores de riesgo, tratamiento del dolor, y principalmente control metabólico, el mantenimiento de una hemoglobina glicosilada entre 6,5 y 7,5% puede enlentecer e incluso prevenir su progresión, (Soler Bernal, Monerris Tabasco, Homs Riera, Soler Pedrola, 2010).

Aproximadamente el 80% de la ceguera en personas de este grupo está relacionada con **retinopatía diabética**. Los pacientes corren el riesgo de padecer cataratas²⁹ y glaucoma³⁰, esta complicación ocular es la más frecuente asociada con la diabetes. Produce degeneración vascular de la retina, caracterizada por un aumento anormal de la permeabilidad vascular retiniana, formación de microaneurismas³¹ y neovascularización con hemorragias, cicatrización y desprendimiento retinianos asociados. El embarazo, la pubertad y la cirugía por cataratas pueden acelerar la retinopatía (Cacnahuaray, y Staicy, 2019)

En cuanto a la **insuficiencia renal**, la mayor proporción de diabéticos tipo 2 presenta microalbuminuria y nefropatía poco tiempo después del diagnóstico, ya que esta enfermedad pudo estar presente unos años antes. El proceso de la nefropatía comienza con un incremento de excreción urinaria de albumina, producido por incremento de la presión arterial y finalmente con descenso del filtrado glomerular, lo que conduce a insuficiencia renal (Ugarte y Carranza, 2002)

Dentro de las complicaciones macroangiopáticas se encuentran la enfermedad vascular, esta puede afectar a todos los vasos sanguíneos del cuerpo. En el corazón puede producir angina de pecho, o incluso infarto agudo de miocardio; en las piernas, las arterias que se encuentran bloqueadas y provocan problemas en la circulación y en la capacidad de caminar y en el cerebro pueden llevar a que se produzca ACV. Estas complicaciones son cuatro veces más comunes en personas con diabetes, producidas por el endurecimiento y obstrucción de las arterias (aterosclerosis). Cuando los niveles de glucosa son altos de forma crónica, las paredes internas de los vasos sanguíneos se alteran, provocando una disminución de su elasticidad. LA HTA, niveles altos de colesterol, los triglicéridos altos, y fumar también incrementan este riesgo (Isea, et al., 2012).

²⁹ Opacidad del cristalino del ojo que al impedir el paso de los rayos luminosos, dificulta la visión.

³⁰ Enfermedad del ojo caracterizada por el aumento de la presión intraocular, dureza del globo del ojo, atrofia de la papila óptica y ceguera.

³¹ Dilatación localizada de un vaso sanguíneo por debilitamiento de sus paredes.

Los objetivos terapéuticos ante un paciente con DM son eliminar los síntomas hiperglucémicos mediante la normalización de los valores de glucemia, prevenir las complicaciones metabólicas agudas, retrasar o minimizar las complicaciones crónicas, reducir la morbilidad y mortalidad y conseguir expectativas y calidad de vida iguales a las del individuo no diabético. En el tratamiento de la diabetes Mellitus es imprescindible abarcar y cumplir los aspectos de educación diabetológica, régimen dietético adecuado, ejercicio físico y administración de fármacos orales y/o insulina (Mediavilla Bravo, 2002).

La educación diabetológica es la base fundamental del tratamiento, debe ser progresiva, continua y extensiva al paciente y a sus familiares. Además de adquirir conocimientos, también adquiere progresivamente una mayor aceptación de su enfermedad. Los objetivos principales son proporcionar información y conocimientos sobre la patología. Pretende que el paciente adquiera conciencia de su problema, que le permita lograr cambios en los hábitos, cumplir con el plan de alimentación, entrenar para el desarrollo de habilidades para automonitoreo, prevenir, reconocer y actuar cuando se presentan situaciones de riesgo y disminuir las complicaciones (Reyes Sanamé, Pérez Álvarez, Figueredo, Ramírez Estupiñan, Jiménez Rizo, 2016).

Los fármacos orales se utilizan en pacientes con DM tipo 2, que mantienen una mínima capacidad secretora de insulina en el páncreas, y que tras un período de 2-4 meses de tratamiento dietético, ejercicio físico y educación sanitaria no presenten cifras de glucemia adecuadas al objetivo establecido. La disminución de la capacidad secretora de insulina forma parte de la evolución natural de la enfermedad, con lo cual un tratamiento con antidiabéticos orales, que haya logrado conseguir un excelente control de la glucemia, puede con el paso del tiempo ser inadecuada, y requerir unidades de insulina inyectable. (Mediavilla Bravo, 2002).

La dieta es la base fundamental del tratamiento, constituye los objetivos principales del tratamiento. Se establece el proporcionar un buen estado nutricional, conseguir y mantener un peso adecuado, alcanzar la normalidad de la glucemia y lípidos plasmáticos, minimizar las fluctuaciones de glucemia posprandial, prevenir las complicaciones y prevenir y tratar las hipoglucemias. Se debe tener en cuenta que en pacientes con obesidad se debe realizar dietas hipocalóricas para tratar de conseguir el peso ideal (ADA, 2000). En el plan de alimentación, el Valor Calórico Total (VCT) debe adecuarse a cada paciente, con la finalidad de alcanzar el peso ideal. El porcentaje de hidratos de carbono debe oscilar entre 50% y 60% con predominio de carbohidratos complejos y fibras, el

porcentaje de proteínas debe ser entre el 10 y 20% y se recomienda que la mayor parte sea de alto valor biológico³², y las grasas no deben no deben superar el 30%, esto se debe a la asociación que existe entre la diabetes y la enfermedad cardiaca y cerebrovascular. Se debe evitar el consumo de alcohol, ya que potencia el efecto de hipoglucemiantes orales. De este modo, para los diabéticos tipo 2, obesos, el plan de alimentación es, junto con la actividad física la terapia de primera línea, ya que el descenso de peso mejora la sensibilidad periférica de la insulina. La resistencia a la insulina empeora por la existencia de obesidad en el 80% de estos pacientes. Se debe lograr la normoglucemia y el control de factores de riesgo de la aterosclerosis para disminuir riesgos de enfermedades cardiovasculares (Girolami e Infantino, 2008).

El ejercicio acrecienta el consumo de glucosa por parte de los músculos, aumenta la sensibilidad de la insulina, permitiendo que el organismo haga una mejor utilización de la glucosa, favorece la pérdida de peso, disminuye la presión arterial, disminuye las lipoproteínas de baja densidad (LDL) y triglicéridos, a la vez que aumenta las lipoproteínas de alta densidad (HDL), mejora la función cardiovascular y aumenta el bienestar físico y psicológico (Marbury, Huang, Strange, Lebovitz, 1999). Es un método eficaz y económico para disminuir los requerimientos terapéuticos habituales (insulina o antidiabéticos orales). Es fundamental que toda actividad física indicada sea adecuada a la edad y el grado del control metabólico de la enfermedad. Se debe llevar a cabo en forma progresiva y con un examen previo, descartando alguna causa que impida la actividad. También se debe hacer un monitoreo de la glucemia pre y post ejercicio, para poder hacer los ajustes necesarios en la medicación, manejo de alimentos y en el régimen de actividad física (Torresani y Samoza, 2010).

Existen diversas formas de atención de los padecimientos más allá de los establecidos por la biomedicina, que la población utilizan para detectar, diagnosticar, tratar y rehabilitarse de los sufrimientos, dolencias, o enfermedades (Menéndez, 2009).

Las primeras acciones para enfrentar el padecimiento se establecen a partir de la cultura o el conocimiento particular acerca de la salud y las relaciones con personas a

³² El valor biológico de una proteína depende de la composición de aminoácidos y de las proporciones entre ellos y es máximo cuando estas proporciones son las necesarias para satisfacer las demandas de nitrógeno para el crecimiento, la síntesis, y reparación tisular (López, Kizlasky y Lopéz)

quienes se solicita consejo y referencia. Las prácticas de autoatención, prácticas de prevención, en diabetes incluye diversas acciones para enfrentar el padecimiento, entre las que se encuentran: ingestión de diversas sustancias, fármacos y plantas medicinales, seguimiento de dietas, medidas higiénicas y la realización de ejercicio que son recomendados por la biomedicina como medidas de autocuidado. En estudios en pacientes ancianos diabéticos realizados por esta autora, los entrevistados, quienes padecían diabetes desde hace 15 años aproximadamente, refieren que ante el primer diagnóstico, las medidas más comunes fueron el descanso y la limitación de la ingesta de líquidos para impedir el exceso de orina. Posteriormente todos buscaron la confirmación del diagnóstico y un tratamiento por parte de la biomedicina. De acuerdo con sus posibilidades económicas acudieron a la seguridad social, al sistema de salud o a la medicina privada, pero al reconocer la cronicidad de la enfermedad y agotarse las posibilidades de cura, los enfermos buscaron atención hacia otro tipo de terapéuticas, y en algunos casos recurrieron a técnicos expertos³³, aceptaron las recomendaciones de familiares y amigos que les sugirieron otros tratamientos como el uso de la herbolaria o productos naturistas que se integraron en prácticas de automedicación (Arganis Juárez, 2005)³⁴.

³³ Se entiende por expertos técnicos populares a los especialistas que manejan una serie de saberes que provienen de una matriz cultural prehispánica y colonial, aunque incorporen ciertas prácticas biomédicas. Por su parte, los expertos técnicos alternativos son curadores que realizan prácticas médicas con diversos niveles de complejidad y organización desarrolladas al margen del sistema médico occidental o subordinadas a éste: los homeópatas, naturistas, curandero, etc.

³⁴ Esta investigación se desarrolló desde una metodología cualitativa, donde se seleccionaron diez pacientes de dos clínicas de primer nivel en Iztapalapa, Distrito Federal. Los resultados muestran que el tratamiento médico se complementa con formas de autoatención como la automedicación de plantas medicinales y el uso de remedios caseros. Se señalan las dificultades para seguir la dieta y el ejercicio recomendados por los médicos.

***DISEÑO
METODOLOGICO***

Tipo de investigación: El estudio es cuantitativo de tipo descriptivo, ya que busca describir la realidad en un grupo determinado de personas. Las mediciones se llevan a cabo con el fin de ver como se manifiesta el fenómeno de interés, sin la intervención del investigador (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010).

Tipo de diseño: Es un estudio no experimental y de tipo transversal, ya que los datos son recolectados en un tiempo único, es decir, en un solo momento. Las variables se describen en un momento dado (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2003).

DELIMITACIÓN DEL CAMPO DE ESTUDIO

UNIVERSO – POBLACIÓN: Pacientes de 40 a 80 años con Diabetes tipo 2 que residen en la ciudad de Mar del Plata en el año 2020.

UNIDAD DE ANALISIS: Cada uno de los pacientes diabéticos tipo 2 que residen en la ciudad de Mar del Plata.

MUESTRA: No probabilística por conveniencia, de aproximadamente 30 pacientes entre 40 a 80 años con Diabetes tipo 2 que residen en la ciudad de Mar del Plata.

TRAYECTORIA DE LA ENFERMEDAD

- Definición conceptual: Menéndez (2003) lo define como el recorrido y la dinámica que se da en una persona o en un grupo para aliviar su enfermedad. En este recorrido las personas se relacionan entre si con los diferentes saberes que se encuentran en la sociedad (citado en Aguirre, 2006)
- Definición operacional: Recorrido y dinámica de los pacientes con diabetes tipo 2 que viven en la ciudad de Mar del Plata en el año 2020 para aliviar su enfermedad. Se abordará síntomas identificados por el paciente y actores consultados.

Síntomas identificados por el paciente previo al diagnóstico

- Definición conceptual: La real academia española (2019) la define como “manifestaciones reveladoras de una enfermedad”
- Definición operacional: Manifestaciones reveladoras de los pacientes con diabetes tipo 2 que residen en la Ciudad de Mar del Plata en el año 2020. Los datos se recolectarán a través de una encuesta on line con las siguientes preguntas: “Antes de haber recibido el diagnóstico, ¿Recuerda haber tenido síntomas que le hayan llamado la atención? Si/ No; En caso de haber respondido de forma afirmativa, ¿Recuerda cuáles fueron esos síntomas? Explique brevemente. Si no tuvo síntomas que le hayan llamado la atención por favor mencione NO”

Actores consultados por el paciente para el tratamiento de su enfermedad

- Definición conceptual: Diferentes actores consultados vinculados no solo al modelo medico hegemónico, sino también a la medicina alternativa, complementaria o a personas del propio entorno del paciente (Duarte Gómez, 2003).
- Definición operacional: Diferentes actores consultados vinculados no solo al modelo medico hegemónico, sino también a la medicina alternativa, complementaria o a personas del propio entorno de los pacientes con diabetes tipo 2 que residen en la Ciudad de Mar del Plata en el año 2020. Los datos se recolectarán a través de una encuesta on line con las siguientes preguntas: “Ante la presencia de esos síntomas, ¿Consultó con un amigo, vecino o familiar que

también los hubiera tenido? Si/No; Si en la pregunta anterior respondió que tomo algunos consejos, explique brevemente cuales fueron; Desde el momento del diagnóstico de la enfermedad ¿Visito a diferentes profesionales? Si/ No; Si su respuesta fue afirmativa. Mencione cuáles eran las especialidades de los diferentes profesionales; ¿Qué profesional de los visitados, considera fundamental en el seguimiento de su enfermedad? Si no considera ninguno por favor mencione NO”

INGESTA ALIMENTARIA

- Definición conceptual: La real academia española (2019) la define como acción y efecto de alimentar o alimentarse.
- Definición operacional: Acción y efecto de alimentar o alimentarse de los pacientes con diabetes tipo 2 que residen en la ciudad de Mar del Plata en el año 2020. Los datos se obtendrán a través de una encuesta on line con un cuestionario de frecuencia de consumo. Consiste en preguntar con qué frecuencia se ingieren los distintos alimentos. El Diseño consta de dos partes: lista de alimentos y descripción de la frecuencia de consumo. Se presenta en forma de tabla y el encuestado debe poner una cruz en el alimento y en la frecuencia correspondiente.

PRACTICAS PREVENTIVAS QUE REALIZA EL PACIENTE

- Definición conceptual: Acciones que utilizan los sujetos para atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales (Menéndez, 2003)
- Definición operacional: Acciones que utilizan los sujetos para atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, que residen en la Ciudad de Mar del Plata en el año 2020. Se abordará actividad física, automedicación y control de salud

Actividad física

- Definición conceptual: Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía (OMS, 2020)
- Definición operacional: cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía de los pacientes con diabetes tipo 2 que residen en la ciudad de Mar del Plata en el año 2021. Los datos se obtendrán a través de una encuesta on line de dos cuadros, el primero será un cuestionario de frecuencia de actividad física. Consiste en preguntar con qué frecuencia el paciente realiza actividad física. El Diseño consta de dos partes: lista actividad física dividida en leve, moderada e intensa y descripción de la frecuencia de realización. Se presenta en forma de tabla y el encuestado debe poner una cruz en el tipo de actividad y en la frecuencia correspondiente. El siguiente cuadro también estará dividido dos partes, constará de la lista de actividad física dividida en leve, moderada e intensa y una descripción del tiempo que le dedica a la misma. Se presenta en forma de tabla y el encuestado debe poner una cruz en el tipo de actividad y el tiempo.

Automedicación

- Definición conceptual: Es el uso de medicamentos o consumo de herbolaria, sin receta, por iniciativa propia de las personas, sin la asistencia de profesionales de la salud (Kregar y Finguer, 2004).
- Definición operacional: Es el uso de medicamentos o consumo de herbolaria, sin receta, por iniciativa propia de las personas, sin la asistencia de profesionales de la salud, practicadas por pacientes con diabetes tipo 2 que residen en la Ciudad de Mar del Plata en el año 2021. Los datos se recogerán a través de una encuesta on line con las siguientes preguntas:” ¿Cuáles son los cuidados de su salud que usted lleva adelante con mayor frecuencia para evitar complicaciones de su enfermedad? Comente brevemente. Si no identifica ninguno por favor mencione NO; ¿Hay otro producto que usted consuma para mejorar su salud, tales como medicamentos por cuenta propia, hierbas, te, etc? Menciónelos. Si no consume por favor mencione NO”

Control de salud

- Definición conceptual: Acciones destinadas a erradicar, eliminar o minimizar el impacto de la enfermedad y la discapacidad (Arrizabalaga y Fernandez, 2019)
- Definición operacional: Acciones destinadas a erradicar, eliminar o minimizar el impacto de la enfermedad y la discapacidad de los pacientes con Diabetes tipo 2 que residen en la Ciudad de Mar del Plata en el año 2020. Los datos se recogerán a través de una encuesta on line con la siguiente pregunta: “¿En los últimos 12 meses se realizó control médico?”

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

- Definición conceptual: Refiere a las características biológicas, sociales, económicas y culturales que están presentes en la población.
- Definición operacional: Conjunto de características biológicas, sociales, económicas y culturales que están presentes en la población de pacientes diabéticos tipo 2 que residen en la ciudad de Mar del Plata en el año 2020. El dato se obtiene mediante una encuesta on line, se considera sexo, edad y antigüedad de la enfermedad.

Por medio de la presente y con el fin de llevar a cabo el Trabajo Final de Graduación de la Licenciatura en Nutrición, lo invito a participar del presente trabajo con carácter científico en forma voluntaria, de corta duración, en el cual se procederá a la realización de una encuesta on line. El objetivo de la presente es determinar la trayectoria de la enfermedad, ingesta alimentaria y prácticas de prevención que realiza el paciente diabético 2.

Los datos obtenidos se tomarán de forma anónima, queda totalmente resguardada toda información aquí detallada. Se asegura el secreto estadístico y confidencial de la información. Usted podrá abandonar la encuesta en cualquier momento que lo desee.

María Eugenia Errasti
Licenciatura en Nutrición
Universidad Fasta

Conforme a lo leído, acepto las condiciones, doy consentimiento y entiendo que la información brindada es confidencial y será solo utilizada con fines informativos. Muchas gracias por su colaboración.

2) Sexo

- Femenino
- Masculino

3) Edad. Complete en años por favor _____

4) ¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron diabetes tipo2?

5) ¿Antes de haber recibido el diagnóstico, ¿Recuerda haber tenido síntomas que le hayan llamado la atención?

- SI
- No

6) En caso de haber respondido de forma afirmativa, ¿Recuerda cuáles fueron esos síntomas? Explique brevemente. Si no tuvo síntomas que le hayan llamado la atención por favor mencione NO.

7) Ante la presencia de esos síntomas, ¿Consultó con un amigo, vecino o familiar que también los hubiera tenido?

- Si
- No

8) ¿Tomo algún consejo de ellos?

- Si
- No

9) Si en la pregunta anterior respondió que tomo algunos consejos, explique brevemente cuales fueron.

10) ¿Cuánto tiempo transcurrió entre los primeros síntomas de la enfermedad y la consulta con un profesional de salud?

11) Desde el momento del diagnóstico de la enfermedad ¿Visito a diferentes profesionales?

- Si
- No

12) Si su respuesta fue afirmativa. Mencione cuáles eran las especialidades de los diferentes profesionales

13) ¿Qué profesional de los visitados, considera fundamental en el seguimiento de su enfermedad? Si no considera ninguno por favor mencione NO

14) ¿Cuáles son los cuidados de su salud que usted lleva adelante con mayor frecuencia para evitar complicaciones de su enfermedad? Comente brevemente. Si no identifica ninguno por favor mencione NO

15) Habitualmente ¿Consume medicamentos para su enfermedad indicados por el médico? Menciónelos. Si no consume por favor mencione NO.

16) ¿Hay otro producto que usted consuma para mejorar su salud, tales como medicamentos por cuenta propia, hierbas, te, etc? Menciónelos. Si no consume por favor mencione NO.

17) De las comidas que realiza con mayor frecuencia ¿con qué opción se identifica?

- Desayuno, almuerzo, merienda, cena y 2 colaciones
- Desayuno, almuerzo, merienda y cena
- Desayuno, almuerzo, cena y 1 colación
- Almuerzo, merienda, cena y 1 colación
- Almuerzo, merienda y cena
- Desayuno, almuerzo y cena

18) En cuanto a la frecuencia de consumo de lácteos y sus derivados, elija la opción que representa su consumo:

Alimento	No consume	Menos de 1 vez a la semana	1 vez /semana	2-3 veces/ semana	3-4 veces/ semana	Todos los días	1 vez/ día	2 veces / día
Leche entera								
Leche descremada								
Yogurt entero								
Yogurt descremado								
Queso untable entero								
Queso untable descremado								
Queso cremoso entero								
Queso cremoso descremado								
Queso de rayar								

19) En cuanto a la frecuencia de consumo de huevo, carnes y derivado, elija la opción que representa su consumo:

Alimento	No consume	Menos de 1 vez a la semana	1 vez /semana	2-3 veces/ semana	3-4 veces/ semana	Todos los días	1 vez/ día	2 veces / día
Huevo								
Carne roja, pescado, pollo								
Fiambres								
Hamburguesas industriales								
Salchichas								

20) En cuanto a la frecuencia de consumo de frutas y verduras, elija la opción que representa su consumo:

Alimento	No consume	Menos de 1 vez a la semana	1 vez /semana	2-3 veces/ semana	3-4 veces/ semana	Todos los días	1 vez/ día	2 veces / día
Vegetales grupo A (acelga, espinaca, espárragos, brócoli, coliflor, rabanito, radicheta, rúcula, tomate, lechuga, zapallitos, zucchini, berenjena, ají ,hongos, pepino)								
Vegetales grupo B (cebolla, cebolla de verdeo, chauchas, puerro, alcaucil, remolacha, brote de soja, palmitos, zapallo, calabaza, zanahoria)								
Vegetales grupo c (papa, batata choclo)								
Frutas grupo A (Frutilla, guinda, cereza, melón, melón, sandía, durazno, ciruela, frambuesa, maracuyá, moras, arándanos, mandarina, manzana, naranja, mango, pomelo, pera, kiwi, damasco, ananá,								

quinotos)								
Frutas grupo B (Banana, higo, uva)								

21) En cuanto a la frecuencia de consumo de cereales, pastas secas, pastas frescas y legumbres, elija la opción que representa su consumo:

Alimento	No consume	Menos de 1 vez a la semana	1 vez /semana	2-3 veces/ semana	3-4 veces/ semana	Todos los días	1 vez/ día	2 veces / día
Fideos secos, arroz, polenta								
Pastas frescas								
Copos de cereales								
Legumbres (porotos, lentejas, garbanzos, soja, etc)								
Empanadas								
Pizza								
Tartas								

22) En cuanto a la frecuencia de consumo de panes, galletitas y productos de panadería elija la opción que representa su consumo:

Alimento	No consume	Menos de 1 vez a la semana	1 vez /semana	2-3 veces/ semana	3-4 veces/ semana	Todos los días	1 vez/ día	2 veces / día
Pan común								
Pan común integral								
Pan lactal								

Pan lactal integral								
Galletitas de agua								
Galletitas dulces								
Productos de panadería (facturas, tortas, bizcochitos)								
Productos de copetín (papas fritas, palitos, chizitos)								

23) En cuanto a la frecuencia de consumo de mermelada, dulce de leche y azúcar de mesa, elija la opción que representa su consumo:

Alimento	No consume	Menos de 1 vez a la semana	1 vez /semana	2-3 veces/ semana	3-4 veces/ semana	Todos los días	1 vez/ día	2 veces / día
Mermelada común								
Mermelada light								
Dulce de leche común								
Dulce de leche light								
Azúcar de mesa								

24) En cuanto a la frecuencia de consumo de los siguientes postres, elija la opción que representa su consumo:

Alimento	No consume	Menos de 1 vez a la semana	1 vez /semana	2-3 veces/ semana	3-4 veces/ semana	Todos los días	1 vez/ día	2 veces / día
Flan común/ postre común								

Flan diet/ postre diet								
Gelatina común								
Gelatina diet								
Helado								

25) En cuanto a la frecuencia de consumo frutos secos, elija la opción que representa su consumo:

Alimento	No consume	Menos de 1 vez a la semana	1 vez /semana	2-3 veces/ semana	3-4 veces/ semana	Todos los días	1 vez/ día	2 veces / día
Frutos secos (almendras, nueces, avellanas, etc.)								
Aceites(girasol, maíz, oliva, alto aleico)								

26) En cuanto a la frecuencia de consumo de mayonesa, manteca, margarina y crema de leche, elija la opción que representa su consumo:

Alimento	No consume	Menos de 1 vez a la semana	1 vez /semana	2-3 veces/ semana	3-4 veces/ semana	Todos los días	1 vez/ día	2 veces / día
Manteca								
Manteca light								
Margarina								
Margarina light								
Mayonesa								
Mayonesa light								

Crema de leche								
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--

27) En cuanto a la frecuencia de consumo de las siguientes bebidas, elija la opción que representa su consumo:

Alimento	No consume	Menos de 1 vez a la semana	1 vez /semana	2-3 veces/ semana	3-4 veces/ semana	Todos los días	1 vez/ día	2 veces / día
Gaseosa con azúcar								
Gaseosa light								
Jugos comerciales con azúcar								
Jugos comerciales light								
Bebidas alcohólicas								
Agua potable, mineral								

28) ¿Realiza actividad física?

- Si
- No. Saltear y responder la última pregunta

29) ¿Con que frecuencia realiza actividad física?

Actividad	No realiza	Menos de 1 vez a la semana	1 vez/ semana	2-3 veces semana	3-4 veces semana	Todos los días
Leve: yoga, caminata a ritmo suave, bicicleta ritmo suave (American society of clinical oncology,2018)						
Moderada: caminata a paso ligero;						

baile; ejercicio leve a moderado con máquinas de gimnasio, nadar suave, andar en bicicleta sobre terreno llano, futbol de moderada intensidad, tenis de moderada intensidad, basket de moderada intensidad (OMS,2020)						
Intensa: correr; ascender a paso rápido; desplazamientos rápidos en bicicleta; aerobic; natación rápida; fútbol, voleibol, hockey y baloncesto de moderación intensa (OMS,2020)						

30) Para las actividades que selecciono en el ítem anterior, indique en el siguiente cuadro el tiempo:

Actividad	30 minutos	45 minutos	60 hora	Mas de 60 hora
Leve: yoga, caminata a ritmo suave, bicicleta ritmo suave (American society of clinical oncology,2018)				
Moderada :caminata a paso ligero; baile; ejercicio leve a moderado con maquinas de gimnasio, nadar suave, andar en bicicleta sobre terreno llano, futbol de moderada intensidad, tenis de moderada intensidad, basket de moderada intensidad (OMS,2020)				
Intensa: correr; ascender a paso rápido; desplazamientos rápidos en bicicleta; aerobic; natación rápida; fútbol, voleibol, hockey y baloncesto de moderación intensa (OMS,2020)				

31) ¿En los últimos 12 meses se realizó control médico?

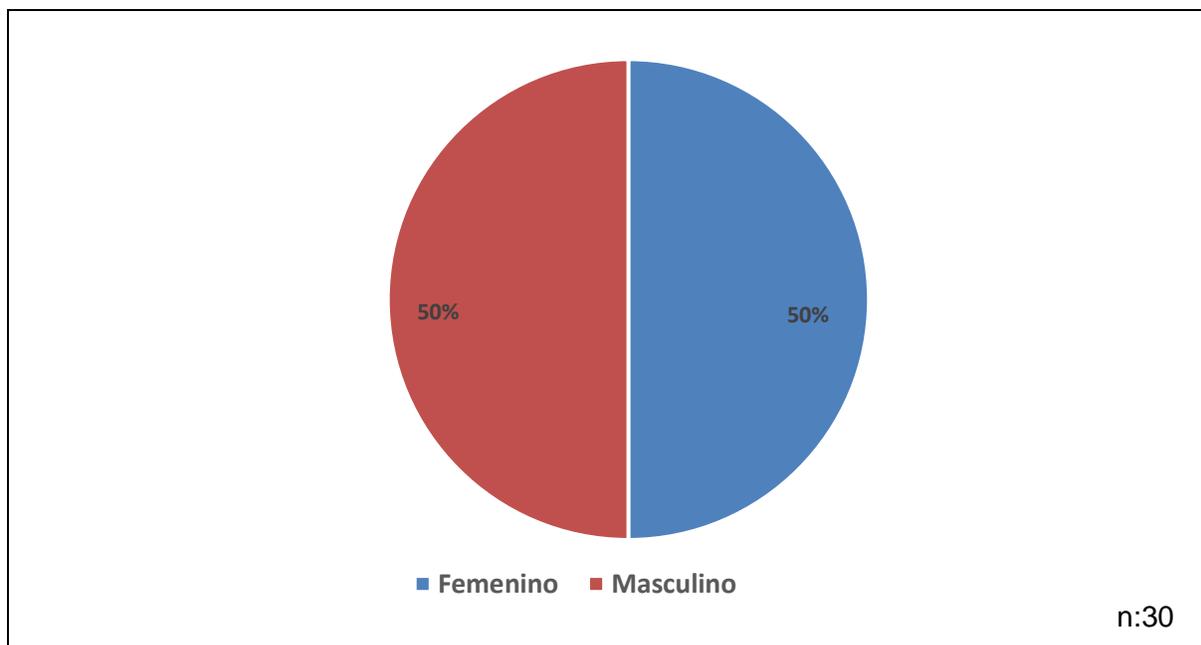
- Si
- No

ANALISIS DE DATOS

Para poder llevar a cabo la presente investigación se realizó un trabajo de campo con 30 pacientes con diabetes tipo 2 que residen en la ciudad de Mar del Plata en el año 2020 con el objetivo de determinar la trayectoria de la enfermedad, ingesta alimentaria y prácticas de prevención que realiza el paciente diabético 2 durante el transcurso de la enfermedad. La encuesta se realiza on line y es autoadministrada.

Inicialmente se presenta la distribución según el sexo de los pacientes con los que se realiza este trabajo.

Gráfico N°1: Distribución según sexo

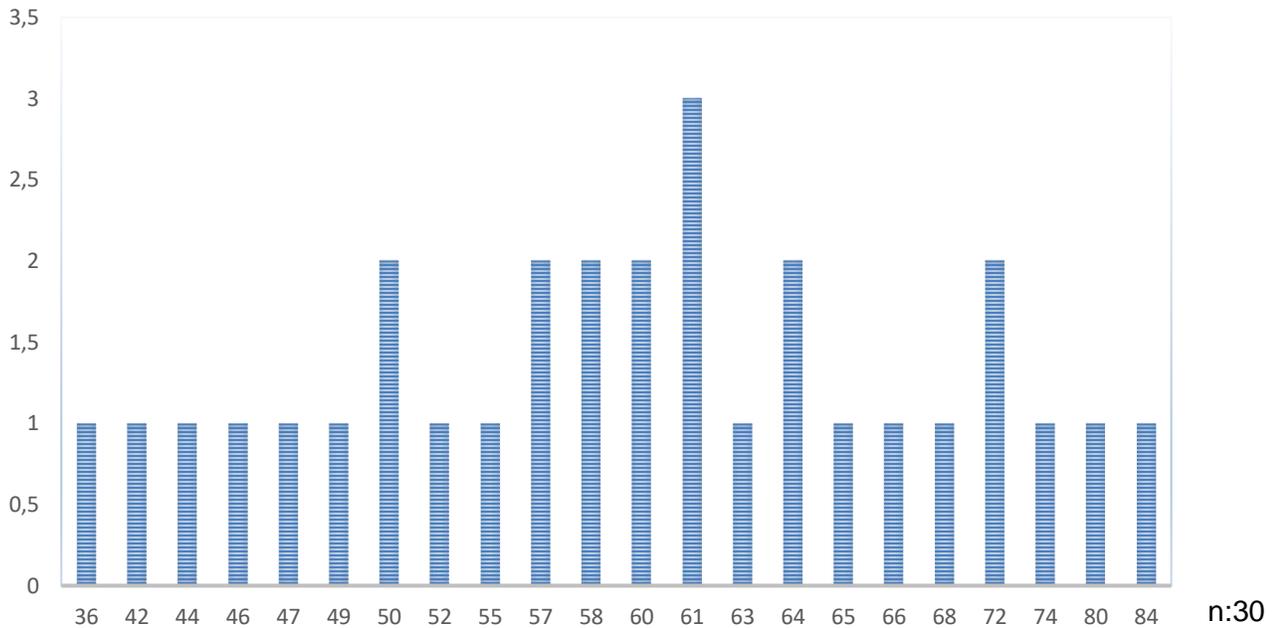


Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

En función de los resultados expuestos en el gráfico N°1 se observa la misma cantidad de pacientes tanto femeninos como masculinos.

Posteriormente se indagó acerca de la edad de los encuestados y los resultados se evidencian en el siguiente cuadro:

Gráfico N°2: Distribución según edad

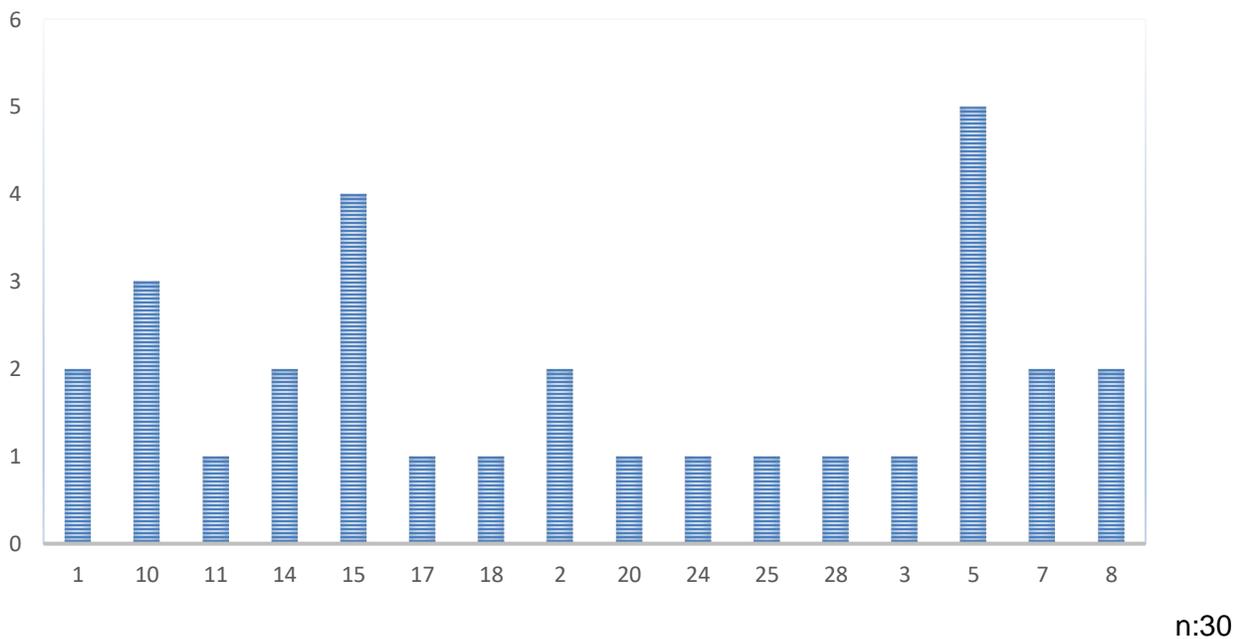


Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Se observa que las edades oscilan entre los 36 y 84 años, resultando la distribución de las mismas asimétricas. La edad promedio resulta de 59 años.

A continuación, se analizó la antigüedad de la enfermedad:

Gráfico N°3 Antigüedad de la enfermedad

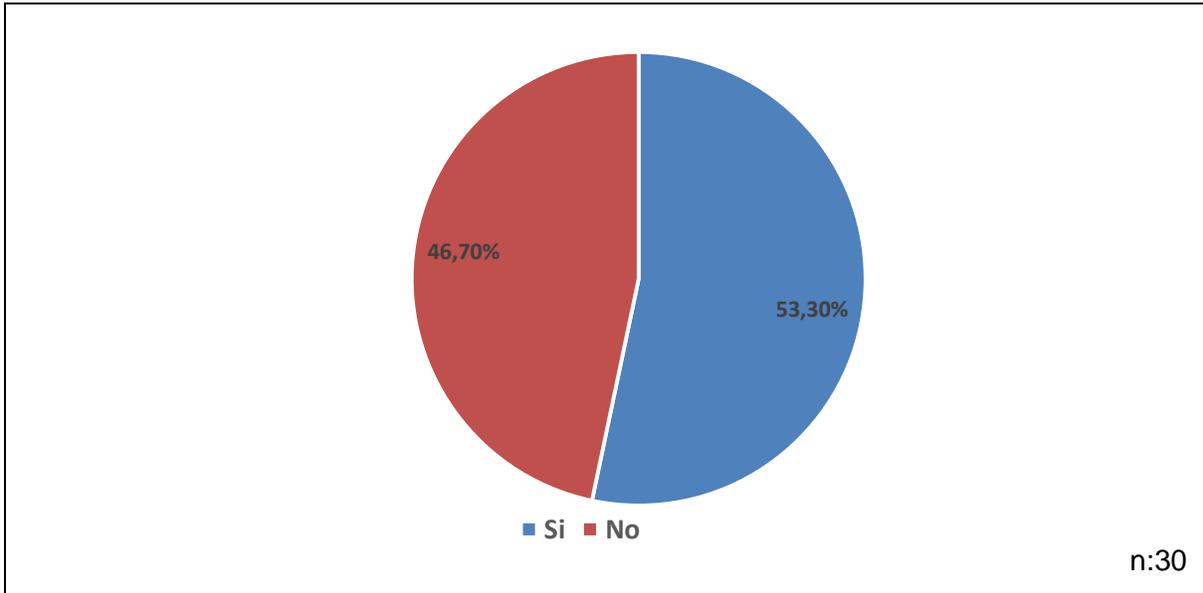


Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Del gráfico anterior se puede observar que, en promedio la antigüedad de la diabetes es de 10 años.

Los resultados obtenidos acerca de si tuvieron síntomas se detallan a continuación:

Gráfico N°4 Síntomas que llamaron su atención previa al diagnóstico



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Se observa que un poco más de la mitad de los pacientes notaron síntomas de la enfermedad, representando el 53,3%.

Al indagar cuales fueron esos síntomas, se obtuvieron los siguientes resultados:

Gráfico N°5: Síntomas frecuentes

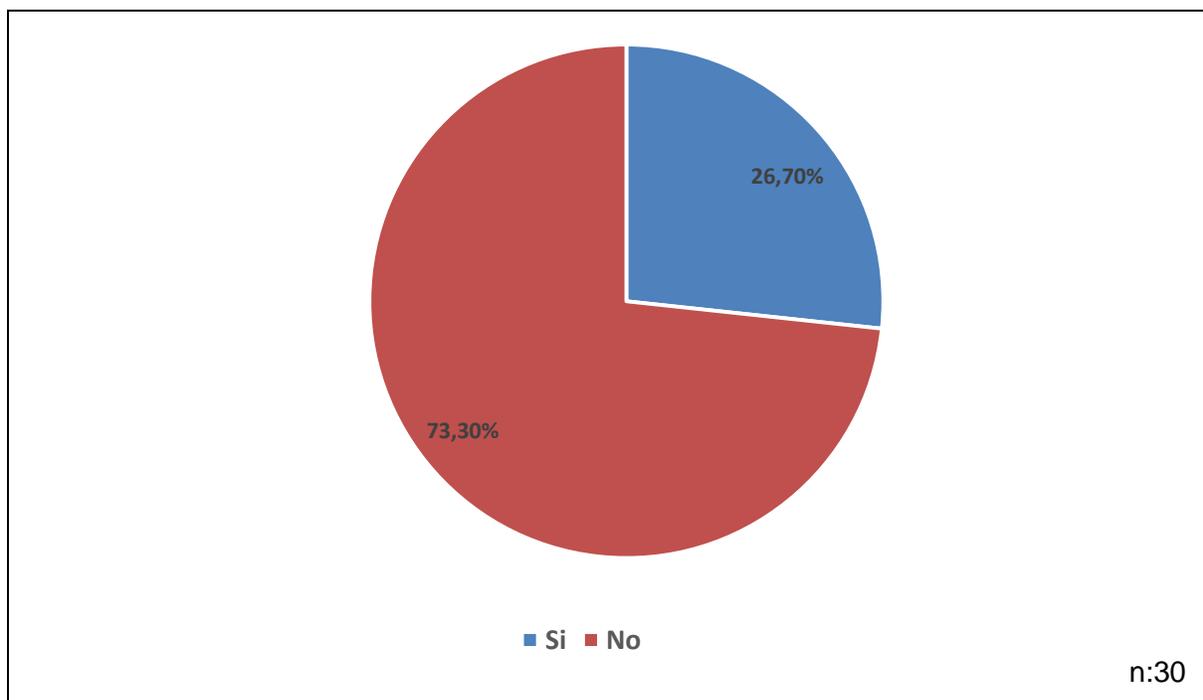


Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

En el gráfico anterior, se expone los síntomas más comunes que llamaron la atención de los diabéticos. Entre los más frecuentes se observa un claro predominio de ganas de orinar frecuente y la sed excesiva. Y entre los menos frecuentes se encuentra la no cicatrización de heridas, fatiga, apetito continuo, picazón intensa y pérdida de visión.

En el siguiente gráfico se analizó si a partir de estos síntomas consultaron a algún conocido, los resultados están reflejados en el siguiente gráfico:

Gráfico N°6: Consultas con amigo, vecino o familiar



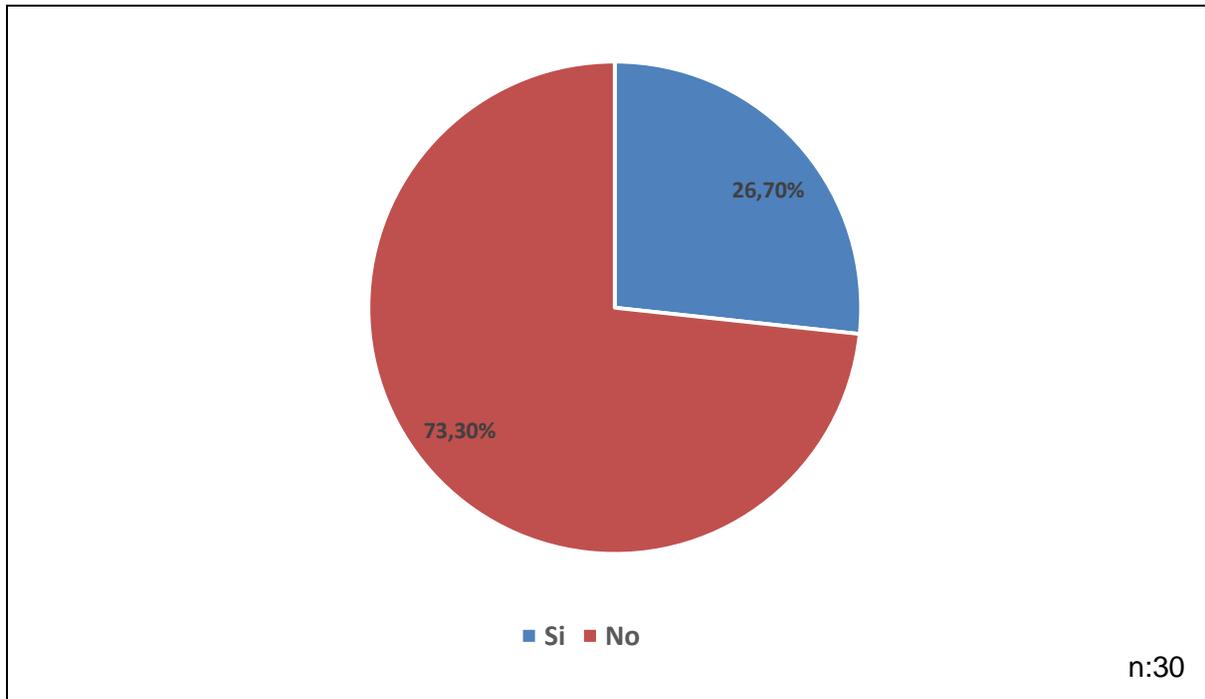
Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Como puede visualizarse, el 26,70% de los encuestados ante los síntomas de la enfermedad, consultó con algún amigo o familiar antes de acudir a un profesional médico.

Durante la realización de prácticas preventivas, autoatención, las personas se relacionan entre sí con los diferentes saberes que se encuentran en la sociedad, es la primera intervención que se realiza para detectar y diagnosticar un padecimiento.

En el próximo gráfico se detallan los resultados si tomaron algún consejo de esas personas.

Gráfico N°7 Consejos tomados por amigo, vecino o familiar



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

De los pacientes que consultaron con algún familia o conocido sobre los síntomas de la enfermedad, el 26,7% tomaron los consejos propuestos por esas personas.

Al indagar cuales fueron esos consejos, se reflejan los resultados en el siguiente grafico:

Gráfico N°8 Consejos tomados por amigo, vecino o familiar



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Entre los consejos brindados por diferentes personas, y al reconocer que estos son síntomas claros de diabetes tipo 2 algunos de estos consejos fueron que disminuya en consumo de azúcar, otros que disminuya el consumo de harinas y el más frecuente fue que consulte con un profesional de la salud.

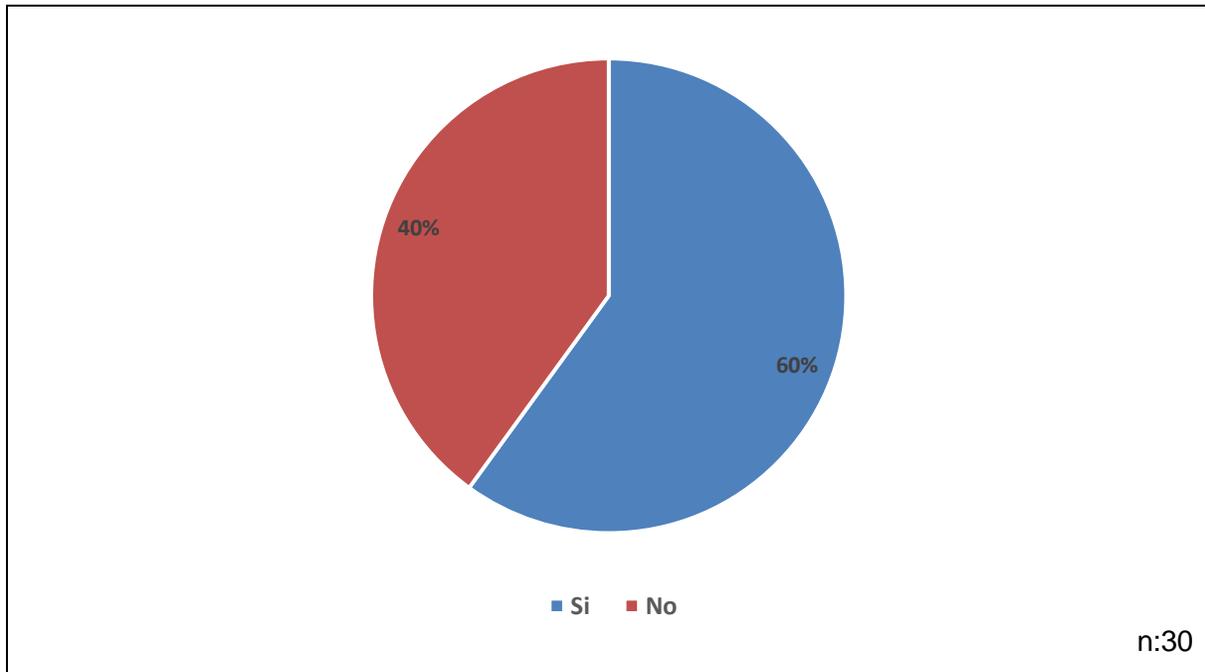
Gráfico N°9 Tiempo transcurrido entre los primeros síntomas y la consulta con un profesional



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

En el siguiente gráfico que expone el tiempo transcurrido entre los primeros síntomas y la consulta con un profesional de la salud, oscilan entre los 6 meses y los 2 años. Mientras que algunos de los pacientes lo descubrieron a través de chequeos médicos de rutina.

Gráfico N°10 Visita a diferentes profesionales



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

A partir del siguiente gráfico, se puede observar que más de la mitad de los encuestados consultaron con más de 1 profesional, estos representan el 60%.

Indagados acerca cuales eran las especialidades de los profesionales, los resultados fueron los siguientes:

Gráfico N°11 Especialidades de los profesionales visitados



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Entre las diferentes especialidades, las más frecuentes a las que acudieron los encuestados fueron medico clínico y diabetólogos.

A continuación, se detallan cuáles son los profesionales que consideran fundamentales en el seguimiento de su enfermedad:

Gráfico N°12: Profesionales considerados fundamentales



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

En el grafico N°12 se puede observar, que los encuestados reconocen que los profesionales considerados fundamentales son los médicos clínicos y los diabetólogos.

Seguidamente se detallan cuales son los cuidados de salud que los encuestados realizan con mayor frecuencia:

Gráfico N°13: Cuidados de salud que realiza con más frecuencia



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

En el siguiente gráfico se presentan los cuidados que los encuestados realizan con mayor frecuencia como forma de autoatención. Entre ellos, el más predominante es la alimentación saludable, ejercicio y medicación.

A continuación, se detallan los medicamentos que consumen indicados por el profesional médico.

Gráfico N°14: Consumo de medicamentos indicados por el médico



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Los medicamentos más frecuentes son la metformina y la insulina, esta última se puede observar en personas mayores, en la cual la diabetes está en una etapa avanzada.

Respecto al consumo de otros productos por cuenta propia se obtuvieron respuestas que se detallan en el siguiente gráfico:

Gráfico N°15: Productos que consume por cuenta propia

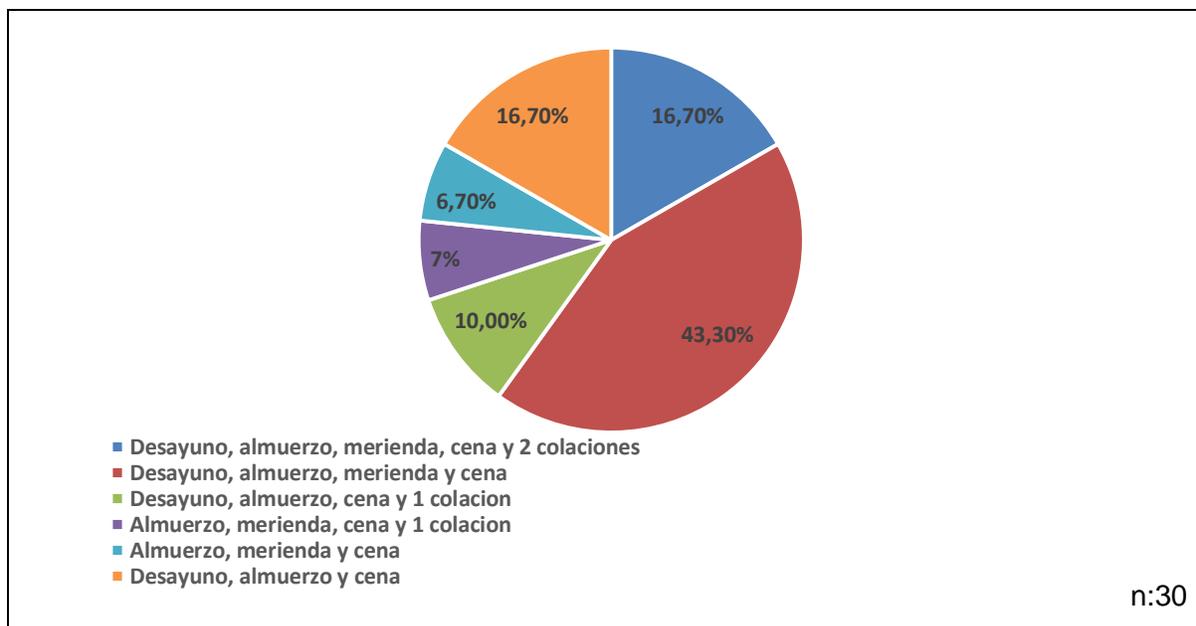


Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Entre todas las respuestas, lo más frecuente fue el consumo de herbolaria, tales como té de manzanilla, laurel, etc, esta es la principal forma de automedicación para las personas encuestadas.

En el siguiente gráfico se analizó las comidas diarias realizada por los encuestados:

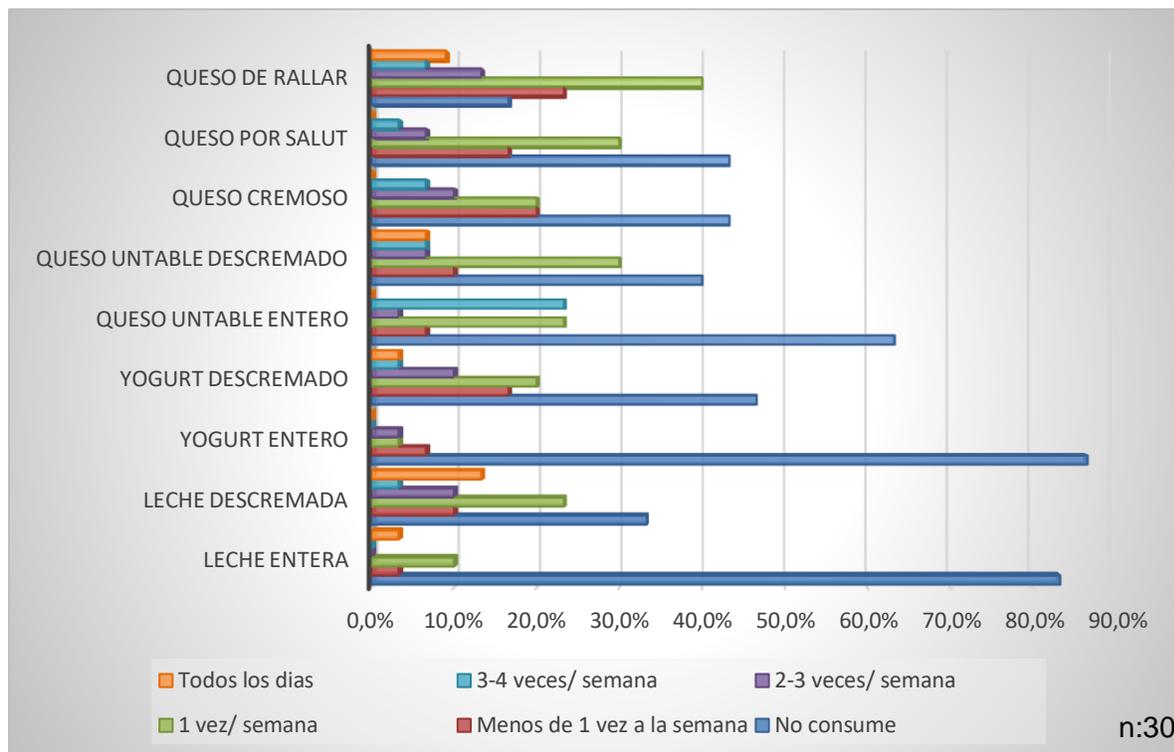
Gráfico N°16 Comidas diarias que realiza con mayor frecuencia



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

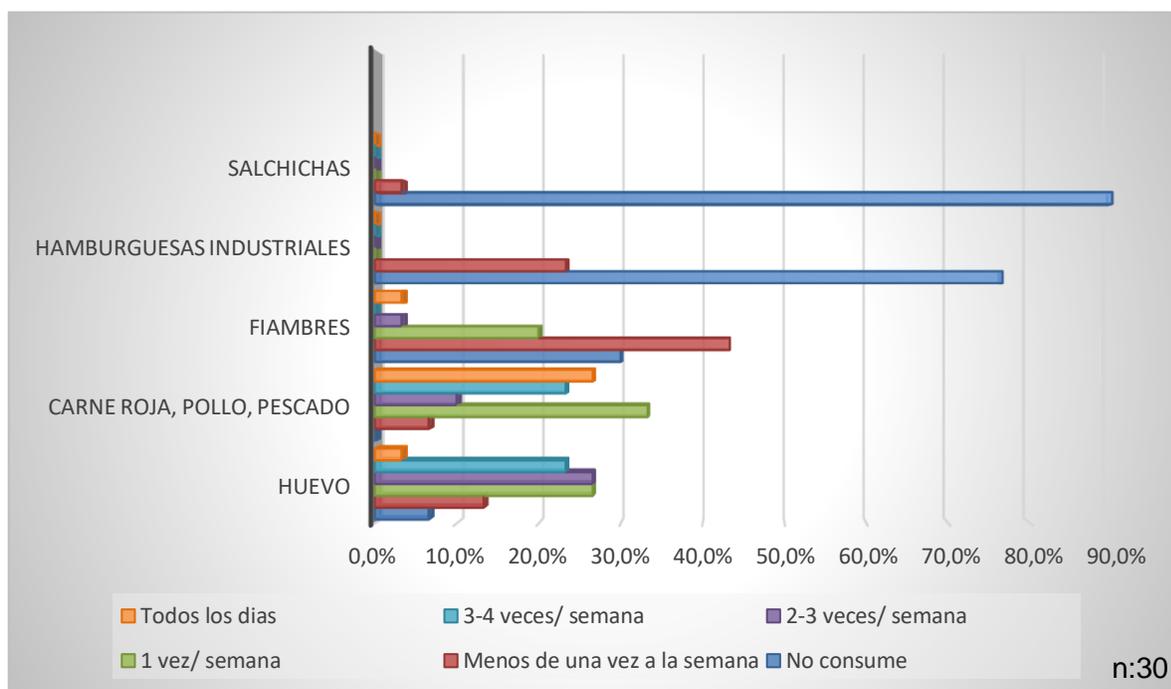
Tal como puede observarse, el 43,30% de los encuestados realiza con mayor frecuencia desayuno, almuerzo merienda, cena; seguida del 16,7 % que realizan desayuno, almuerzo, merienda, cena y 2 colaciones. Se considera una pauta alimentaria básica respetar las 4 comidas principales diarias.

En el siguiente cuadro se puede observar los resultados de la frecuencia de consumo lácteos y sus derivados.

Gráfico N°17 Frecuencia de consumo de lácteos y derivados

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

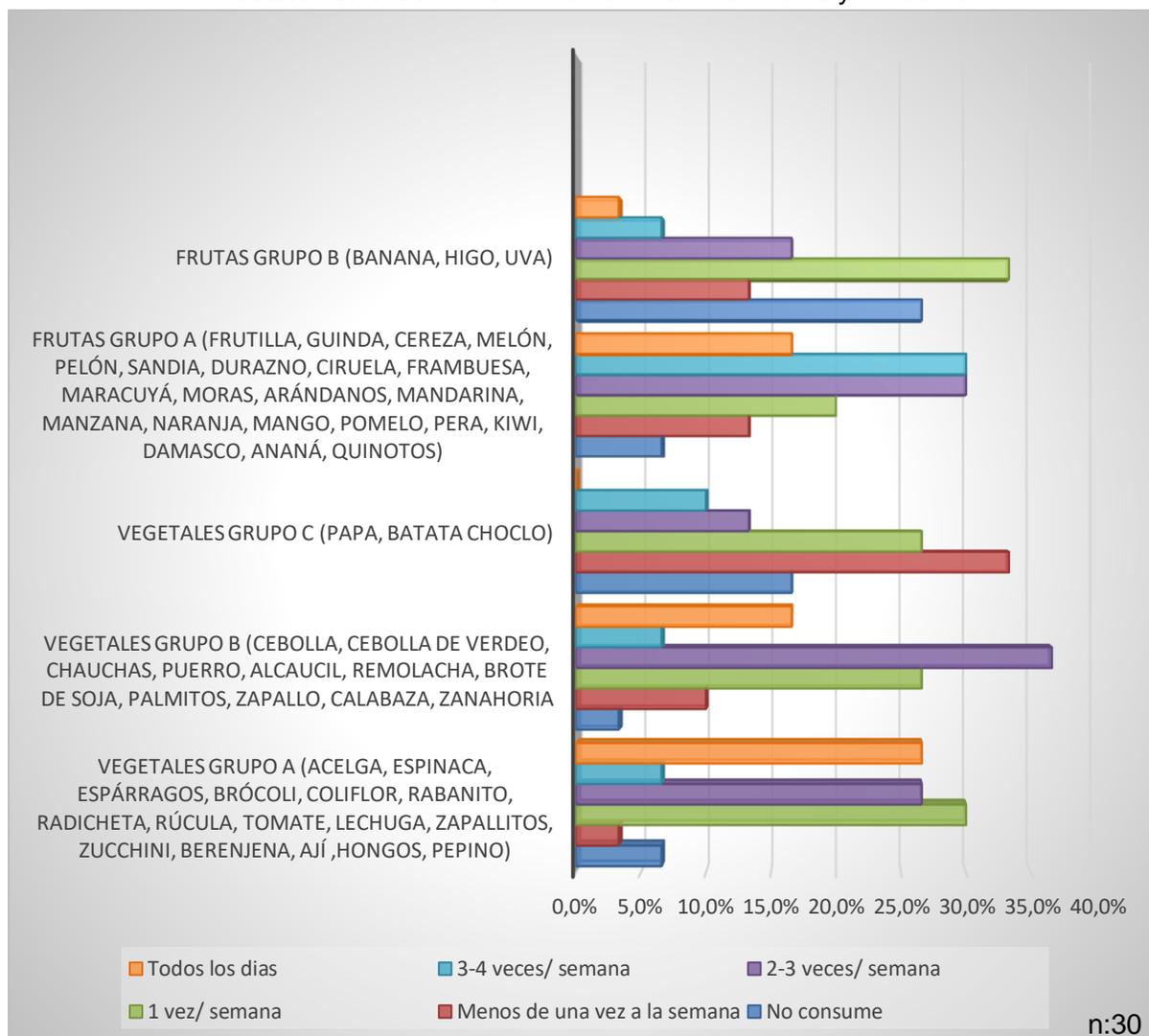
Surge del gráfico anterior con respecto a la leche entera, 83,33% no la consume, seguida por el 10% que la consumen 1 vez a la semana; la leche descremada representa el 23,3% para quienes la consumen 1 vez a la semana y seguida por el 13,3% que la consumen todos los días. Entre el yogurt entero y descremado, representado como 6,6% y 20% para quienes la consumen 1 vez a la semana respectivamente. En cuanto a los quesos untables, el 63,3% no consume queso untable entero, seguido por el 23,3% que lo consumen 1 vez/semana. El 40% no consume queso untable descremado, seguido por el 40% que lo consume 1 vez/semana. Con respecto a los quesos cremosos el 20% lo consume 1 vez a la semana seguido por el 10% que lo consume 2-3 veces a la semana; en cuanto al queso port salut, el 30% lo consume 1 vez a la semana. Por último con respecto al queso de rallar, el 40% lo consume 1 vez a la semana.

Gráfico N°18 Frecuencia de consumo de huevo, carne y derivados

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

El gráfico anterior muestra el consumo de huevo, los mayores porcentajes en el consumo fueron 1 vez semana y 2-3 veces/semana representado por el 26,6% cada uno y seguido por el 7% 3-4 veces/semana. En cuanto a las carnes, el 33,3% las consume 1 vez/semana, seguida de quienes la consumen todos los días y representa el 26,6%. Con respecto a los fiambres, el 43,3% los consume menos de 1 vez/semana, seguidamente por quienes no la consumen que son el 30% de los encuestados. Y finalmente, en cuanto al consumo de salchichas y hamburguesas industriales es notorio el porcentaje de quienes no la consumen, estos son el 90% y el 76,66% respectivamente.

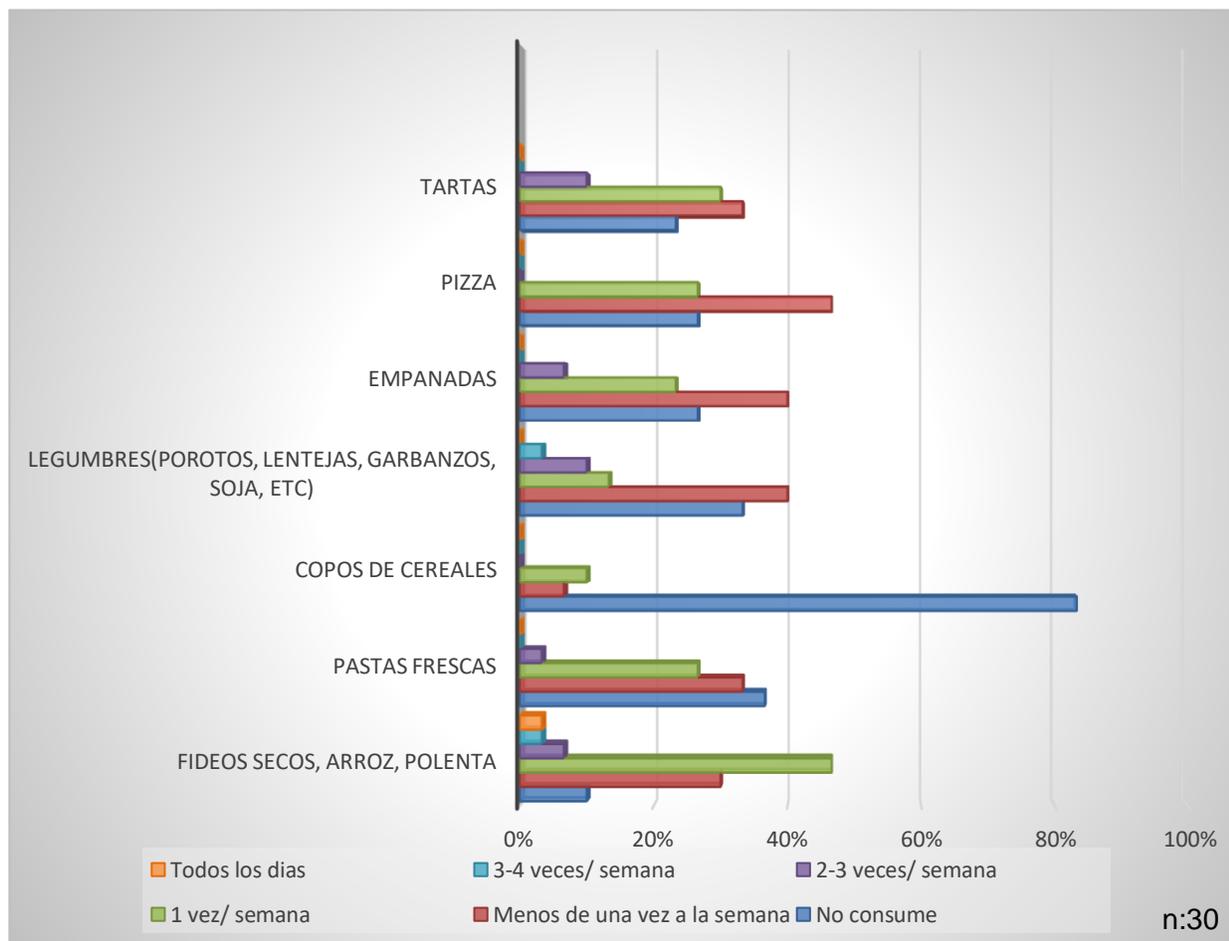
Gráfico N°19: Frecuencia de consumo de frutas y verduras



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Surge del gráfico anterior que el mayor porcentaje de consumo de verduras A y B es entre 1 vez/semana y 2-3 veces/semana, representadas para los vegetales de grupo A como el 30% y el 26,6%; para los vegetales del grupo B el 26,6% y el 36,6%. En cuanto a los vegetales del grupo C, el 33,3% lo consume menos de 1 vez a la semana de forma mayoritaria. El 30% consume frutas del grupo A entre 3-4 veces/semana siendo este el mayor porcentaje; y el 33,3% de los encuestados refieren consumir frutas del grupo B 1 vez/semana.

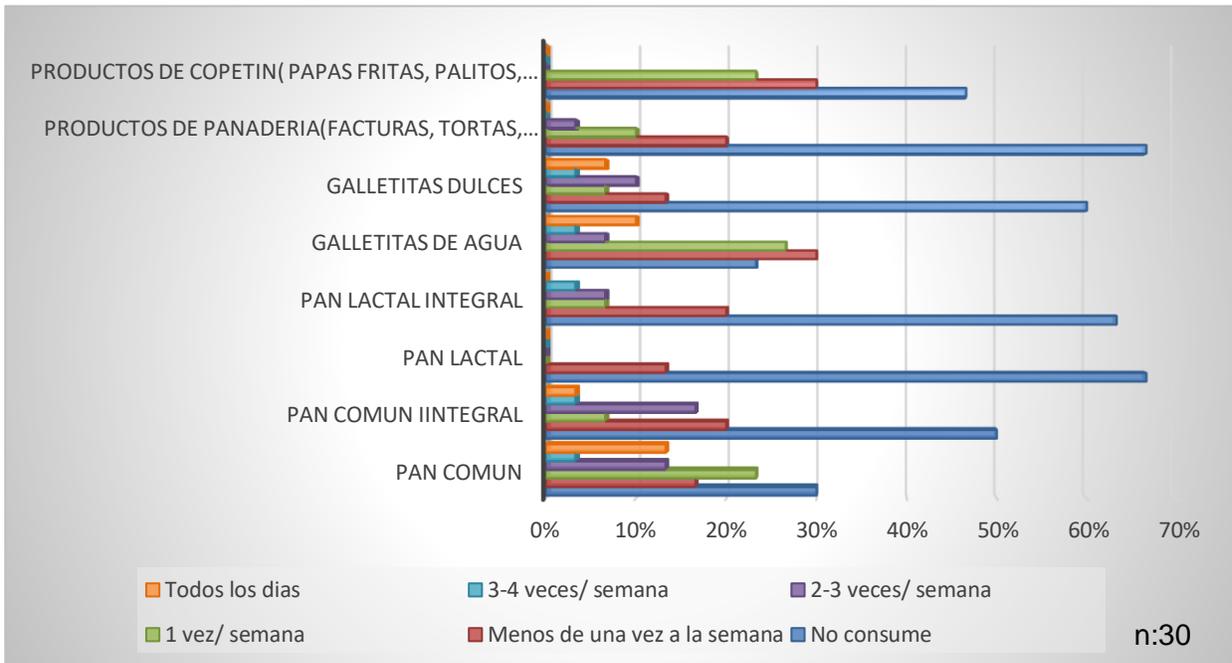
Gráfico N°20 Frecuencia de consumo de cereales, pastas secas, pastas frescas y legumbres



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Se puede observar como a los mayores porcentajes que el 46,6% consume Fideos, arroz, polenta 1 vez a la semana; mientras que las pastas frescas representan el 36,6% para quienes no la consumen, seguida del 33,3% para quienes la consumen menos de 1 vez a la semana. En referencia a los copos de cereales también la mayoría de los encuestados refieren no consumirla, representando el 83,33%. El 40% indica consumir legumbres menos de 1 vez a la semana y solo el 10% la consume 2-3 veces a la semana. En cuanto a las empanadas, pizzas y tartas, la mayor parte de los encuestados las consumen menos de 1 vez a la semana, representada como 40% para las empanadas y pizza y el 46% para las tartas.

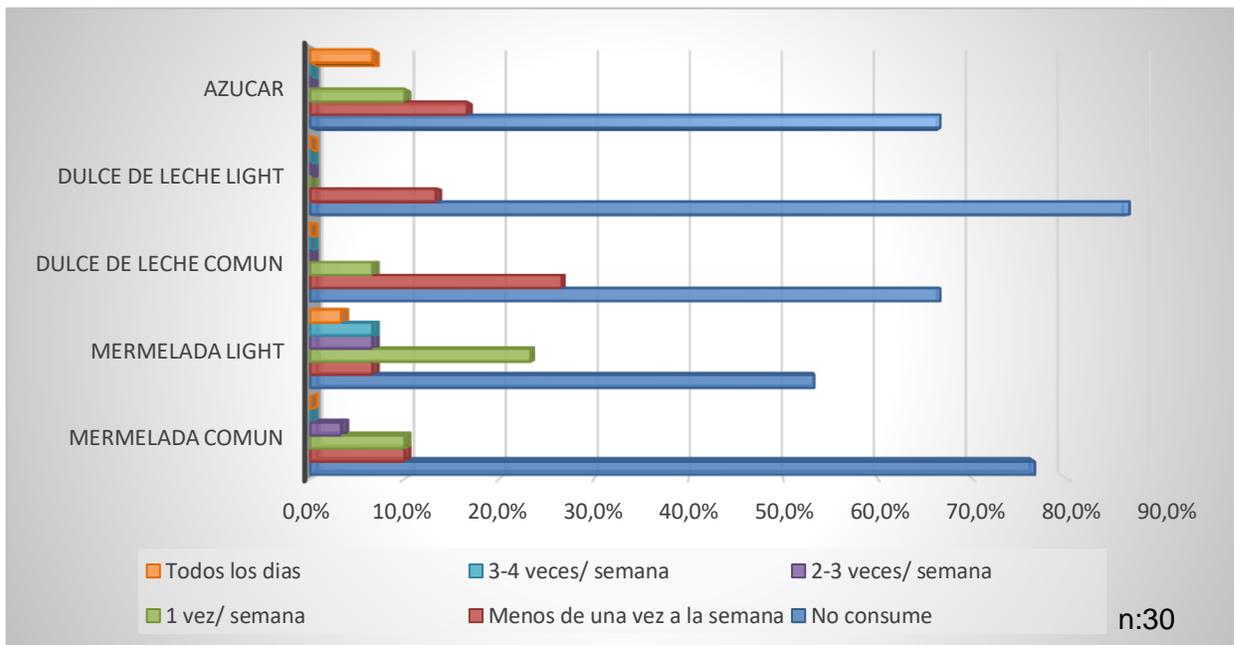
Gráfico N°21 Frecuencia de consumo de panes, galletitas, productos de panadería y copetín



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

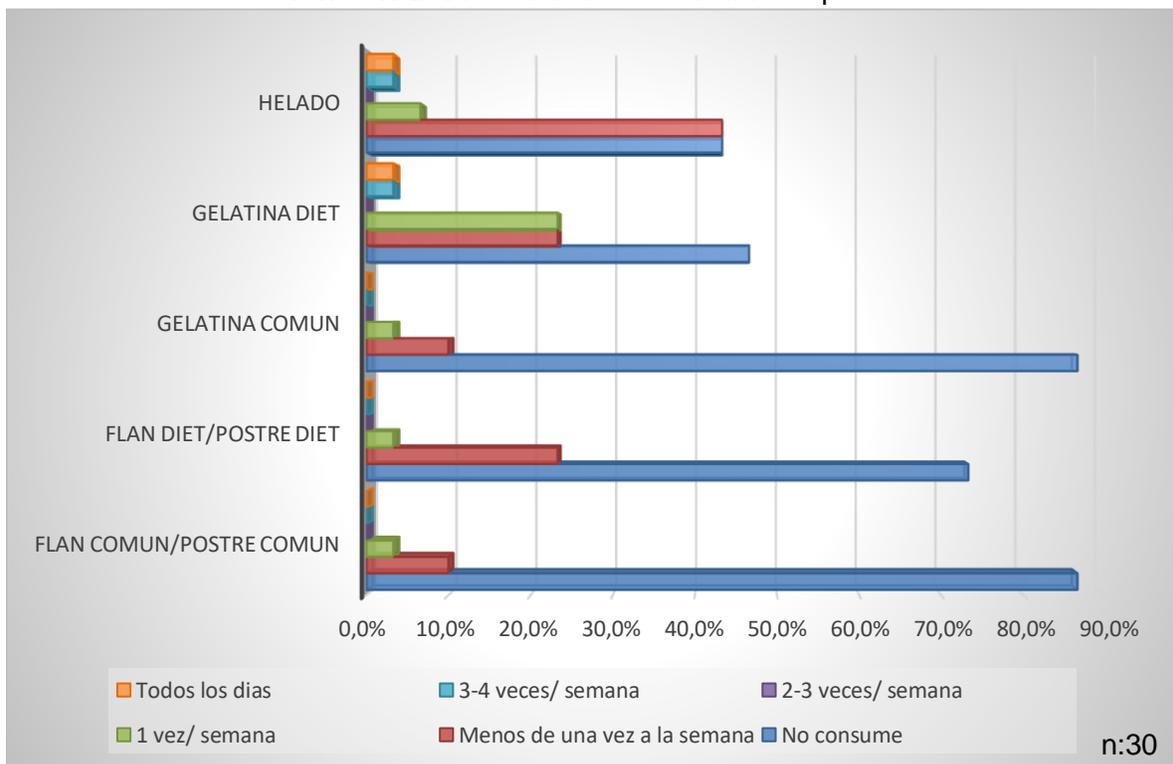
En referencia a los panes, el 23,3% refieren consumir pan común tipo francés 1 vez a la semana; para el pan común integral, el 20% lo consume menos de 1 vez a la semana, seguido por quienes lo consumen 2-3 veces a la semana y representa el 16,6%. Con respecto a las galletitas, el 30% indica consumir galletitas de agua menos de 1 vez a la semana; con una gran mayoría el 60% de los encuestados refiere no consumir galletitas duces, seguido del 13,3% que la consumen menos de una vez a la semana. Los datos obtenidos para los productos de panadería indican que el 66,66% no los consume, seguida del 20% quienes la consumen menos de 1 vez a la semana. Y para los productos de copetín, el 46,66% no las consume, seguidamente del 30% quienes lo consumen menos de 1 vez a la semana.

Gráfico N°22 Frecuencia de consumo de mermeladas, dulce de leche y azúcar



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

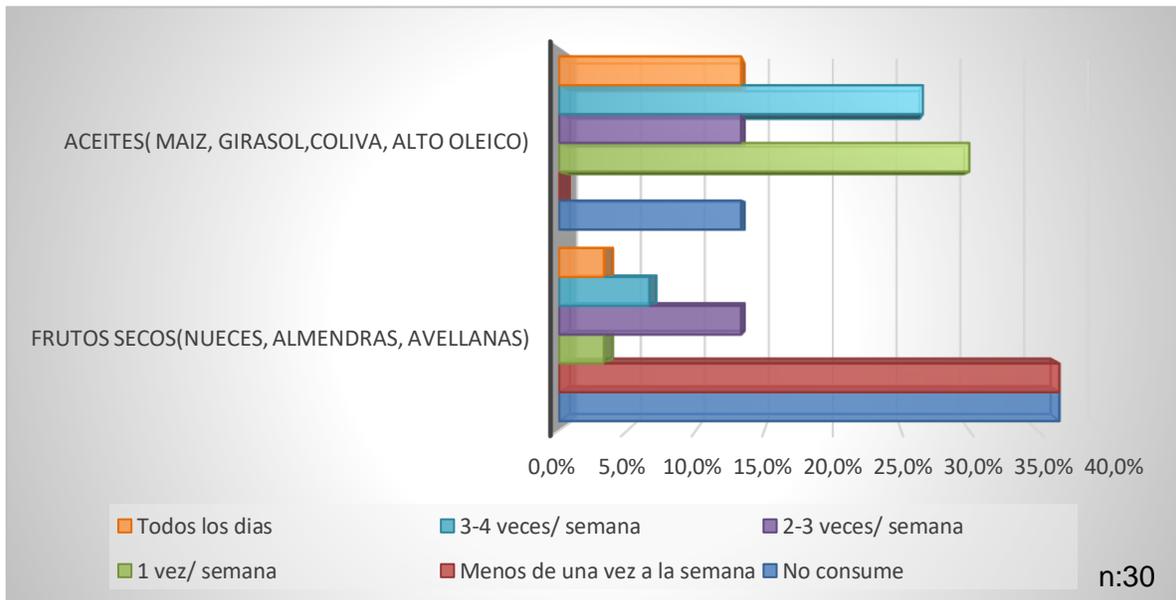
En el cuadro anterior se muestran los datos recogidos sobre el consumo de dulces y azúcar común. En cuanto a las mermeladas, con una amplia mayoría, el 76,66% no consume mermelada común, seguida por un 10% quienes si la consumen 1 vez a la semana y menos de 1 vez a la semana. El 53,33% no consume mermelada light, seguida por un 23,3% que la consumen 1 vez a la semana. Para el dulce de leche común y light, el 66,6% y el 86,6% respectivamente no lo consumen. El azúcar de mesa de presenta el 66,66% para quienes no la consumen seguida por el 16,6% para quienes la consumen menos de 1 vez a la semana.

Gráfico N°23: Frecuencia de consumo de postres

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Para el flan/ postre común, el 86,6% refiere no consumirlos; mientras que para el flan diet/postre, con una gran mayoría también, el 73,33% indican no consumirlos, seguido por el 23,33% que lo consumen menos de 1 vez a la semana. En cuanto a las gelatinas, el 86,66% no consume gelatina común. Representando a la mayoría de los encuestados, el 46,6% tampoco consume gelatina light seguida por el 23,33% que la consumen 1 vez a la semana. Y por último, en referencia a los helados, el 43,33% indica no consumirlos y el mismo porcentaje indica consumirlos menos de 1 vez a la semana

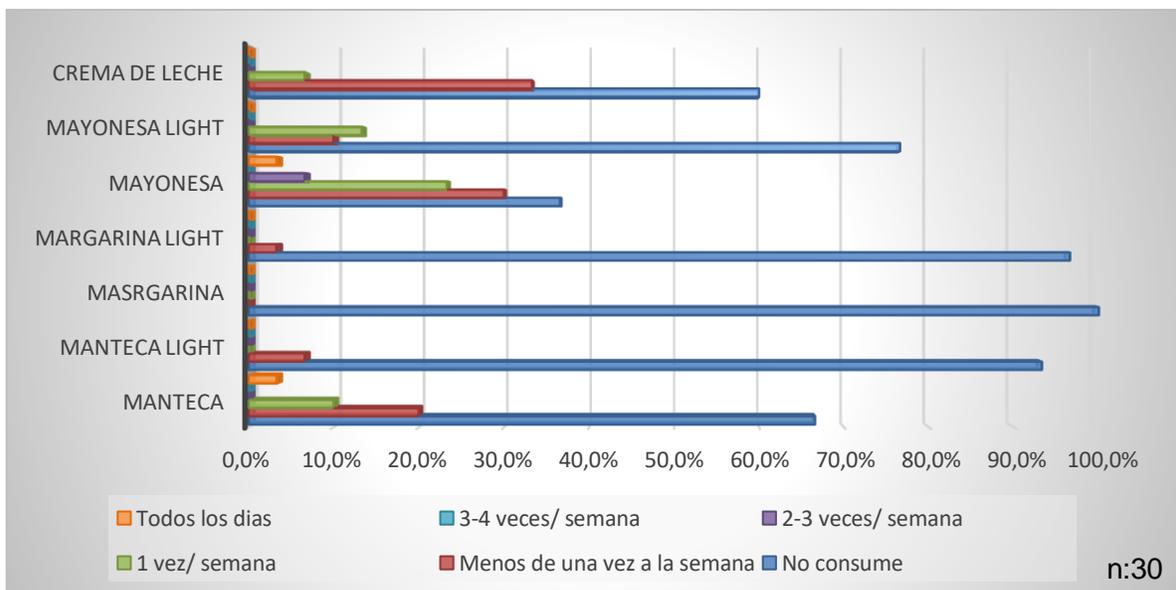
Gráfico N°24 Frecuencia de consumo de frutos secos y aceites



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

El gráfico anterior muestra que el 36,6% no consume frutos secos y la misma cantidad lo consume menos de 1 vez a la semana y seguida por el 13,3% que lo consume 2-3 veces por semana. Y en cuanto a los aceites, el 30% indica consumirlos 1 vez a la semana, seguido por el 26,3% quienes lo consumen 3-4 veces a la semana.

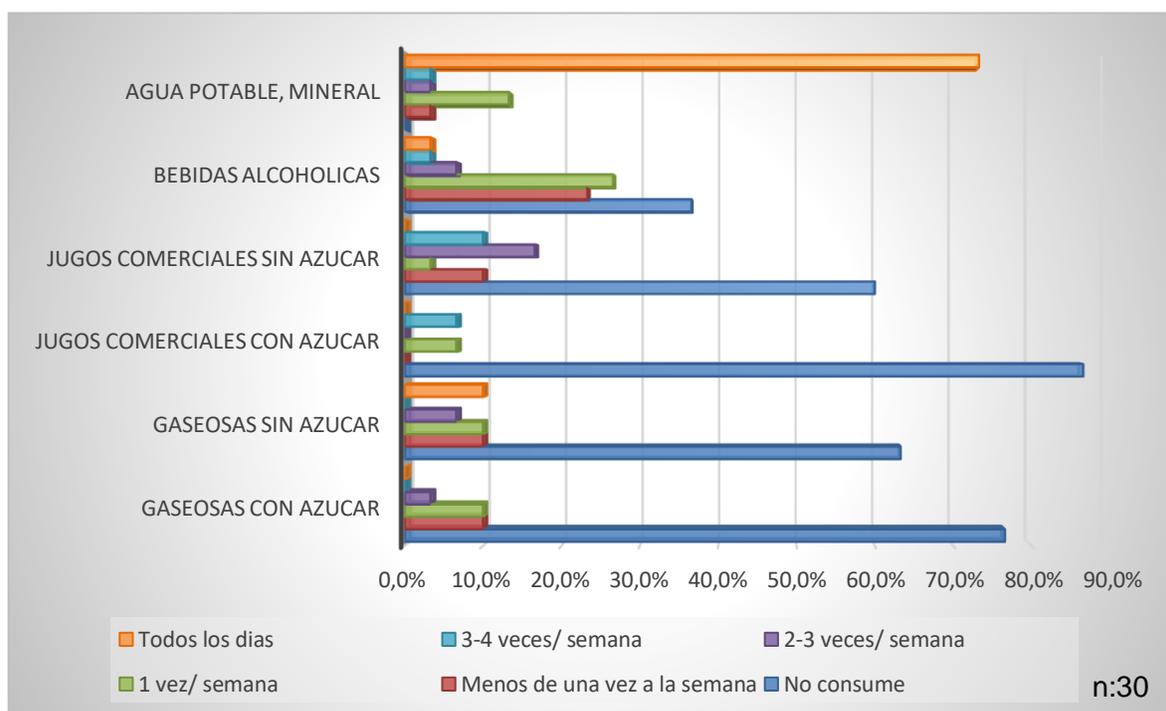
Gráfico N°25 Frecuencia de consumo de consumo de mayonesa, manteca, margarina y crema de leche



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Se puede observar con una amplia mayoría, que el 66,6% y el 93,3% no consumen manteca común y manteca light, mientras que el 20% y el 6,6% respectivamente lo hacen 1 vez a la semana. Para la margarina común, representada por el 100% y la margarina light representada con el 96,6% de los encuestados quienes refieren no consumirlas. El 36,6% indica no consumir mayonesa, seguido por el 23,3% que la consume menos de 1 vez a la semana; para la mayonesa light, el 76,66% no la consume, seguida por quienes la consumen 1 vez a la semana, representada por el 13,3%. Finalmente, la crema de leche representa el 60% para quienes no la consumen y seguida por el 33,3% para quienes la consumen menos de 1 vez a la semana.

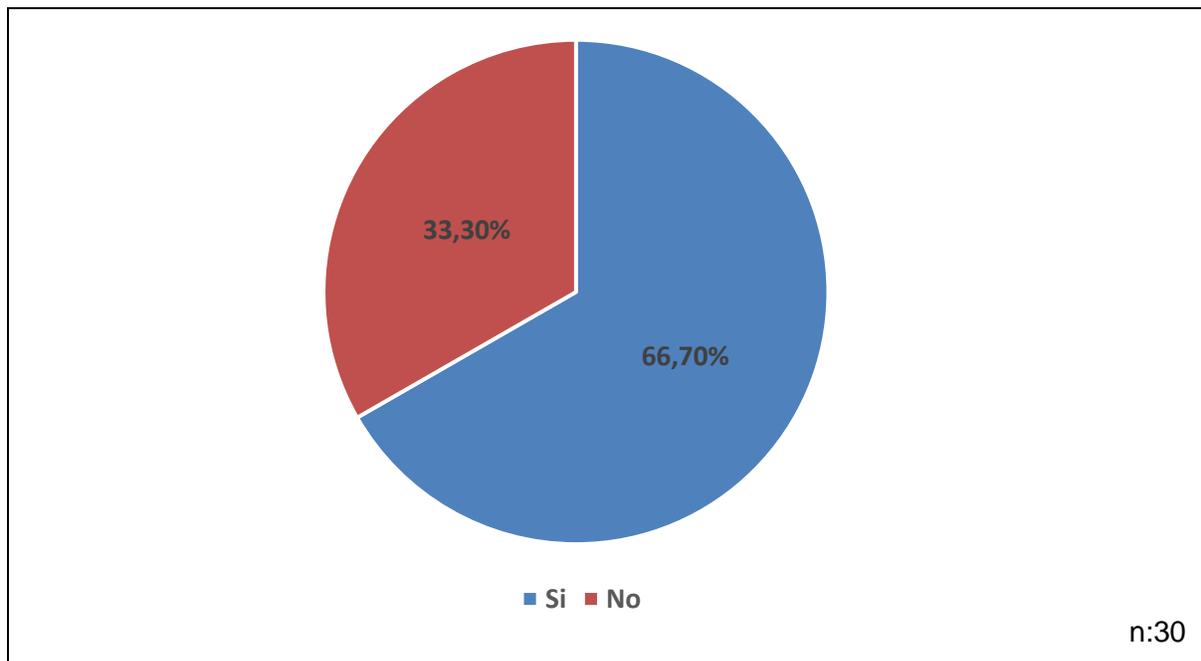
Gráfico N°26 Frecuencia de consumo de consumo de bebidas



El gráfico anterior muestra que el 76,6% no consume gaseosas con azúcar, seguidas por el 10% quienes refieren consumirlas 1 vez a la semana y menos de 1 vez a la semana. Para la gaseosa sin azúcar, también la mayoría refiere no consumirlas, representada con el 63,3%, y seguida por el 10% que indican consumirla todos los días. El 86,6% y el 60% no consumen jugos comerciales con azúcar y jugos sin azúcar respectivamente, seguidos del 6,6% que lo consumen 3.4 veces a la semana para el jugo con azúcar y el 16,6% para los jugos sin azúcar quienes lo consumen 2-3 veces a la

semana. Para las bebidas alcohólicas el 36,6% indica no consumirlo, seguida por el 26,6% que lo consume 1 vez a la semana. Por último, el 73,3% de los encuestados refieren consumir agua todos los días, seguido y de forma notable el 13,3% solo la consume 1 vez a la semana.

Gráfico N°27 Realiza actividad física

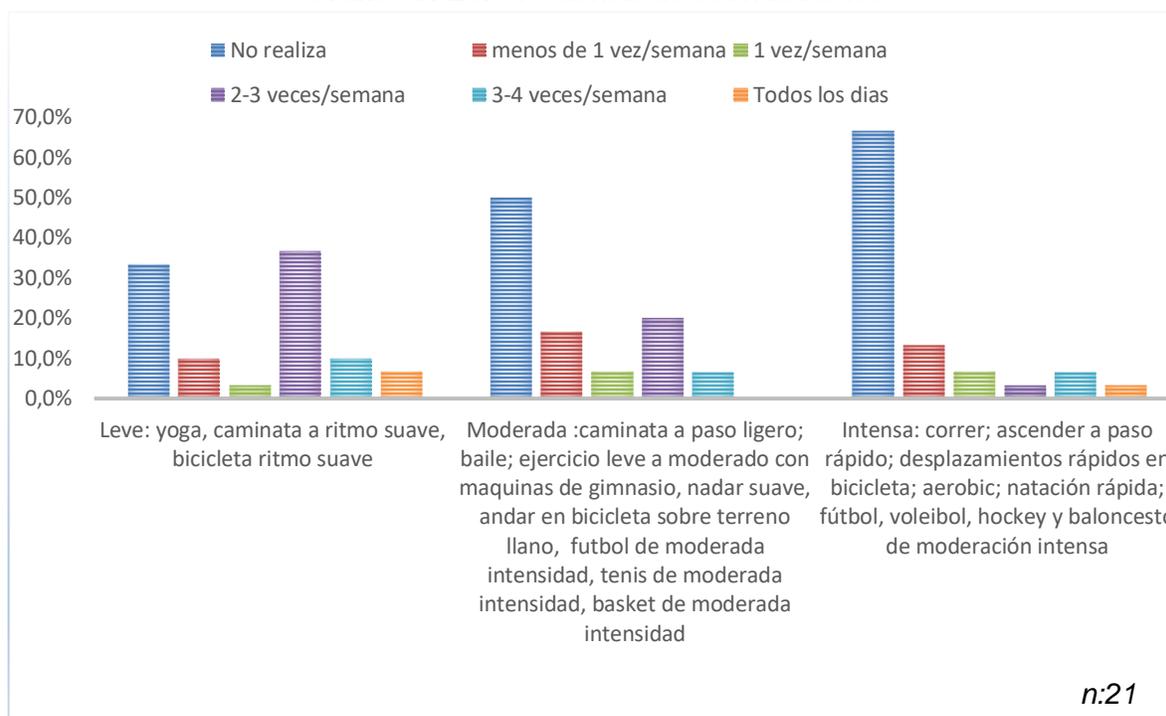


Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

A partir del gráfico anterior surgen los datos brindados por los encuestados, el 66,7% respondieron que realizan actividad física. Una medida importante como forma de tratamiento y prevención de complicaciones para la diabetes tipo 2.

En el próximo gráfico se detallan el tipo de actividad física que realizan los encuestados:

Gráfico N°28: Frecuencia de actividad física

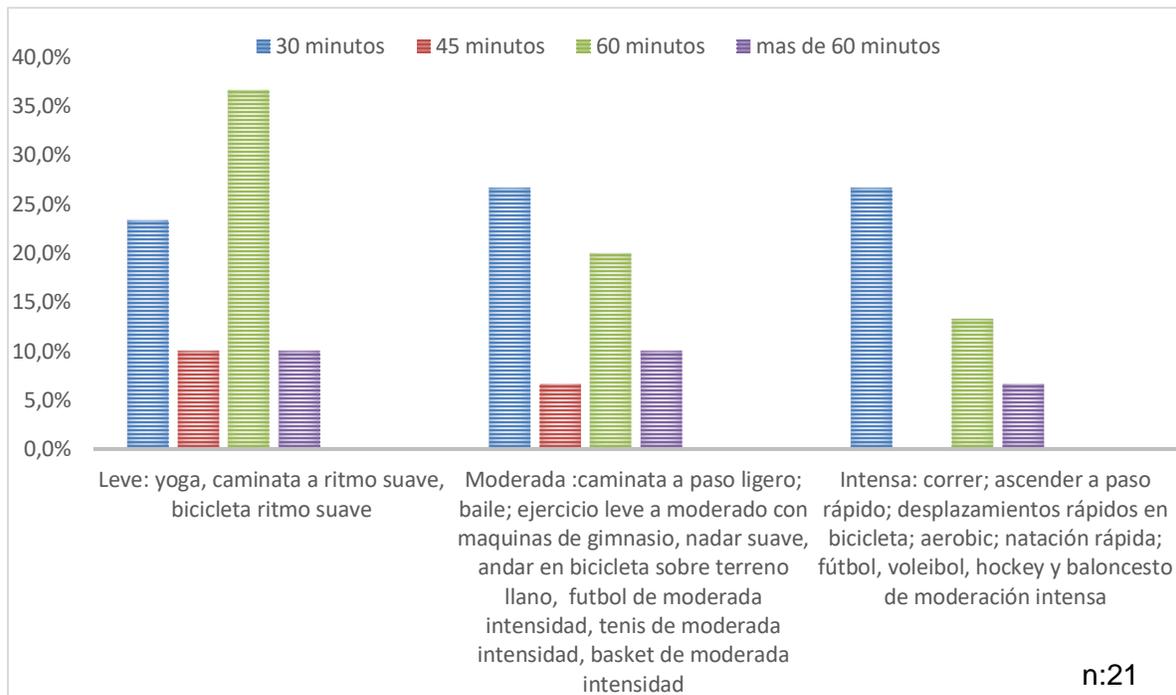


Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Al clasificar el tipo de actividad física según la intensidad se determinan 3 categorías: Actividades de intensidad leve, de intensidad moderada y de alta intensidad. El 36,6% de los encuestados realizan actividad leve 2-3 veces por semana entre los cuales incluyen yoga, caminatas a ritmo suave, bicicleta a ritmo suave y otros. Solo el 20% realiza actividades de intensidad moderada, siendo esta la recomendada por ADA (2014), las cuales incluyen, caminata a paso ligero, baile, nadar suave, bicicleta sobre terreno llano, futbol, tenis y básquet de intensidad suave, entre otras. Y por último el 13,3% realiza actividad física intensa 1 vez a la semana en las cuales se incluyen correr, ascender a paso rápido, desplazamientos rápidos en bicicletas, aerobico, natación rápida, entre otras.

Al indagar acerca del tiempo dedicado a la realización de actividad física. Se reflejan los resultados en el siguiente cuadro:

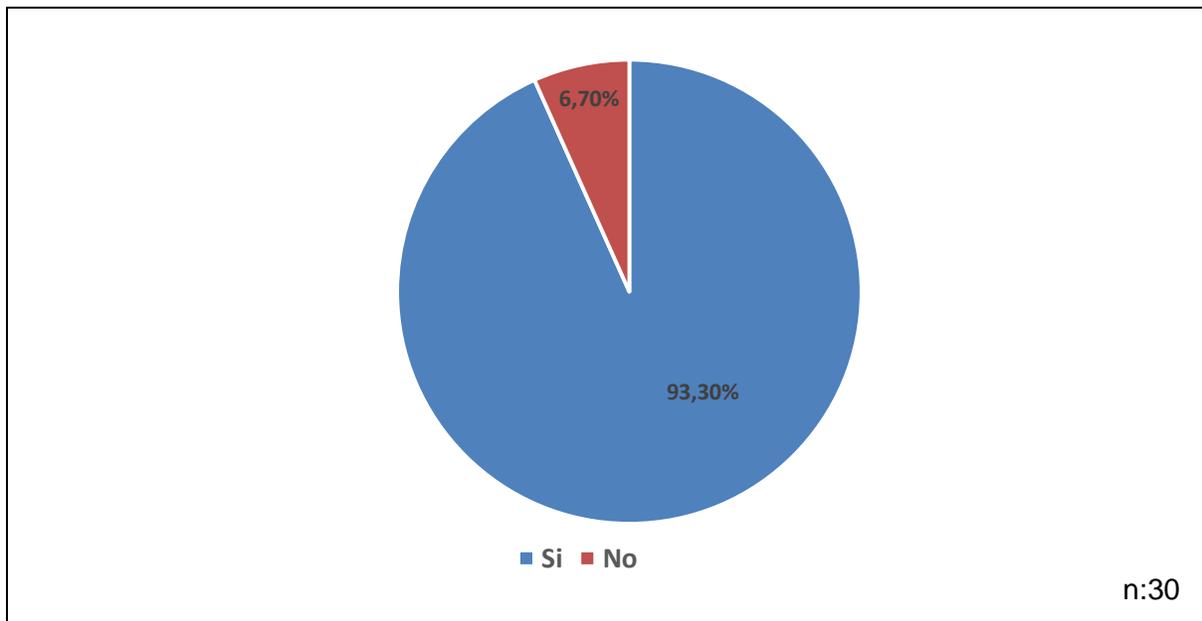
Gráfico N°29 Tiempo de la actividad física



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Para la actividad de intensidad leve el 36,6% indica que lo realiza durante 60 minutos, seguida del 23,3% que lo realiza durante 30 minutos. El 26,6% realiza actividad de moderada de intensidad durante 30 minutos seguido por el 20% que la realiza durante 60 minutos. Y por último, para la actividad intensa, el 26,6% la realizan durante 30 minutos siendo este el mayor porcentaje.

Gráfico N°30 Control médico en los últimos 12 meses



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Y finalmente, para el último gráfico, con una amplia mayoría, el 93,3% de los encuestados indica que se realiza controles médicos 1 vez al año. Siendo estas una de las medidas básicas y de gran importancia para el control de la enfermedad y la prevención de futuras complicaciones.

CONCLUSIONES

En la investigación se valoró la trayectoria de la enfermedad, ingesta alimentaria y prácticas de prevención que realiza el paciente diabético 2 de 40 a 80 años que residen en la ciudad de Mar del Plata mediante una encuesta on line autoadministrada.

La muestra (n:30) está conformada por 50% de pacientes del sexo femenino y 50% del masculino.

Con respecto a la antigüedad de la enfermedad la mayoría la padecía desde hace 15 a 20 años, siendo esta una enfermedad crónica y que aparece luego de años de exceso de peso e inactividad física. Hace algunos años esta enfermedad aparecía solo en adultos de media edad, pero actualmente ocurre cada vez más en jóvenes y niños (OMS,2020).

En cuanto a los síntomas, al 53,3% llamaron su atención, siendo los más frecuentes las ganas de orinar más de lo normal y la sed excesiva. Ante esta situación, el 26,7% consulto con algún amigo, vecino o familiar, algunos les recomendaron que consulte con un profesional médico y otros al reconocer que eran síntomas claros de diabetes les sugirieron que debían dejar de consumir azúcar y productos dulces. Menéndez (2003) afirma que durante el proceso de prácticas de prevención las personas se relacionan entre si con los diferentes saberes que se encuentran en la sociedad, es la primera intervención que se realiza para detectar y diagnosticar un padecimiento, de tal manera que la trayectoria de la enfermedad resalta el papel activo que tiene un actor social en la estrategia para afrontar un problema de salud, ya sea acudir a algún sistema médico, realizar medidas de autoatención tales como seguimiento de dietas, automedicación o incluso no hacer nada (citado en Aguirre, 2006).

Entre los primeros síntomas y la consulta con un profesional de la salud transcurrieron desde 6 meses hasta incluso los 2 años. Es frecuente que en algunos casos debido a la levedad de estos síntomas, la existencia de la diabetes mellitus pase desapercibida y continúe su evolución progresiva. Es muy importante, por tanto, que los adultos mayores de 50 años, especialmente si tienen antecedentes familiares, realicen consultas anuales en la que se incluya la medición de la glucosa en sangre. Esto permitirá el tratamiento más adecuado en cada caso, con el objetivo de controlar la presencia de niveles altos de glucosa en sangre (Mayoclinic, 2020).

Ante el primer diagnóstico de la enfermedad, el 60% de los encuestados visito a más de 1 un profesional, entre ellos diabetólogos, nutricionistas y médicos clínicos. Menéndez y Ramírez (1980) afirman que las personas utilizan combinaciones de recursos

terapéuticos de diversos sistemas médicos y prácticas de prevención, atención, que se organizan en la trayectoria de la enfermedad, en la cual las personas demandan inicialmente un tipo de atención en función al diagnóstico que manejan y a factores como la accesibilidad física y económica. Si esta atención no resulta eficaz, la reemplazan por otro tipo de atención y esta decisión al igual que lo que ocurre luego de la consulta son parte de la autoatención.

Referente a la ingesta alimentaria, en promedio, el 5,8% consumen lácteos descremados al menos 3-4 veces a la semana, el 21,6% consumen vegetales de ambos grupos todos los días, y las frutas, representando el mayor porcentaje con el 30% la consumen 3-4 veces a la semana, estos son datos alarmantes ya que ADA indica consumir lácteos descremados, frutas y verduras de manera diaria. En el caso del consumo de bebidas, el 73,3% consume diariamente agua, dato realmente favorable

Los datos en la encuesta arrojaron que el 66,7% realiza actividad física, de este porcentaje, el 36,6% realiza actividad de intensidad leve 2-3 veces a la semana, y solo 20% realiza actividad de moderada intensidad, seguida de forma notable que el 50% de los encuestados no realiza este tipo de actividad. ADA (2014) indica que las personas con diabetes tipo 2 deben realizar al menos 150 min/semana de actividad física aeróbica moderada-intensa, por lo menos tres días a la semana y sin más de dos días consecutivos sin ejercicio, estos datos no se ven reflejados en los resultados de los encuestados. Con respecto a la automedicación, entre todas las respuestas, lo más frecuente fue el consumo de herbolaria, tales como te de manzanilla, laurel, etc., el consumo de estas hierbas es la principal forma de automedicación para la diabetes, ésta desempeña un papel fundamental por su accesibilidad económica, cultural y la representación positiva de su uso. Estos resultados coinciden con un estudio realizado por Arganis quien investigo "La autoatención en un grupo de ancianos con diabetes residentes en Iztapalapa", los resultados de esta investigación muestran que el tratamiento médico se complementa con la automedicación de plantas medicinales y el uso de remedios caseros.

Para mantener el control de la glucemia, el tratamiento farmacológico se combina con diferentes tipos de hierbas o semillas sugeridas por familiares y amigos, con la idea de que lo natural no hace daño. En su consumo desempeñan un papel importante los recursos económicos y el conocimiento de estos productos a través de sus redes sociales (Arganis, 2005). De acuerdo con Menéndez (1984) las practicas preventivas, constituye la principal estructura de atención y control del proceso salud enfermedad dentro de los

grupos sociales, y dentro de ella se ubica la automedicación, que en nuestro estudio se refiere principalmente a la herbolaria.

Las practicas preventivas como ya se ha mencionado, incluye toda una gama de actividades entre las cuales se encuentra el aseguramiento de la alimentación, la educación, limpieza, salud preventiva y otras, sin embargo, cuando la condición de salud se rompe y viene una enfermedad, las practicas preventivas, se fortalece hasta que se vuelva a recuperar el individuo enfermo a su estado normal. Por lo mismo se puede asegurar que estas prácticas no tienen un límite temporal ni espacial. Estas prácticas no paran nunca y cada trayectoria de la enfermedad recorrerá diferente camino, dependiendo del contexto en el que se desarrolle la enfermedad. (Paredes Marín, 2006).

Para finalizar y promover futuras investigaciones se plantean los siguientes interrogantes:

- ¿Cuál es la representación social que el paciente diabético tipo 2 tiene de su enfermedad?
- ¿Cuál es la trayectoria de la enfermedad, ingesta alimentaria y prácticas de prevención de niños y adolescentes que padecen Diabetes tipo 1?
- ¿Cuáles son las prácticas de prevención más utilizadas por la población?

BIBLIOGRAFIA

Aguirre, L. (2006). La autoatención y el Enfoque relacional. *Archivos de medicina familiar y general* 13(1),27-34.

American society of clinical oncolog (2019). *Actividad física: Sugerencias y consejos para sobrevivientes* (2019). Recuperado de <https://www.cancer.net/es/sobrevivencia/una-vida-saludable/actividad-fisica-sugerencias-y-consejos-para-sobrevivientes>

Aleman, J.J., Artola, S., Franch, J., Mata, M., Millaruelo, J.M., Sangros, j. (2014) *Recomendaciones para el tratamiento de la de la diabetes Mellitus tipo 2: control glucémico*. Madrid, España .Editorial Elseiver.

American Diabetes Association (2014) .Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 37(1) S81-90.

Antonovsky A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*; 11(1):11-18.

Arganis E. L, (2005). La autoatención en un grupo de ancianos con diabetes residentes en Iztapalapa. *Cuicuilco Revista De Ciencias Antropológicas*, 12 (33), 9-26.

Alberti K.G.M.M., Zimmet P., Shaw J. (2007). International Diabetes Federation: a consensus on Type 2 diabetes prevention. *Diabetic Medicine*, 24(5):451-463.

Real academia española(2019). *Alimentacion. Asociación de academias de las lenguas españolas*. Recuperado de <https://dle.rae.es/alimentacion>.

Arrizabalaga, A. y Fernandez, H.(2019) . Prevención: conoce sus tipos. *Efe:salud*. Recuperado de <https://www.efesalud.com/prevencion-conoce-sus-tipos/> .

Bertolozzi, M.R., De La Torre Ugarte Guanilo, M.C. (2012) Salud Colectiva, Fundamentos Conceptuales. *Salud Areandina* 1(1): 24-36

Cano Pérez, J.F. y French, J. (2011) *Guía de la diabetes tipo 2. Recomendaciones clínicas con niveles de evidencia*. Madrid, España .Editorial Elseiver.

Columbié, L., Soca, P.E., Vázquez, D.y Borrego Chi, Y. (2016). Factores de riesgo asociados con la aparición de diabetes mellitus tipo 2 en personas adultas. *Revista Cubana de Endocrinología*, 27(2):23-133

Cevallo, L. (2018). Ocupación laboral. Wiki estudiantes. Recuperado de <https://www.wikiestudiantes.org/ocupacion-laboral>.

Cacnahuaray, P. y Staicy, C. (2019). Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en pacientes con diabetes Mellitus tipo 1 del servicio de medicina- hospital María auxiliadora. Universidad Norbert Weiner, Lima, Perú.

Corsica J. (2011). Hood M Journal of the American Dietetic Association 111(7):996-1000.

Costa Gil, J.E., Linari, M.A., Pugnaroni, N., Zambon, F., Pérez Manghi, F., Rezzornico, M. (2017). Hipoglucemia en pacientes con diabetes tipo 1 y 2 en tratamiento con insulina. *Medicina*, 77(6): 449-457

Conget, I. (2002).Diagnostico, Clasificación y Patogenia de la Diabetes Mellitus. *Revista Española Cardiología*, 55(5):528-35.

Dost A, Herbst A, Kintzel K. (2007). Shorter remission period in young versus older children with diabetes mellitus type 1. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*; 115 (1): 33-7.

Etchegoyen, G., De Martini, E., Longobardi, C., Cedola, N., Alvariñas, J., gonzalez J.J.G. (2001). Diabetes gestacional. Determinación del peso relativo de sus factores de riesgo. *Medicina* (61) 161-166

Esmatjes Mompo, E., Fernández Balsells, M. (1997) Coma hiperglucémico hiperosmolar no cetósico 52: 43-4.

Franco Giraldo, A. (2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria de la salud. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(3): 414-424

Goffman, E. (1970) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos*, Amorrortu, Buenos Aires.

Gavin J.R., Freeman, J.S., Shubrook, J.H. y Lavernia, F. (2011). Diabetes mellitus tipo 2: enfoques prácticos para médicos de atención primaria. *The Journal of the American Osteopathic Association* .111(5): 3-12.

González Rodríguez, R., Cardentey García, J., y Casanova Moreno, M.C. (2015). Intervención sobre educación nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Arch Med Camaquẽy*19 (3):262-269.

Granda, E. (2004). ¿A que llamamos salud colectiva hoy? *Revista Cubana de Salud publica* 30(2): 0864-3466.

Girolami, D.H, Gonzales infantino C., (2008) *Diabetes Mellitus. Clínica y terapéutica en la nutrición del adulto* (pp320). El ateneo.

Girolami, D.H, Gonzales infantino C., (2008) diabetes Mellitus. Clínica y terapéutica en la nutrición del adulto (pp337). El ateneo.

Hayes Dorado, J.P. (2008). Diabetes mellitus tipo 1. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 47(2), 90-96.

Hausberger, M., Pereyra, A. y Sacchi, M. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud colectiva* 3(3), 271-283.

Isea, J., Vilorio, J.L., Ponte N., Carlos I., Gómez J. R. (2012). Complicaciones macrovasculares de la diabetes Mellitus: cardiacas, cerebrales y enfermedad arterial periférica. *Revista venezolana de endocrinología y metabolismo* 10(1):96-110.

Kornblit AL, Mendes Diz AM (2000). *La salud y la enfermedad: aspectos biológicos y sociales*. Buenos Aires: Editorial Aique.

León Regal, M., GonzálezOtero, L., González Otero, Z., Armas García, J., Urquiza Hurtado, A., Rodríguez Caña, G. (2013). Etiopatogenia de la microangiopatía diabética. Consideraciones bioquímicas y moleculares. *Revista Finlay* 3(4):13

Lmerón Béliz OJ, Álvarez Hernández J, Arranz Rementeria C. (1999). Urgencias hidroelectrolíticas y endocrinas. *Medicin* 7: 5699-5709

Laurell, A.C.(1982). La salud- enfermedad como proceso social. *Cuaderno medico social* (19): 1-11.

López E., Findling, L., y Abramzón M.(2006) Desigualdades en salud: ¿Es diferente la percepción de morbilidad de varones y mujeres?. *Salud Colectiva* ;2(1):61-74.

López Trigo, J. A.(2015) *Envejecimiento y nutrición. Intervención Nutricional en pacientes Diabéticos*. Madrid, España. Editorial IMC

Menéndez, E.L. (1984). Descripción y análisis de las representaciones y prácticas de grupos domésticos sobre la mortalidad en niños menores de cinco años en una comunidad de Guanajuato. Ministerio de Salud, México

Menéndez, E.L. y Ramírez, S. (1980). Producción social y reproducción ideológica de los procesos de salud/ enfermedad en una comunidad yucateca. Ministerio de Salud, México.

Mendoza González, Z. (2013). Carrera del enfermo de 3 sujetos triquis con enfermedades graves. *Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina*, 16 (1): 773-791.

Menéndez, E.L. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*4 (7):71-83.

Menéndez, E. L (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. 451- 464.

Menéndez, E. (2009). *Modelos saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusión ideológica y de articulaciones prácticas. De sujetos, saberes y estructuras* (25-69). Buenos aires argentina. Lugar editorial.

Menéndez E. (2004). *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires, Argentina. Lugar Editorial.

Mediavilla Bravo, J.J. (2002). La Diabetes Mellitus tipo 2. *Medicina Integral*, 39(1):25-35.

Menéndez, E. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos* 46 (1) 37-67.

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia y Salud Colectiva*, 8 (1), 185-207.

Mora Linares, O., Pérez Rodríguez, A., Sánchez Barrero, R., y Puente Maury, V. (2013). Morbilidad oculta de prediabetes y Diabetes Mellitus de tipo 2 en pacientes con sobrepeso y obesos. *MEDISAN*, 17(10), 6095-7001.

Moscovici, S, (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires, Argentina: Huemul.

Nivel de instrucción (sin fecha). *Euskal Estatistika Erakundea Instituto Vasco de Estadística*. Recuperado de https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_395/elem_2376/definicion

Miembro del hogar (Sin fecha). *Euskal Estatistika Erakundea Instituto Vasco de Estadística*. Recuperado de https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_447/elem_5665/definicion.html

Olivera S., Lopez Costa, P., Lopez Ferreira, M.M., Danielma J. y Jacome Lima, C.L (2017). Autocuidado en Diabetes Mellitus: estudio bibliométrico. *Enfermería Global*, 16(45), 634-688.

Organización Mundial de la Salud. (2015). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

Perez Díaz, I. (2016). Diabetes Mellitus. *Gaceta Medica de México* 152(1) ,50-55.

Pereira Despaigne, O.L. (2012). Diabetes: Una epidemia del siglo XXI. *MEDISAN*.16 (2):295-309

Paulweber, B, Valensi, P., Lindstrom J., Lalic N.M., Greaves, C.J-, McKee M, et al. (2010). A European evidence based guideline for the prevention of type 2 diabetes. *Horm Metab Res*, 42(1):3-36

Palacios, A., Durán, M. y Obregón, O. (2012). Factores de riesgo para el desarrollo de la Diabetes tipo 2 y Síndrome Metabólico. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 10(1): 34-40

Reyes Sanamé, F. A., Pérez Álvarez, M.I, Alfonso Figueredo, E., Ramírez Estupiñan, M., y Jiménez Rizo, Y. (2016). Tratamiento actual de la diabetes Mellitus tipo 2. *Correo Científico Médico*, 20(1), 98-121.

Rodríguez, L.M., Zambrano Plata, G.E. (2015) La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Investig Enferm.* 17(1):131-148.

Rodríguez, V., Barrios, A. y Sosa Abella, A. (2007). El equipo de salud en el ámbito comunitario propuesta de discusión en el marco del proceso de regionalización. Departamento de Medicina General, Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina Universidad de la República. Santiago de Chile

Rojo, Ana María (1985) La mujer diabética y su contexto sociocultural, tesis de Licenciatura en Antropología Social. México. ENAH.

Schraiber L.B. (1990). *Programa de salud hoy*. Editorial Hucitec. Sao Paulo

Samaja J. (2004) *Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

Sacchi, M., & Hausberger, M., & Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva*, 3 (3): 271-283.

Sarabia Alcocer, B., Can Valle, A.R Guerrero Ceh, J.G (2015) .Identificación de factores de riesgo de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en adultos de 30 a 60 Años de edad en la Comunidad de Isla Aguada, Municipio de Ciudad del Carmen, Campeche. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo* (5):10.

Samper Bernal, D., Moneris Tabasco, M.M., Homs Riera, M., Soler Pedrola, M (2010). Etiología y manejo de la neuropatía diabética dolorosa. *Revista de la sociedad española del dolor* 17(6):286–296

Slimel, M.R; Coppelillo, F.E; Masi, J.D; Mendoza, S.M y Tannuri, J. (2010). Epidemiología de la diabetes en Argentina. *Av. Diabetol*, 26:101-6.

Serrano, M.M, Castillo, N., y Pajita, D.D. (2017). La obesidad en el mundo. *An Fac Med*; 78(2): 173-178

Real academia española (2019).*Síntomas Asociación de academias de las lenguas españolas*. Recuperado de <https://dle.rae.es/sintoma>

Suárez López, M. M., Kizlansky, A., y López, L. B. (2006). Evaluación de la calidad de las proteínas en los alimentos calculando el escore de aminoácidos corregido por digestibilidad. *Nutrición Hospitalaria*, 21(1), 47-51

Torresani, M.E, y Samoza, M.I. (2010). *Lineamientos para el cuidado Nutricional*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Eudeba.

Torresani, M.E, y Samoza, M.I. (2010). *Lineamientos para el cuidado Nutricional* (pp 347) Buenos Aires, Argentina. Editorial Eudeba

Ugarte P. y Carranza B. (2002). Nefropatía Diabética. *Revista chilena de pediatría*, 73(5), 455-460.



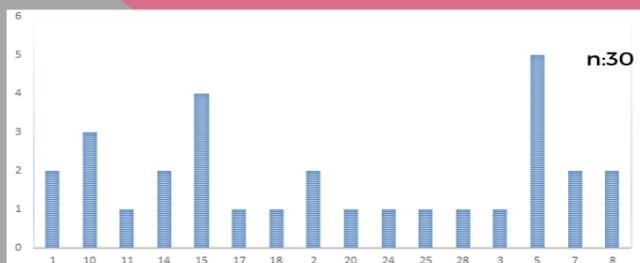
Trayectoria de la enfermedad, ingesta alimentaria y practicas de prevencion del pacientes con diabetes tipo 2

Existen saberes, formas de prevención de los problemas de salud que no se describen en el modelo biomédico y que, sin embargo, son utilizados con mucha frecuencia por la población a los fines de prevenir, aliviar y/o curar los mismos. Reconocer esta diversidad es, rescatar y hacer visible una modalidad de abordaje de los problemas de salud y de las formas de atención biomédicas y alternativas que se articulan en el proceso de prácticas de prevención.

Objetivo: Determinar la trayectoria de la enfermedad, ingesta alimentaria y prácticas de prevención que realiza el paciente diabético 2 de 40 a 80 años, que reside en la ciudad de Mar del Plata en el año 2020.

Materiales y métodos: La investigación es cuantitativa, el tipo de estudio es descriptivo y el diseño es no experimental, transversal. Con una muestra conformada por 30 pacientes con diabetes tipo 2 entre 40 y 80 años. Cada paciente completó una encuesta para indagar características sociodemográficas, ingesta alimentaria, y prácticas de prevención.

Antigüedad de la enfermedad



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Consejos tomados por amigo, vecino o familiar



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Productos que consume por cuenta propia



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Comidas diarias que realiza con mayor frecuencia



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Resultados: De los datos recolectados a través de la encuesta se observa que 53,3% de los pacientes tuvieron síntomas que los alertaron antes del diagnóstico de la enfermedad fueron más frecuentes la sed excesiva y las ganas de orinar más de lo normal, el 26,7 consulto con algún conocido y tomo algún consejo sugerido por ellos. En lo que respecta a las prácticas de prevención, en promedio solo el 21,6% consume vegetales todos los días y solo 18,3 consume frutas al menos 3-4 veces/ semana. En cuanto a la actividad física solo el 20% realiza actividad física de moderada intensidad al menos 2-3 veces por semana. Y referente a la automedicación, los encuestados admitieron consumir herbolaria como tratamiento alternativo.

Conclusiones: Indagar sobre estas prácticas de prevención fue relevante, ya que cuando los pacientes fueron diagnosticados ya habían efectuado acciones para mitigar los síntomas. Aunque los pacientes reciben atención biomédica en las instituciones de salud, establecen una serie de prácticas de prevención a la diabetes que son dinámicas, se transforman, se sintetizan con otras prácticas, se modifican parcialmente o desaparecen en el transcurso de la trayectoria de la enfermedad. Estas medidas para enfrentar la enfermedad se caracterizan por la búsqueda incesante de soluciones a su padecer.

