

**PERCEPCIÓN DEL USO INTEGRADO DE LA MEDICINA ANCESTRAL Y
CONVENCIONAL EN EL MANEJO DE LA DIABETES TIPO 2
PERCEPTION OF THE INTEGRATED USE OF ANCESTRAL AND CONVENTIONAL
MEDICINE IN THE MANAGEMENT OF TYPE 2 DIABETES**

Autores: ¹Verónica Beatriz Favicela Uquillas y ²Gessi Maribel Sandoval Balarezo.

¹ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0003-3337-0446>

²ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8587-7180>

¹E-mail de contacto: vfavicela4070@uta.edu.ec

²E-mail de contacto: gm.sandoval@uta.edu.ec

Afiliación: ^{1*}^{2*}Universidad Técnica de Ambato, (Ecuador).

Artículo recibido: 10 de Junio del 2026.

Artículo revisado: 12 de Junio del 2026.

Artículo aprobado: 12 de Junio del 2026.

¹Estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato, (Ecuador).

²Licenciada en Enfermería, egresada de la Universidad Técnica de Ambato, (Ecuador). Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local, egresado de la Universidad Técnica Particular de Loja, (Ecuador). Magíster en Enfermería mención en Enfermería de cuidados Críticos, egresada de la Universidad Regional Autónoma de los Andes, (Ecuador). Docente de la Universidad Técnica de Ambato.

Resumen

La diabetes tipo 2 constituye uno de los mayores desafíos de salud pública a nivel mundial, con prevalencia creciente que afecta desproporcionadamente a poblaciones de medianos y bajos ingresos. En Ecuador, donde más del 10% de la población adulta padece esta enfermedad y coexisten sistemas médicos oficiales y ancestrales reconocidos constitucionalmente, se desconoce cómo los pacientes perciben y gestionan su uso simultáneo. El objetivo del estudio fue determinar la percepción del uso integrado de la medicina ancestral y convencional en el manejo de la diabetes tipo 2. Se empleó un enfoque cualitativo, diseño fenomenológico, alcance exploratorio-descriptivo de corte transversal. Participaron 7 pacientes con diabetes tipo 2 de la parroquia Santa Rosa cantón Ambato, Ecuador, seleccionados mediante muestreo censal intencional. La técnica de recolección de datos fue la entrevista semiestructurada, complementada con observación no participante y notas de campo. Los participantes utilizaron la medicina ancestral (predominantemente herbaria) como complemento al tratamiento convencional, sin sustituirlo. La comunicación con los

profesionales de salud fue escasa por temor al juicio clínico. El apoyo familiar y las redes comunitarias actuaron como facilitadores clave, mientras que la incertidumbre sobre seguridad y las limitaciones económicas constituyeron las principales barreras. Se concluye que la integración de ambos sistemas es una práctica deliberada y culturalmente arraigada que requiere reconocimiento institucional, competencia intercultural en el equipo de salud y políticas públicas orientadas a garantizar su implementación segura en el Ecuador plurinacional.

Palabras clave: Diabetes mellitus tipo 2, Medicina tradicional, Plantas medicinales, Autocuidado, Competencia cultural.

Abstract

Type 2 diabetes constitutes one of the biggest public health challenges worldwide, with a growing prevalence that disproportionately affects middle-income and low-income populations. In Ecuador, where more than 10% of the adult population suffers from this illness and coexists with constitutionally recognized official and ancestral medical systems, it is unknown how patients understand and manage its simultaneous use. The objective of the study

was to analyze the perception of the integrated use of ancestral and conventional medicine in the management of type 2 diabetes. A cross-sectional descriptive phenomenological design with a qualitative approach was implemented. Participants were 7 patients with type 2 diabetes from the canton of Ambato, Ecuador, selected through intentional census sampling. The data collection technique was a semi-structured interview, complemented with participant observation and field notes. The analysis was carried out through thematic analysis following the six phases of Braun and Clarke. Participants used ancestral medicine (predominantly herbal) as a complement to conventional treatment, without replacing it. Communication with healthcare professionals was scarce due to fear of clinical judgment. Family support and community networks acted as key facilitators, even though uncertainty about security and economic limitations constituted the main barriers. It is concluded that the integration of both systems is a deliberate and culturally rooted practice that requires institutional recognition, intercultural competence in the healthcare team and public policies aimed at guaranteeing its safe implementation in plurinational Ecuador.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, Traditional medicine, Medicinal plants, Self-care, Cultural competence.

Sumário

O diabetes tipo 2 constitui um dos maiores desafios de saúde pública em nível mundial, com uma prevalência crescente que afeta desproporcionalmente as populações de baixa e média renda. No Equador, onde mais de 10% da população adulta sofre desta doença e coexistem sistemas médicos oficiais e ancestrais reconhecidos constitucionalmente, desconhece-se como os pacientes percebem e gerenciam seu uso simultâneo. O objetivo do estudo foi determinar a percepção do uso integrado da medicina ancestral e convencional

no manejo do diabetes tipo 2. Empregou-se uma abordagem qualitativa, com design fenomenológico e alcance exploratório-descritivo de corte transversal. Participaram sete pacientes com diabetes tipo 2 da paróquia de Santa Rosa, cantão de Ambato, Equador, selecionados por meio de amostragem censitária intencional. A técnica de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, complementada por observação não participante e notas de campo. Os participantes utilizaram a medicina ancestral (predominantemente fitoterápica) como complemento ao tratamento convencional, sem substituí-lo. A comunicação com os profissionais de saúde foi escassa devido ao receio do julgamento clínico. O apoio familiar e as redes comunitárias atuaram como facilitadores fundamentais, enquanto a incerteza sobre a segurança e as limitações econômicas constituíram as principais barreiras. Conclui-se que a integração de ambos os sistemas é uma prática deliberada e culturalmente enraizada que requer reconhecimento institucional, competência intercultural na equipe de saúde e políticas públicas orientadas a garantir sua implementação segura no Equador plurinacional.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus Tipo 2, Medicina Tradicional, Plantas Medicinais, Autocuidado, Competência Cultural.

Introducción

La diabetes mellitus representa uno de los mayores desafíos de salud pública a nivel mundial, constituyendo una pandemia del siglo XXI con prevalencia creciente en todas las regiones. Esta enfermedad crónica no transmisible afecta predominantemente a adultos entre 40 y 79 años, aunque cada vez se observa en grupos etarios más jóvenes. La diabetes está estrechamente relacionada con múltiples comorbilidades como enfermedades cardiovasculares (principal causa de mortalidad en personas con diabetes), enfermedad renal crónica, retinopatía, neuropatía periférica y

deterioro cognitivo. Los factores de riesgo asociados incluyen obesidad, sedentarismo, dieta inadecuada, antecedentes familiares, hipertensión arterial y dislipidemia. Según datos epidemiológicos globales, la diabetes afecta desproporcionadamente a poblaciones de bajos y medianos ingresos, con mayor prevalencia en grupos étnicos específicos y comunidades con acceso limitado a servicios de salud, generando impacto significativo en la calidad de vida, mortalidad prematura y costos sanitarios (American Diabetes Association Professional Practice Committee, 2022; Goyal et al., 2023).

Dentro de este panorama epidemiológico, resulta fundamental comprender las características específicas de la variante más prevalente de esta enfermedad. Asimismo, la diabetes tipo 2 (T2DM) representa aproximadamente el 90 % de todos los casos de diabetes, caracterizada por una respuesta disminuida a la insulina (resistencia insulínica) que inicialmente se compensa con un aumento en la producción de insulina para mantener la homeostasis glucémica, pero con el tiempo la producción insulínica decrece, resultando en T2DM (Goyal et al., 2023). Constituye un trastorno metabólico crónico caracterizado por hiperglucemia persistente debido a la pérdida progresiva de una secreción insulínica adecuada de las células β , frecuentemente sobre un trasfondo de resistencia insulínica (American Diabetes Association Professional Practice Committee, 2022).

Ante la magnitud de este problema de salud, es importante reconocer que existen diversos sistemas médicos disponibles para su abordaje. Por su parte, la medicina ancestral se define como sistemas codificados o no codificados de atención sanitaria que comprenden prácticas, habilidades, conocimientos y filosofías

originadas en diferentes contextos históricos y culturales, distintos y anteriores a la biomedicina, enfatizando remedios naturales y enfoques holísticos personalizados para restaurar el equilibrio mente-cuerpo-ambiente (World Health Organization, 2025). En contraste, la medicina convencional representa el sistema biomédico occidental basado en evidencia científica, diagnóstico clínico y tratamientos farmacológicos estandarizados (McBenedict et al., 2024). Asimismo, la medicina integrativa constituye un enfoque interdisciplinario basado en evidencia para el bienestar mediante el uso combinado de conocimientos, habilidades y prácticas biomédicas y tradicionales o complementarias (World Health Organization, 2025).

Considerando estas definiciones, emerge un modelo particular de atención que combina ambos sistemas médicos. En este sentido, el uso integrado representa el empleo simultáneo de medicina complementaria y alternativa (CAM) junto con medicina convencional para el manejo de la T2DM, donde entre el 25 % y el 57 % de las personas con diabetes reportan utilizar medicina complementaria (Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee et al., 2018; Radwan et al., 2020). Este enfoque se define como prácticas de atención sanitaria diversas que no son consideradas generalmente parte de la medicina occidental convencional, utilizadas para manejar las complejidades de la T2DM, mejorar la salud y aliviar sus complicaciones (Radwan et al., 2020). La integración busca combinar enfoques biomédicos con medicina tradicional y complementaria de manera basada en evidencia, culturalmente respetuosa y alineada con el desarrollo sostenible, según la Estrategia de Medicina Tradicional 2025-2034 de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2025). La evidencia

científica internacional respalda la efectividad de este enfoque integrado en diferentes contextos culturales. A nivel mundial, la medicina tradicional china demuestra una eficacia clínica comparable a la de los medicamentos occidentales, con menos efectos adversos y un enfoque terapéutico multiobjetivo. Una revisión sistemática evidenció reducciones de la hemoglobina glucosilada (HbA1c) de entre 0,3 % y 1,6 % cuando se combina con terapia convencional (Ni et al., 2024). Los metaanálisis en red que comparan combinaciones de medicina tradicional china y medicina occidental muestran mejorías significativas en la glucosa en ayunas, con reducciones de entre 4 y 56 mg/dl y mejores perfiles de seguridad. De manera similar, la medicina ayurvédica integrada con metformina presenta eficacia demostrada en 199 ensayos clínicos aleatorizados con 21.191 participantes, donde nueve hierbas específicas mostraron reducciones clínicamente significativas de HbA1c ($\geq 0,3$ %), siendo más efectivas *Aegle marmelos*, *Momordica charantia*, *Trigonella foenum-graecum* y *Tinospora cordifolia* (Chattopadhyay et al., 2022).

Trasladando esta perspectiva al contexto regional, la realidad latinoamericana presenta particularidades importantes en cuanto a la integración de sistemas médicos. En Latinoamérica, un estudio realizado en Argentina, Brasil, Colombia y Chile documentó que las personas con T2DM enfrentan un choque cultural al adoptar la medicina tradicional, favoreciendo el abandono del tratamiento convencional y el uso de hierbas medicinales. Entre los factores culturales asociados en Chile y Argentina se identificaron el rechazo a la medicina occidental debido a la inclusión de medicamentos tradicionales y la adherencia a costumbres ancestrales (Blasco et

al., 2020). Por ejemplo, en México, las comunidades indígenas chontales de Tabasco demuestran un uso extensivo de la herbolaria medicinal como alternativa a la medicina alopática, práctica que se mantiene por la percepción de obtener resultados rápidos según su experiencia (Reyes et al., 2021).

Materiales y Métodos

Se empleó un enfoque cualitativo con diseño fenomenológico, el cual permitió determinar la experiencia vivida por los pacientes y comprender cómo entienden, sienten y valoran la integración de dos paradigmas de atención sanitaria en el manejo de su enfermedad. Con un alcance exploratorio-descriptivo de corte transversal, se buscó comprender en profundidad la percepción del uso integrado de la medicina ancestral y convencional en el manejo de la diabetes tipo 2. Este diseño fenomenológico se fundamentó en el paradigma interpretativo constructivista, reconociendo que las percepciones sobre salud, enfermedad y tratamiento se construyen socialmente a través de experiencias culturales y contextuales específicas (Castillo López et al., 2023).

La población estuvo constituida por pacientes diagnosticados con diabetes tipo 2 que residían en la parroquia Santa Rosa, cantón Ambato, provincia de Tungurahua, Ecuador. Se aplicó un muestreo censal, incluyendo a siete participantes que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos. Los criterios de inclusión comprendieron diagnóstico confirmado de diabetes tipo 2 con un mínimo de seis meses a un año de evolución, edad entre 35 y 75 años, uso documentado o referido de medicina ancestral y convencional de forma simultánea o alternada durante al menos dos meses, capacidad de comunicación verbal en español y consentimiento informado firmado. Se excluyeron pacientes con complicaciones

diabéticas severas que impidieran la participación en las entrevistas, deterioro cognitivo diagnosticado, diabetes tipo 1 o gestacional y aquellos que utilizaron exclusivamente uno de los dos sistemas médicos.

Se aplicó una entrevista semiestructurada validada por expertos, con preguntas abiertas. Se realizó una prueba piloto con tres participantes para evaluar la comprensión y pertinencia de las preguntas; sus resultados no se incluyeron en el análisis final, pero sirvieron para refinar el instrumento. Las entrevistas se grabaron en audio con consentimiento previo y tuvieron una duración estimada de 30 a 60 minutos, desarrollándose en espacios que garantizaron privacidad y comodidad para los participantes. Además, se aplicó un cuestionario sociodemográfico que permitió caracterizar a los participantes según edad, estado civil, nivel educativo, ocupación, tiempo de diagnóstico de la enfermedad, tipo de tratamiento convencional utilizado, uso de medicina ancestral, nivel de ingresos económicos y pertenencia cultural. Esta información ayudó a contextualizar las percepciones y experiencias de los pacientes, así como a establecer relaciones entre sus características sociales y el uso integrado de la medicina ancestral y convencional.

El reclutamiento de los participantes se realizó en el Dispensario Seguro Social Campesino (Santa Rosa), dentro del proyecto “Vivir con dignidad: atención integral para adultos en situación de vulnerabilidad”. Se estableció un contacto inicial mediante una visita presencial para explicar los objetivos del estudio y verificar los criterios de inclusión. Las entrevistas se programaron según la disponibilidad de los participantes, pudiendo realizarse en el domicilio o en un espacio

comunitario, de acuerdo con la preferencia individual. Se previó realizar un total de siete entrevistas; no obstante, durante el proceso se verificó que la información recogida fuera suficiente y que no se repitieran de manera constante los mismos aportes, lo que aseguró que los datos obtenidos permitieran responder a los objetivos del estudio. Durante cada entrevista se mantuvo una actitud de escucha activa y respeto cultural, permitiendo que los participantes expresaran libremente sus experiencias sin juicios de valor. Para garantizar la confidencialidad y el anonimato de los participantes, se implementó un sistema de codificación alfanumérica que asignó a cada uno un código único compuesto por la letra “P” (participante) seguida de un número consecutivo del 01 al 07 (por ejemplo: P01, P02, P03).

Esta codificación se aplicó en todas las transcripciones, el análisis de datos y la presentación de resultados, eliminando cualquier información identificable, como nombres completos, direcciones exactas, números de cédula u otros datos que pudieran revelar la identidad de los participantes. En la presentación de fragmentos de entrevistas en el informe final, se utilizaron únicamente estos códigos alfanuméricos para identificar las fuentes de los testimonios. Se empleó el análisis temático siguiendo el método de Braun y Clarke. Asimismo, se utilizó el software ATLAS. Ti versión 23 para facilitar la organización y codificación de los datos (Soratto et al., 2020). El protocolo fue sometido a evaluación y aprobación por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la institución correspondiente. Se aplicaron los principios bioéticos de autonomía mediante la obtención del consentimiento informado por escrito, beneficencia mediante la maximización de los beneficios potenciales del conocimiento

generado, no maleficencia garantizando la confidencialidad y el anonimato, y justicia mediante la selección equitativa de los participantes (Arguedas, 2010).

Resultados y Discusión

A continuación, se presentan los resultados del estudio.

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de los participantes.

		Frecuencia	Porcentaje
Edad (años)	35-39	2	28,6
	40-49	1	14,3
	50-59	2	28,6
	≥ 60	2	28,6
Sexo	Masculino	3	42,9
	Femenino	4	57,1
Estado civil	Casado/a	6	85,7
	Unión libre	1	14,3
Nivel educativo	Sin estudios	1	14,3
	Primaria incompleta	1	14,3
	Primaria completa	1	14,3
	Secundaria completa	4	57,2
Ocupación	Quehaceres domésticos	4	57,1
	Agricultor	2	28,6
	Mecánico	1	14,3
Ingreso económico mensual	< 200 USD	2	28,6
	200-400 USD	4	57,1
	> 400 USD	1	14,3
Tiempo de diagnóstico	< 1 año (meses)	1	14,3
	> 1 año	3	42,9
	2-3 años	2	28,6
	> 5 años	1	14,3
Tratamiento convencional	Antidiabéticos orales	6	85,7
	Antidiabéticos + Insulina	1	14,3
Uso de medicina ancestral	Sí	7	100
Pertenencia a comunidad indígena	Sí	4	57,1
	No	3	42,9
Informa al médico sobre uso de medicina ancestral	Siempre	2	28,6
	A veces	4	57,2
	Nunca	1	14,3

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 1, el estudio incluyó 7 participantes con diabetes mellitus que utilizan medicina ancestral como complemento al tratamiento convencional. La distribución etaria muestra equilibrio entre grupos, con 2 participantes (28,6%) entre 30-39 años, 1 (14,3%) entre 40-49 años, 2 (28,6%) entre 50-59 años y 2 (28,6%) de 60 años o más. La composición por sexo evidencia ligera predominancia femenina con 4 mujeres (57,1%) frente a 3 hombres (42,9%), patrón que refleja la mayor búsqueda de alternativas terapéuticas complementarias por parte de las mujeres. Respecto al estado civil, 6 participantes (85,7%) están casados y 1 (14,3%)

en unión libre, indicando que la estabilidad conyugal puede influir en las decisiones terapéuticas y la transmisión de conocimientos tradicionales. El nivel educativo presenta diversidad: 4 participantes (57,2%) completaron secundaria, mientras que los 3 restantes se distribuyen entre sin estudios, primaria incompleta y primaria completa, sugiriendo que el recurso a la medicina ancestral no está determinado por la formación académica. La ocupación de los participantes muestra predominancia de quehaceres domésticos con 4 personas (57,1%), seguido de 2 agricultores (28,6%) y 1 mecánico (14,3%).

Esta distribución refleja limitaciones en el acceso al mercado laboral formal y roles de género tradicionales, siendo los agricultores quienes mantienen vínculo directo con el conocimiento de plantas medicinales. El ingreso económico revela vulnerabilidad generalizada: 4 participantes (57,1%) perciben entre 200-400 USD mensuales, 2 (28,6%) menos de 200 USD, y solo 1 (14,3%) supera los 400 USD. Estos niveles de ingreso constituyen factor determinante en la búsqueda de alternativas terapéuticas, ya que la medicina ancestral representa opción económicamente viable frente a los gastos continuos del tratamiento farmacológico convencional. El tiempo desde el diagnóstico muestra variabilidad significativa: 1 participante (14,3%) tiene menos de 1 año, 3 (42,9%) más de 1 año, 2 (28,6%) entre 2-3 años, y 1 (14,3%) más de 5 años, indicando que el recurso a la medicina ancestral no es exclusivo de ninguna etapa particular de la enfermedad. Respecto al tratamiento convencional, 6 participantes (85,7%) utilizan únicamente antidiabéticos orales mientras 1 (14,3%) combina medicamentos con insulina, evidenciando que los participantes mantienen su tratamiento farmacológico mientras incorporan prácticas ancestrales, configurando modelo de complementariedad terapéutica más que de sustitución.

La totalidad (100%) utiliza medicina ancestral, criterio de inclusión del estudio. Solo 4 participantes (57,1%) pertenecen a comunidades indígenas mientras 3 (42,9%) no se identifican como tales, demostrando que el uso de medicina ancestral trasciende fronteras étnicas formales. La comunicación con el personal médico presenta patrón preocupante: únicamente 2 participantes (28,6%) informan siempre sobre estas prácticas, 4 (57,2%) lo hacen ocasionalmente, y 1 (14,3%) nunca lo

menciona. Esta falta de comunicación sistemática representa desafío importante para la atención integral, impidiendo al personal de salud considerar posibles interacciones entre tratamientos o brindar orientación adecuada.

En conjunto, estos datos configuran perfil de población con características sociodemográficas que favorecen el recurso a la medicina ancestral: niveles educativos variables, ingresos económicos limitados, ocupaciones predominantemente informales o domésticas, y conexión cultural con tradiciones de salud que persiste independientemente de la pertenencia formal a comunidades indígenas, donde la complementariedad entre sistemas médicos emerge como estrategia de gestión de la enfermedad que responde tanto a limitaciones económicas como a valores culturales arraigados. Con relación a la Categoría 1: Experiencias de apertura y trayectoria personal con la diabetes. El diagnóstico de diabetes tipo 2 constituyó un evento emocionalmente disruptivo para todos los participantes, caracterizado por un patrón común de respuestas emocionales negativas que incluyeron miedo, tristeza, preocupación y desconcierto.

Este impacto emocional se vio intensificado por el desconocimiento previo sobre la enfermedad, que emergió como factor transversal en los testimonios. P7 expresó que *"no sabía exactamente qué era la diabetes [...] pensaba que eso solo les daba a las personas mayores"*, mientras que P3 reconoció que *"no entendí bien qué significaba"* cuando recibió el diagnóstico. El análisis reveló que las preocupaciones de los participantes trascendían el ámbito estrictamente médico para situarse en el contexto de sus roles sociales y familiares. La capacidad laboral emergió como preocupación predominante en los participantes masculinos,

como ilustró P1 al señalar que *"pensé que ya no iba a poder trabajar igual"*. En contraste, las participantes femeninas expresaron mayor inquietud por su rol de cuidadoras; P2 mencionó que *"pensé en mis hijos y en que ya no iba a poder cuidarlos como antes"*, patrón que se replicó en P7 quien también manifestó preocupación por sus hijos. Un hallazgo relevante fue la aceptación inicial unánime del tratamiento convencional prescrito. Todos los participantes iniciaron con antidiabéticos orales siguiendo las indicaciones médicas, aunque varios expresaron simultáneamente la percepción de insuficiencia de este abordaje único. P1 señaló que *"seguí el tratamiento, pero sentía que solo con eso no iba a mejorar"*, mientras que P7 indicó que además de tomar lo recetado *"también pedí consejo a mi familia [...] a ver si conoce sobre remedios naturales"*. Esta percepción de incompletitud del tratamiento convencional actuó como catalizador para la búsqueda de alternativas complementarias.

El miedo a las complicaciones también influyó en las decisiones terapéuticas, aunque con efectos divergentes. P5 expresó que su *"miedo a las complicaciones"* la motivó a *"aceptar de inmediato el tratamiento [...] porque no quería llegar a insulina ni a diálisis como he visto en las demás personas"*, demostrando cómo la observación de casos en el entorno cercano moldea las expectativas y decisiones de los pacientes recién diagnosticados. Con respecto a los tipos de medicina ancestral utilizada y fuentes de conocimiento (Pregunta 2). El análisis identificó un repertorio diverso de prácticas de medicina ancestral, con predominio de preparaciones herbarias. Las plantas más frecuentemente utilizadas fueron las hojas de mango (mencionadas por P4, P5 y P6), la canela (P2, P3 y P7), la sábila (P2, P5 y P7) y las hojas de guayaba (P3 y P7). Otras plantas referidas incluyeron guayusa, ajo, diente de león, pelo de

choclo y la denominada "hoja de insulina". Notablemente, dos participantes (P4 y P6) reportaron el uso de terapias no herbarias, específicamente inyecciones de células madre, las cuales fueron incorporadas más recientemente a su régimen terapéutico.

Las fuentes de conocimiento sobre estas prácticas revelaron un patrón de transmisión predominantemente interpersonal, con tres canales principales. El primero y más arraigado fue la transmisión intergeneracional familiar; P1 explicó que *"estos remedios los conozco porque mis abuelos y mis padres los usaban"*, mientras que P5 los conoció *"por mi mamá y mis tías que siempre han usado plantas"*. El segundo canal fueron las redes comunitarias horizontales, incluyendo vecinos, conocidos y otros pacientes diabéticos. P2 llegó a conocer los tratamientos *"por recomendación de una vecina que también tiene diabetes"*, y P3 los aprendió de *"personas mayores de mi comunidad, de los curanderos"*.

Un hallazgo emergente fue la influencia creciente de los medios digitales como tercera fuente de conocimiento, particularmente entre participantes más jóvenes. P7 mencionó que *"vi en TikTok que me aparecía que esto es bueno para la diabetes"*, y P6 indicó haber accedido a información *"por conocidos, el internet, videos"*. Esta diversificación de fuentes sugiere una transformación en los mecanismos de transmisión del conocimiento tradicional, donde las plataformas digitales complementan, aunque no reemplazan, los canales interpersonales tradicionales. La confianza en estas prácticas se fundamentó principalmente en la experiencia observada y la tradición cultural. P3 expresó que *"desde joven he visto que se usan estas plantas, por eso confío en ellas"*, evidenciando cómo la legitimidad de la medicina ancestral se construye a través de la

observación longitudinal de resultados en el entorno cercano, más que mediante validación científica formal. Con relación a la categoría 2: Integración de sistemas médicos en la práctica cotidiana, las estrategias de combinación en la rutina diaria (Pregunta 3), el análisis reveló que los participantes desarrollaron estrategias sistemáticas de integración caracterizadas por dos principios organizadores fundamentales: la separación temporal de las tomas y la priorización del tratamiento convencional. Ningún participante reportó haber abandonado la medicación prescrita, lo cual constituye un hallazgo significativo que contrasta con preocupaciones frecuentemente expresadas en la literatura sobre el riesgo de sustitución terapéutica.

La separación temporal emergió como estrategia consensuada, aunque implementada de diversas formas. El patrón más común consistió en consumir las preparaciones tradicionales en ayunas y los medicamentos convencionales después de las comidas. P1 describió su rutina indicando que *"en la mañana temprano tomo la guayusa, luego desayuno y tomo mis pastillas"*, mientras que P5 explicó que las infusiones de plantas *"las tomo entre comidas o en la tarde [...] tratando de no tomarlas al mismo tiempo que la medicación para no revolverse"*. La racionalidad subyacente a esta separación temporal varió entre participantes. Algunos expresaron preocupaciones sobre posibles interacciones negativas; P1 señaló que *"trato de no mezclar todo al mismo tiempo, porque puede hacerme daño"*. Otros adoptaron esta práctica siguiendo recomendaciones familiares sin necesariamente comprender su fundamento; P5 indicó que lo hacía *"según lo que me han recomendado en casa"*. P7 añadió una motivación de automonitoreo: separar las tomas le permitía *"ver cómo me siento"* con cada tratamiento. Un

caso particular fue el de P4, quien modificó su patrón de uso debido a complicaciones renales. Tras la indicación médica de que las infusiones *"me estaba haciendo daño"* a los riñones, redujo significativamente el consumo de preparaciones herbarias mientras mantenía el tratamiento con células madre. Este caso ilustra cómo las estrategias de integración no son estáticas, sino que se adaptan en función de la evolución clínica y las recomendaciones médicas.

La adherencia al tratamiento convencional fue enfatizada consistentemente. P2 afirmó categóricamente que *"nunca dejo los medicamentos"*, y P6 describió mantener *"una rutina ordenada"* donde toma *"las pastillas en los horarios indicados"*. Esta priorización sugiere que, para estos participantes, la medicina ancestral funciona como complemento percibido que enriquece, pero no compite con, el tratamiento biomédico. En cuanto a la comunicación con el médico y reacciones profesionales (Pregunta 4), el análisis de los patrones de comunicación reveló un espectro de comportamientos que reflejó las tensiones subyacentes en la relación entre sistemas médicos. Solo dos participantes (P2 y P6) reportaron comunicar siempre su uso de medicina ancestral, cuatro lo hacían selectivamente, y uno (P3) nunca lo había mencionado.

Las razones para la no divulgación o divulgación parcial convergieron en el temor al juicio profesional. P3 explicó explícitamente que *"siento que muchos médicos no creen en estas cosas y tengo miedo de que me digan que está mal"*. P1, quien comunicaba solo ocasionalmente, justificó esta selectividad señalando que *"no siempre hablo del tema porque siento que no todos los médicos entienden estas prácticas"*. Este patrón sugiere que la comunicación incompleta no responde a

ocultamiento deliberado, sino a una evaluación situacional de la receptividad percibida del profesional. Las reacciones médicas reportadas se distribuyeron en un continuo desde la aceptación cautelosa hasta la restricción explícita. En el extremo más receptivo, P2 describió que su doctora *"me escuchó con respeto y me explicó que puedo usar plantas, pero que debo controlar bien mis niveles de azúcar y no dejar el tratamiento"*. Una posición intermedia fue la respuesta neutral descrita por P7: *"no me dijo nada sobre eso, me dijo que solo no deje de tomar las pastillitas"*. P6 experimentó una reacción de mayor cautela profesional, donde el médico expresó *"preocupación y cautela"* indicando que *"muchas de estas terapias no tienen suficiente evidencia científica [...] y que podrían tener riesgos"*, aunque aceptó continuar el seguimiento siempre que no se abandonara el tratamiento convencional. El caso más restrictivo fue el de P4, cuyo médico indicó explícitamente *"que ya no me tome las agüitas de esas porque me hace más los riñones"*, una recomendación fundamentada en el diagnóstico de insuficiencia renal de la participante.

Este análisis evidencia que, cuando existe comunicación, las respuestas profesionales tienden a enfocarse en tres elementos consistentes: la importancia de no abandonar el tratamiento convencional, la necesidad de monitorear posibles efectos adversos, y el reconocimiento contextual de las prácticas culturales sin necesariamente validarlas clínicamente. Con relación a la categoría 3: Percepciones y creencias sobre el uso integrado.

3.1. Ventajas percibidas de combinar ambos tipos de medicina (Pregunta 5). Los participantes articularon una visión complementaria donde cada sistema médico aporta beneficios diferenciados que, en conjunto, producen un resultado superior al uso

aislado de cualquiera de ellos. Este patrón de complementariedad percibida constituyó el hallazgo central de esta dimensión. La medicina convencional fue consistentemente valorada por su efectividad en el control glucémico objetivable. P5 expresó que *"la medicina del médico me da confianza porque veo los resultados en los exámenes"*, mientras que P6 la asoció con *"seguridad en cuanto a controles, los laboratorios y tratamiento basado en evidencia"*.

Esta valoración se fundamentó en indicadores medibles y verificables que proporcionan certidumbre sobre el estado de la enfermedad. En contraste, la medicina ancestral fue asociada con beneficios de naturaleza más subjetiva y holística, particularmente en las dimensiones de energía, tranquilidad emocional y bienestar corporal general. P1 señaló que *"las plantitas me ayudan a sentirme con más energía y tranquilidad"*, y P3 indicó que *"las plantas me ayudan a sentirme mejor del cuerpo [...] menos hinchado, con menos cansancio y más liviano"*. P2 sintetizó esta complementariedad afirmando que *"la medicina del doctor me controla el azúcar, pero la medicina ancestral me hace sentir más tranquila, menos inflamada y con más ánimo"*.

Un hallazgo significativo fue la emergencia de beneficios psicológicos asociados al uso integrado que trascienden los efectos directos de cualquier tratamiento. P5 describió que combinar ambas medicinas *"me hace sentir más tranquila como que estoy poniendo de mi parte y no dejando todo solo a las pastillas"*, evidenciando cómo el uso activo de medicina ancestral genera una sensación de agencia y participación activa en el autocuidado. P6 amplió esta perspectiva señalando que las prácticas tradicionales le proporcionan *"una sensación de esperanza de estar regenerando"*

mi organismo y de participar activamente en mi cuidado". La conexión cultural emergió como beneficio adicional, particularmente entre participantes de comunidades indígenas. P5 expresó que la medicina ancestral *"me conecta con lo que he visto a toda mi familia"*, sugiriendo que estas prácticas funcionan como vínculo identitario y de continuidad cultural que aporta significado más allá de cualquier efecto terapéutico directo. En cuanto al significado de salud y bienestar en relación con la diabetes (Pregunta 6). El análisis reveló concepciones de salud multidimensionales que integraron elementos físicos, funcionales, emocionales y, en algunos casos, espirituales. Un hallazgo transversal fue el rechazo implícito de definiciones reduccionistas centradas exclusivamente en parámetros biomédicos. P1 expresó categóricamente que *"para mí la salud no es solo que el azúcar esté normal"*, posición reiterada por P6 quien señaló que *"no es solo tener la glucosa en rango normal"*.

La funcionalidad cotidiana emergió como indicador central de salud para todos los participantes. La capacidad de trabajar, levantarse cada día y realizar actividades habituales constituyó el criterio pragmático predominante. P3 definió la salud como *"poder levantarme todos los días, trabajar y no sentir dolor"*, mientras que P4 la asoció con *"poder levantarme a hacer mis cosas"*. Esta orientación funcional refleja contextos de vida donde la capacidad productiva tiene implicaciones directas para la subsistencia familiar. Las dimensiones emocionales y de bienestar subjetivo fueron igualmente valoradas. P2 incluyó en su definición *"sentirme bien conmigo misma"*, y P4 enfatizó aspectos como *"no estar pensando en cosas negativas, no estar con pena sino tranquila"*. P5 estableció una conexión explícita entre estado emocional y control metabólico, expresando que *"creo que*

las preocupaciones también suben el azúcar". Varios participantes articularon visiones que integran explícitamente ambas perspectivas médicas. P6 ofreció la formulación más elaborada, describiendo que desde la visión occidental relaciona la salud con *"buenos valores de laboratorio, prevención de complicaciones y seguir las indicaciones médicas"*, mientras que desde las creencias ancestrales la conecta con *"el equilibrio de cuerpo, la alimentación natural, la armonía con la naturaleza"*. P1 expresó una integración similar señalando que *"la medicina ancestral ve al cuerpo y el alma sanos para poder salir adelante"*. Un elemento distintivo fue la persistencia de esperanza en la curación, expresada por P7 quien manifestó que *"con la bendición de Dios sé que algún día voy a curarme"*. Esta creencia, aunque clínicamente improbable dado el carácter crónico de la diabetes tipo 2, refleja marcos interpretativos donde la enfermedad no se concibe necesariamente como condición permanente e irreversible.

Con respecto a la categoría 4: Barreras y facilitadores en el manejo integrado. Dificultades y barreras enfrentadas (Pregunta 7), el análisis identificó cuatro tipos principales de barreras que obstaculizan la implementación del manejo integrado, las cuales operan en niveles individual, relacional y estructural. La incertidumbre sobre dosificación y seguridad constituyó la barrera más frecuentemente mencionada, reportada por 6 de los 7 participantes. Esta incertidumbre se manifestó tanto en el desconocimiento sobre cantidades apropiadas como en el temor a efectos adversos. P1 expresó que *"a veces no sé si estoy haciendo bien la combinación"*, mientras que P5 señaló que *"es complicado saber la dosis correcta de las hierbas y encontrar información confiable porque la mayoría de cosas son de boca a*

boca". P2 añadió el componente de temor indicando que *"he sentido miedo de que alguna planta me haga daño si no la uso bien"*. Esta barrera refleja la ausencia de protocolos estandarizados y la naturaleza predominantemente oral de la transmisión del conocimiento tradicional. Las limitaciones económicas emergieron como segunda barrera significativa, particularmente entre participantes de menores ingresos y aquellos que utilizan terapias de mayor costo como las células madre. P2 expresó que *"a veces no alcanza para todo"*, mientras que P6 señaló específicamente que *"el costo de las terapias con células madre [...] es bastante costoso"*. P4 ilustró cómo esta barrera afecta la accesibilidad práctica, mencionando que *"tengo que madrugar donde la doctora, igual un poco caro"*.

La percepción de desconfianza del sistema de salud constituyó una barrera relacional que afectó la comunicación paciente-profesional. Cuatro participantes expresaron variantes de esta percepción. P7 indicó que *"hay doctores que no creen en los remedios naturales y eso hace que uno tenga miedo de contarles la verdad"*, mientras que P6 describió haber notado *"resistencia y desconfianza por parte de algunos profesionales [...] lo que a veces hace que uno dude o se sienta juzgado"*. Esta barrera genera un círculo problemático donde el temor al juicio inhibe la comunicación, lo cual a su vez impide el monitoreo profesional del uso combinado. Las dificultades de acceso a plantas medicinales representaron una barrera estructural mencionada por participantes de zonas rurales o periurbanas. P7 explicó que *"las hojas de la guayaba no hay en la comunidad, así que toca ir a Ambato a comprar en el mercado modelo"*, y P3 coincidió en que *"a veces no hay todas las plantas disponibles, toca bajar al mercado"*. Esta barrera implica costos

adicionales de tiempo y transporte que pueden limitar la consistencia del uso. P5 identificó una barrera adicional relacionada con la recepción de mensajes contradictorios desde diferentes fuentes: *"a veces recibo mensajes muy distintos, algunos me dicen que deje las pastillas y que solo tome plantas mientras que en el centro de salud casi no hablan de la medicina ancestral y eso me hace sentir en medio de dos extremos"*. Esta tensión entre sistemas de legitimación genera confusión y puede comprometer la adherencia a cualquiera de los tratamientos.

En cuando a los facilitadores del entorno familiar, comunitario y del sistema de salud (Pregunta 8). El apoyo familiar emergió como el facilitador más consistente y valorado, mencionado por todos los participantes. Este apoyo se manifestó en múltiples dimensiones: ayuda práctica en la preparación de remedios, recordatorio de horarios, acompañamiento emocional y respaldo a las decisiones terapéuticas. P2 detalló que su esposo *"me recuerda los horarios y me ayuda con la comida"*, mientras que P5 describió un apoyo integral donde la familia *"me ayuda a preparar las infusiones, a cuidar la alimentación y me acompaña a la consulta médica"*.

P1 enfatizó la dimensión de validación cultural señalando que *"todos creen en la medicina ancestral y me ayudan a prepararla"*. Las redes comunitarias funcionaron como segundo facilitador fundamental, proporcionando tanto conocimiento práctico como normalización social del uso de medicina ancestral. P3 destacó el rol de los mayores indicando que *"las personas mayores siempre me orientan sobre cómo preparar las plantas y cómo tomarlas"*, mientras que P5 señaló que *"en mi barrio es común que la gente use plantas así que no me siento rara por hacerlo"*. P7 describió cómo estas redes funcionan como sistema de

información: *"hay personas que nos aconsejan y nos dan ánimos y ahí es uno cuando se llega a enterar que esto es bueno"*. Esta normalización comunitaria contrarresta parcialmente la percepción de deslegitimación desde el sistema de salud formal. El acompañamiento del sistema de salud, cuando fue percibido como respetuoso y no confrontación, también funcionó como facilitador. P2 valoró que *"en el centro de salud me explican bien y me hacen controles, eso me da seguridad"*, mientras que P4 mencionó positivamente las visitas domiciliarias donde *"la doctorcita viene y me visita, me controla"*. Un hallazgo significativo fue que la actitud no confrontación de los profesionales, incluso sin validación explícita de las prácticas tradicionales, facilitaba la continuidad del manejo integrado. P5 expresó que *"el hecho de que mi médico no se haya opuesto radicalmente, sino que más bien me haya pedido que lo mantenga informado me ha dado confianza para seguir ambos caminos"*.

P6 coincidió señalando que *"aunque mi médico es crítico, ha aceptado y me vigila mi estado de salud lo que me da una base de seguridad"*. En lo que respecta a la categoría 5: Resultados percibidos y proyección hacia otros pacientes. Evaluación de resultados en el control de la diabetes (Pregunta 9). Todos los participantes reportaron mejoras percibidas desde que implementaron el uso integrado, aunque la atribución causal de estas mejoras varió en su especificidad. Los resultados percibidos se agruparon en dos dimensiones interrelacionadas: beneficios físicos objetivables y beneficios subjetivos de bienestar general. En la dimensión física, el control glucémico mejorado fue reportado consistentemente. P1 indicó que *"mis niveles de azúcar han mejorado"*, P2 señaló que *"mis niveles de azúcar están más estables"*, y P7

confirmó que su médico *"dice que mi azúcar está bien"*. La reducción de síntomas específicos también fue frecuentemente mencionada; P5 describió que *"ya no tengo tanta sed ni voy tan seguido al baño como al principio"*, y P2 reportó *"menos mareos, menos cansancio"*. El incremento de energía y vitalidad constituyó otro beneficio físico transversal; P3 expresó tener *"más fuerza para trabajar"*, y P4 señaló que *"ya no estoy tan decaída"*.

En la dimensión subjetiva, la tranquilidad emocional fue el beneficio más consistentemente reportado. P2 se describió como *"más tranquila y segura"*, P3 indicó sentirse *"más tranquilo"*, y P7 expresó estar *"más tranquila menos preocupada"*. P5 añadió la reducción de ansiedad como beneficio específico, señalando que *"siento menos ansiedad porque tengo la sensación de que no estoy dejando nada por hacer para cuidarme"*. Un hallazgo metodológicamente relevante fue la dificultad expresada por algunos participantes para atribuir mejoras a componentes específicos del régimen integrado. P6 articuló esta complejidad señalando que *"no puedo asegurar que todo se deba a las células madre o a los remedios tradicionales porque también he mejorado mi alimentación y hago más ejercicio, pero en conjunto siempre siento una mejoría"*. Esta observación sugiere que los participantes experimentan los beneficios como resultado de un sistema de prácticas interconectadas, más que como efectos aislados de intervenciones discretas. La percepción de integralidad en los resultados fue expresada explícitamente por varios participantes. P6 describió haber logrado *"mantener mi glucosa más estable y sentirme con más energía, menos cansancio y un poco más de bienestar general"*, mientras que P5 sintetizó sus mejoras indicando que *"mis*

exámenes han ido mejorando poco a poco y en general me siento más liviana". Esta integralidad percibida sugiere que el valor del manejo integrado, desde la perspectiva de los participantes, reside precisamente en su capacidad de abordar simultáneamente múltiples dimensiones del bienestar. En relación son las recomendaciones para otros pacientes con diabetes tipo 2 (Pregunta 10). Las recomendaciones ofrecidas por los participantes convergieron en principios consistentes que reflejan la sabiduría práctica acumulada a través de su experiencia con el manejo integrado. Tres mensajes centrales emergieron transversalmente.

El primer mensaje, expresado unánimemente, fue la prioridad del tratamiento convencional. P6 recomendó enfáticamente *"que nunca abandone su tratamiento médico convencional"*, P5 aconsejó *"que primero haga caso del tratamiento del médico y que no abandone por ningún remedio casero"*, y P1 sintetizó *"que no deje las pastillas"*. Esta consistencia es notable considerando que los participantes valoran positivamente la medicina ancestral, y sugiere una integración madura donde el complemento tradicional no compite con, sino que se subordina estratégicamente al tratamiento biomédico. El segundo mensaje enfatizó la importancia de la precaución y la comunicación profesional en el uso de medicina ancestral. P2 recomendó usarla *"con cuidado y siempre informando al médico"*, y P5 aconsejó hacerlo *"con moderación"* y *"siempre avisar a su médico lo que está tomando"*. P4, desde su experiencia con complicaciones renales, ofreció una advertencia específica: *"que no abusen mucho de las agüitas porque daña los riñones"*. P6 añadió un llamado al pensamiento crítico, recomendando *"ser crítico con lo que ofrecen"* y no dejarse llevar por promesas exageradas. El tercer mensaje situó el manejo integrado en el

contexto más amplio del estilo de vida. P5 enfatizó que *"tanto las plantas como las pastillas funcionan mejor si uno cambia la forma de comer"*, y P6 recordó que *"el estilo de vida ya sea la dieta, el ejercicio, el manejo de estrés, la alimentación, es tan importante como cualquier pastilla o tratamiento"*. Este mensaje refleja una comprensión sofisticada donde las intervenciones terapéuticas, sean convencionales o tradicionales, son concebidas como componentes de un sistema más amplio de autocuidado. Algunos participantes ofrecieron mensajes de aliento emocional. P2 aconsejó *"que no tenga miedo"*, y P7 recomendó *"que no se asusten, que se cuiden"*. Estos mensajes reflejan la dimensión emocional del diagnóstico experimentada por los propios participantes y su deseo de mitigar el impacto inicial en otros pacientes.

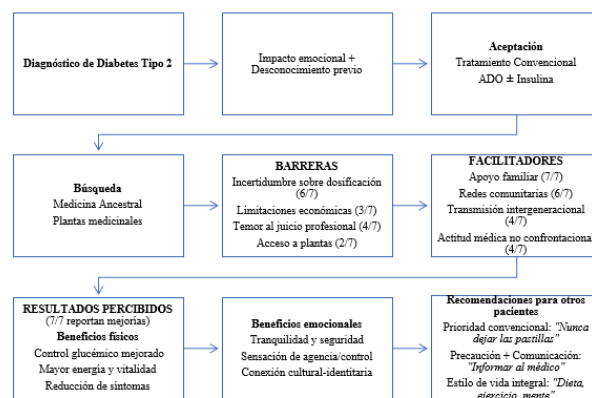


Figura 1. Modelo integrador de la experiencia de uso combinado de medicina ancestral y convencional.

Fuente: Elaboración propia.

El apoyo familiar emerge como el facilitador más robusto y transversal del manejo integrado, un hallazgo que Vaezi et al. (2021) ya documentaron en pacientes diabéticos de contextos culturalmente diversos, donde las redes de soporte cercano condicionan tanto la

adherencia como la toma de decisiones terapéuticas. En el contexto ecuatoriano, esta dinámica adquiere una dimensión adicional: el tejido familiar actúa como guardián del conocimiento ancestral y, simultáneamente, como mediador entre la medicina tradicional y el sistema de salud formal, lo que implica que las intervenciones de educación en diabetes deberían diseñarse con enfoque familiar y no exclusivamente individual. Ignorar este factor en el diseño de programas de salud pública representa una oportunidad perdida para potenciar la adherencia terapéutica en poblaciones indígenas y rurales del Ecuador.

La transmisión intergeneracional y las redes comunitarias como canales principales de adquisición del conocimiento herbolario reflejan patrones bien documentados en poblaciones indígenas de Guatemala. Rohloff et al. (2023) mencionan que, aunque en el presente estudio emerge un elemento contemporáneo relevante: la influencia de plataformas digitales como TikTok entre los participantes más jóvenes. Esta confluencia entre saberes ancestrales transmitidos oralmente y el acceso no regulado a información digital plantea un riesgo clínico concreto —la adopción de prácticas sin sustento científico ni supervisión— y una oportunidad ética para que el sistema de salud ecuatoriano desarrolle estrategias de alfabetización en salud digital adaptadas culturalmente, especialmente en territorios donde la telemedicina y las redes sociales están desplazando a los agentes de salud comunitaria. Solo dos de los siete participantes comunicaron sistemáticamente a su médico el uso de medicina ancestral, un patrón de silencio que la revisión sistemática de Sriraman et al. (2023) y el estudio de Chang (2025) identificaron como uno de los principales riesgos de seguridad en el manejo integrado. Sin embargo, más allá de la

descripción del fenómeno, este hallazgo tiene implicaciones éticas urgentes para el contexto ecuatoriano: el silencio del paciente no es un acto de desinformación, sino una respuesta racional ante entornos clínicos percibidos como no seguros para la expresión de la identidad cultural.

Las razones expuestas, como el temor al juicio profesional y la percepción de descrédito hacia las prácticas tradicionales, coinciden con lo reportado por Alzahrani et al. (2024) y señalan que la barrera no reside en el paciente, sino en la cultura organizacional del sistema de salud. Esto exige políticas institucionales que formen a los profesionales en competencia cultural, tal como establece el marco normativo del Ecuador plurinacional, cuya implementación en los centros de primer nivel sigue siendo insuficiente. La estrategia de separación temporal entre la toma de preparaciones tradicionales y medicamentos convencionales representa un aporte novedoso del estudio, ya que no se ha descrito explícitamente este comportamiento como un mecanismo deliberado de gestión de riesgos.

No obstante, Sriraman et al. (2023) describieron que los pacientes emplean un enfoque de “ensayo y error” en sus decisiones terapéuticas, ajustando el uso de ambos tipos de medicina según su experiencia personal, lo cual sugiere indirectamente la existencia de estrategias activas de autogestión que podrían incluir la separación temporal. El hallazgo de que ningún participante sustituyó el tratamiento convencional por la medicina ancestral, utilizando esta última exclusivamente como complemento, es consistente con múltiples estudios internacionales. Adeniyi et al. (2021) y Ekpor et al. (2024) señalan que este constituye un dato clínicamente relevante: los pacientes han integrado de forma pragmática ambos sistemas sin que ello comprometa la adherencia

al tratamiento farmacológico. Este resultado cuestiona la narrativa biomédica que percibe el uso de la medicina tradicional como un factor de riesgo per se para el abandono del tratamiento y sugiere que el enfoque clínico debería orientarse hacia la supervisión segura de la práctica integrada en lugar de su desestimulación, lo cual implicaría reformular los protocolos de atención de la diabetes en el primer nivel del sistema de salud ecuatoriano.

Las concepciones multidimensionales de salud expresadas por los participantes, que articulan funcionalidad cotidiana, bienestar emocional y equilibrio cuerpo-mente, reflejan cosmovisiones coherentes con el concepto andino del Sumak Kawsay y convergen con los resultados de Blasco et al. (2020) en contextos latinoamericanos. Esta dimensión no es meramente filosófica; desde una perspectiva de política pública, implica que los indicadores de control glucémico aislados resultan insuficientes para evaluar la efectividad del tratamiento desde la perspectiva del paciente. El diseño de instrumentos de evaluación que incorporen variables de bienestar subjetivo, funcionalidad y significado cultural de la salud respondería de forma más pertinente a las necesidades de las poblaciones indígenas y mestizas del Ecuador.

Las barreras identificadas, particularmente la incertidumbre sobre la dosificación y la seguridad, reportada por seis de los siete participantes, contrastan parcialmente con lo esperado según la literatura. Mientras Vaezi et al. (2021) identificaron barreras similares relacionadas con el desconocimiento sobre la preparación y las dosis, Adeniyi et al. (2021) encontraron en Jamaica que los pacientes frecuentemente no perciben riesgos significativos en el uso dual. Esta discrepancia podría explicarse por diferencias en el nivel

educativo de los participantes y la exposición a mensajes de salud pública sobre interacciones medicamentosas.

Las mejoras percibidas tanto en indicadores físicos como en el bienestar emocional, reportadas unánimemente por los participantes, son consistentes con los beneficios subjetivos documentados en la literatura, aunque requieren una interpretación cautelosa. Puig-García et al. (2023) identificaron que, en Ecuador, el apoyo familiar y la medicina tradicional funcionaron como estrategias de afrontamiento esenciales durante la pandemia, proporcionando beneficios que trascienden los efectos farmacológicos directos para incluir dimensiones de agencia personal y conexión cultural, resultados que resuenan con las percepciones de los participantes del estudio. Este estudio contribuye a llenar un vacío significativo en la literatura, dado que, como señalan Puig et al. (2024), existe escasez de investigaciones cualitativas ecuatorianas que exploren específicamente la experiencia subjetiva de navegar entre sistemas de tratamiento ancestral y biomédico. Los resultados sobre estrategias de separación temporal y la influencia de medios digitales en la transmisión del conocimiento tradicional representan aportes originales que amplían la comprensión del fenómeno en contextos latinoamericanos con población indígena.

Conclusiones

El presente estudio permitió determinar la percepción del uso integrado de la medicina ancestral y convencional en el manejo de la diabetes tipo 2 en siete pacientes de la parroquia Santa Rosa, cantón Ambato, Ecuador, revelando que dicha integración constituye una práctica deliberada, coherente y sostenida en el tiempo. Los participantes asignaron a cada sistema médico roles diferenciados y

complementarios: la medicina convencional aportó certeza objetiva a través del control glucémico farmacológico, mientras que la medicina ancestral contribuyó al bienestar emocional, la identidad cultural y la sensación de integralidad terapéutica. Esta percepción complementaria, y no sustitutiva, pone de manifiesto que la integración de sistemas médicos no representa un riesgo para la adherencia al tratamiento convencional, sino una estrategia de autocuidado culturalmente arraigada que demanda reconocimiento y acompañamiento clínico estructurado. Incorporar esta evidencia en la formación del profesional de enfermería y en el diseño de políticas de salud interculturales resulta imperativo para el Ecuador plurinacional.

Las experiencias vivenciales de los participantes revelaron que el uso combinado de medicina ancestral y convencional surgió como respuesta a un diagnóstico emocionalmente disruptivo y se sostuvo sobre la base de creencias personales, identidad cultural y confianza en la experiencia intergeneracional. El repertorio de prácticas ancestrales fue diverso (predominantemente herbario) y las fuentes de conocimiento transitaban desde la transmisión familiar hasta las plataformas digitales, lo que evidencia una resignificación contemporánea del saber tradicional. Estas creencias no interfirieron con la adherencia al tratamiento convencional, sino que lo enriquecieron al ofrecer una dimensión de sentido y pertenencia que la atención biomédica, por sí sola, no proporcionó. Este hallazgo implica que la enfermería debe integrar en la valoración inicial y el seguimiento del paciente diabético preguntas sobre prácticas ancestrales, abordadas desde una postura culturalmente competente y libre de juicio. La comunicación sobre el uso de medicina ancestral entre pacientes y profesionales de

salud fue escasa, asimétrica y condicionada por el temor al juicio clínico. Esta brecha comunicativa no refleja desinformación del paciente, sino la percepción de un entorno clínico que no valida ni comprende las prácticas culturales propias.

Cuando existió apertura profesional, los participantes reportaron mayor seguridad, mejor adherencia y decisiones terapéuticas más informadas, lo que demuestra que la calidad del vínculo terapéutico es un determinante directo de la seguridad del manejo integrado. En consecuencia, es necesario implementar en los centros de salud del Ecuador protocolos de comunicación interculturalmente sensibles que promuevan la declaración espontánea del uso de medicina complementaria, reduciendo así los riesgos de interacciones no supervisadas. Las barreras identificadas como incertidumbre sobre seguridad y dosificación, limitaciones económicas, desconfianza institucional y acceso geográfico desigual a plantas medicinales operan de forma simultánea en múltiples niveles y configuran una vulnerabilidad sistémica que dificulta la implementación segura del manejo integrado.

En contraposición, el apoyo familiar, las redes comunitarias y los encuentros clínicos percibidos como respetuosos funcionaron como facilitadores consistentes, capaces de sostener la práctica integrada incluso en contextos de alta adversidad. Los resultados percibidos fueron unánimemente positivos en las dimensiones glucémica, emocional y funcional, aunque los propios participantes reconocieron la dificultad de atribuir estas mejorías a componentes específicos. Estos resultados demandan el diseño de intervenciones de salud pública que aborden las barreras estructurales del manejo integrado, regulen las prácticas complementarias sin sustento científico e

impulsen la investigación longitudinal sobre la efectividad de la fitoterapia andina en el control de la diabetes tipo 2 en Ecuador.

Referencias Bibliográficas

- Adeniyi, O., Washington, L., Glenn, C. J., Franklin, S. G., Scott, A., Aung, M., et al. (2021). The use of complementary and alternative medicine among hypertensive and type 2 diabetic patients in Western Jamaica: A mixed methods study. *PLoS ONE*, *16*(2), e0245163. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245163>
- Alzahrani, A., Greenfield, S., Shrestha, S., & Paudyal, V. (2024). Views of healthcare professionals on complementary and alternative medicine use by patients with diabetes: A qualitative study. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, *24*(1), 81. <https://doi.org/10.1186/s12906-024-04385-6>
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2022). Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes—2022. *Diabetes Care*, *45*(Suppl. 1), S17–S38. <https://doi.org/10.2337/dc22-S002>
- Arguedas, O. (2010). Elementos básicos de bioética en investigación. *Acta Médica Costarricense*, *52*(2), 76–78. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022010000200004
- Bautista, E., Duque, V., Verhoeven, V., Mejia Chicaiza, J., Hendrickx, K., Maldonado-Rengel, R., et al. (2021). Perceptions of Ecuadorian indigenous healers on their relationship with the formal health care system: Barriers and opportunities. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, *21*(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s12906-021-03234-0>
- Bhattacharya, S., Gupta, N., Flekalová, A., Gordillo-Alarcón, S., Espinel-Jara, V., & Fernández, E. (2024). Exploring folklore Ecuadorian medicinal plants and their bioactive components focusing on antidiabetic potential: An overview. *Plants*, *13*(11), 1436. <https://doi.org/10.3390/plants13111436>
- Blasco, M., Puig, M., Piay, N., Lumbreras, B., Hernández-Aguado, I., & Parker, L. A. (2020). Barriers and facilitators to successful management of type 2 diabetes mellitus in Latin America and the Caribbean: A systematic review. *PLoS ONE*, *15*(9), e0237542. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237542>
- Castillo, M., Romero, E., & Mínguez, R. (2023). El método fenomenológico en investigación educativa: Una revisión sistemática. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, *18*(2), 241–267. <https://doi.org/10.17151/rlee.2023.18.2.11>
- Chang, H. (2025). Breaking the silence: Factors influencing complementary therapy disclosure among diabetic outpatients in Taiwan. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, *25*(1), 169. <https://doi.org/10.1186/s12906-025-04897-9>
- Chattopadhyay, K., Wang, H., Kaur, J., Nalbant, G., Almaqhawi, A., Kundakci, B., et al. (2022). Effectiveness and safety of Ayurvedic medicines in type 2 diabetes mellitus management: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Pharmacology*, *13*, 821810. <https://doi.org/10.3389/fphar.2022.821810>
- Ekor, E., Osei, E., & Akyirem, S. (2024). Prevalence and predictors of traditional medicine use among persons with diabetes in Africa: A systematic review. *International Health*, *16*(3), 252–260. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihad080>
- Gall, A., Butler, T. L., Lawler, S., & Garvey, G. (2021). Traditional, complementary and integrative medicine use among Indigenous peoples with diabetes in Australia, Canada, New Zealand and the United States. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, *45*(6), 664–671. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.13120>
- Goyal, R., Singhal, M., & Jialal, I. (2023). *Type 2 diabetes*. StatPearls Publishing.

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513253/>
- Martin, J., Tovar, C., Pazmiño, I., Briones, A., Carrillo, I., Guilabert, M., et al. (2022). Indicators for adequate diabetes care for the indigenous communities of Ecuador. *Health Expectations*, 25(6), 3315–3325. <https://doi.org/10.1111/hex.13643>
- McBenedict, B., Orfao, A. L., Goh, K. S., Yau, R. C. C., Alphonse, B., Machado Lima, J., et al. (2024). The role of alternative medicine in managing type 2 diabetes: A comprehensive review. *Cureus*, 16(6), e61965. <https://doi.org/10.7759/cureus.61965>
- Moreno M, K., Jaramillo, C., Moreira, M., Gastón, S., & Rojas, L. (2016). Investigaciones etnobotánicas, fitoquímicas, antioxidantes y preclínicas en cinco plantas medicinales que se consumen como antidiabéticas en Machala, provincia de El Oro, Ecuador. *Saber*, 28(3), 546–557. https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01622016000300011
- Ni, Y., Wu, X., Yao, W., Zhang, Y., Chen, J., & Ding, X. (2024). Evidence of traditional Chinese medicine for treating type 2 diabetes mellitus: From molecular mechanisms to clinical efficacy. *Pharmaceutical Biology*, 62(1), 592–606. <https://doi.org/10.1080/13880209.2024.2374794>
- Orellana, A., Quinche, V., Garzón, D., Ansaloni, R., Barrera, G., & Huiracocha- L. (2021). Perceptions towards the practice of Andean traditional medicine and the challenges of its integration with modern medicine: Case Cuenca, Ecuador. *MASKANA*, 12(1), 26–34. <https://doi.org/10.18537/mskn.12.01.03>
- Puig, M., López-, C., Caicedo, C., Rivadeneira, M., Vásconez, J., Montalvo, G., et al. (2024). Prevalence and factors associated with the use of traditional medicine in individuals with hypercholesterolemia, hyperglycaemia, and arterial hypertension in Ecuador: Results from a population-based study in two health I., & Willcox, M. (2023). Use of herbal medicines for the management of type 2 districts. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 24(1), 363. <https://doi.org/10.1186/s12906-024-04666-0>
- Puig, M., Rivadeneira, M., Peralta, A., Chilet-Rosell, E., Benazizi, I., Hernández-Enríquez, M., et al. (2023). Access to health services for chronic disease care during the COVID-19 pandemic in Ecuador: A qualitative analysis using a social determinants of health approach. *Global Public Health*, 18(1), 2224859. <https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2224859>
- Radwan, H., Hasan, H., Hamadeh, R., Hashim, M., AbdulWahid, Z., Hassanzadeh Gerashi, M., et al. (2020). Complementary and alternative medicine use among patients with type 2 diabetes living in the United Arab Emirates. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 20(1), 216. <https://doi.org/10.1186/s12906-020-03011-5>
- Reyes, M., Blanco, L., Galicia, L., Vargas-, E. R., & Villarreal, E. (2021). Prevalencia del uso de medicina tradicional herbolaria y el perfil de uso en pacientes con diabetes tipo 2 de una zona urbana. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 19(3), 73–82. <https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2021.019.03.73>
- Rohloff, P., Flood, D., Tuiz, E., Kurschner, S., Nandi, M., Tschida, S., et al. (2023). Adults' experiences with type 2 diabetes in rural Guatemala: A qualitative study. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 34(1), 208–223. <https://doi.org/10.1353/hpu.2023.0014>
- Soratto, J., Pires, D. E. P., & Friese, S. (2020). Thematic content analysis using ATLAS.ti software: Potentialities for research in health. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(3), e20190250. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0250>
- Sriraman, S., Sreejith, D., Andrew, E., Okello, diabetes: A systematic review of qualitative studies. *Complementary Therapies in*

Clinical Practice, 53, 101808.
<https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2023.101808>

Vaezi, A., Sotoudeh, A., Namiranian, N., Ardakani, M., & Zareipour, M. (2021). Facilitators and barriers of herbal medicine use in diabetic patients: A qualitative study. *Journal of Education and Health Promotion*, 10(1), 303.
https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1451_20

World Health Organization. (2025). *WHO traditional medicine strategy 2025–2034*.
<https://www.paho.org/sites/default/files/2024-08/draft-tm-strategy-2025-2034-regional-consultations-english.pdf>

Yanchaguano, J., & Francisco, J. (2019). Medicina convencional frente a medicina tradicional: Preferencias de uso en una comunidad rural del Ecuador. *Conecta Libertad*, 3(2), 44–54.
<https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/82>



Esta obra está bajo una licencia de **Creative Commons Reconocimiento-No Comercial 4.0 Internacional**. Copyright © Verónica Beatriz Favicela Uquillas y Gessi Maribel Sandoval Balarezo.

Declaraciones éticas y editoriales del artículo
Contribución de los autores (Taxonomía CRediT) Verónica Beatriz Favicela Uquillas: conceptualización de la investigación, diseño metodológico, desarrollo del proceso investigativo, análisis formal de los datos, redacción del borrador original del manuscrito, revisión crítica del contenido científico y supervisión general del estudio. Gessi Maribel Sandoval Balarezo.: curación y organización de los datos, participación en la recolección de información, validación de los resultados obtenidos y elaboración de representaciones gráficas y visualización de los datos.
Declaración de conflicto de intereses Los autores declaran que no existe conflicto de intereses en relación con la investigación presentada, la autoría del manuscrito ni la publicación del presente artículo.
Declaración de financiamiento La presente investigación no recibió financiamiento específico de agencias públicas, comerciales o de organizaciones sin fines de lucro. En caso de existir financiamiento institucional o externo, este deberá ser declarado explícitamente por los autores en esta sección.
Declaración del editor El editor responsable certifica que el proceso editorial del presente artículo se desarrolló conforme a los principios de integridad científica, transparencia y buenas prácticas editoriales. El manuscrito fue sometido a un proceso de evaluación mediante revisión por pares doble ciego, garantizando la confidencialidad de la identidad de los autores y revisores durante todo el proceso de dictamen académico. Asimismo, el editor declara que el artículo cumple con los criterios científicos, metodológicos y éticos establecidos por la revista.
Declaración de los revisores Los revisores externos que participaron en la evaluación del presente manuscrito declaran haber realizado el proceso de revisión de manera objetiva, independiente y confidencial. Asimismo, manifiestan que no mantienen conflictos de interés con los autores ni con la investigación evaluada, y que sus observaciones y recomendaciones se fundamentan exclusivamente en criterios científicos, metodológicos y académicos.
Declaración ética de la investigación Los autores declaran que la investigación se desarrolló respetando los principios éticos de la investigación científica, garantizando la confidencialidad de los datos y el respeto a los participantes del estudio. En los casos en que la investigación involucre seres humanos, los procedimientos deben ajustarse a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y a las normativas institucionales correspondientes.
Declaración sobre el uso de inteligencia artificial Los autores declaran que el uso de herramientas de inteligencia artificial, en caso de haberse utilizado durante el proceso de investigación o redacción del manuscrito, se realizó únicamente como apoyo técnico para mejorar la claridad del lenguaje o el análisis de información, manteniendo siempre la responsabilidad intelectual sobre el contenido del artículo. Las herramientas de inteligencia artificial no fueron utilizadas como autoras del manuscrito ni sustituyen la responsabilidad académica de los investigadores.
Disponibilidad de datos Los datos que respaldan los resultados de esta investigación estarán disponibles previa solicitud razonable al autor de correspondencia, respetando las normas éticas y de confidencialidad establecidas por la investigación.

