



**Percepciones sobre la calidad de vida que construyen cuatro pacientes con diabetes mellitus
Tipo 2 pertenecientes al municipio de Puerto Berrío**

Angie Zulay Otalvaro Castrillón

Manuela Castro Montoya

Yesica Paola García Mejía

Psicólogo

Asesor

César Alejandro Pérez Atehortúa, Magíster (MSc) en Psicología

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Psicología
Puerto Berrío, Antioquia, Colombia
2024

Cita

(Castro, García & Otalvaro, 2024)

Referencia

Estilo APA 7 (2020)

Castro Montoya, M., García Mejía, Y. P. & Otalvaro Castrillón, A. Z. (2024). *Percepciones que Construyen Sobre Su Calidad de Vida cuatro Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 Pertenecientes al Municipio de Puerto Berrío*. [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Puerto Berrío, Colombia.



Centro de Investigaciones Sociales y Humanas (CISH)



Biblioteca Seccional Magdalena Medio (Puerto Berrío)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Dedicatoria

Dedicamos este trabajo a nuestras familias, quienes han sido nuestro pilar y refugio en todo momento. A nuestros padres, que con su amor incondicional y su apoyo constante nos han brindado la fuerza necesaria para enfrentar cada desafío y seguir adelante. A nuestros hermanos, por ser nuestros confidentes y por animarnos siempre a dar lo mejor de nosotras. A nuestras amigas, por habernos motivado cuando parecía que no íbamos a poder con tanto. A nuestros docentes, por enseñarnos, orientarnos, formarnos como profesionales y entregarnos cinco años después una nueva versión de nosotras. A nosotras mismas, por habernos acompañado a lo largo de este proceso, por no dejarnos caer, por haber vivido de la mano esta increíble experiencia. A nuestras mascotas, que nos acompañaron en cada noche de desvelo. A todos ustedes, gracias por tanto amor, por tanto apoyo, por creer en nosotras y por ser parte esencial de este logro. Este logro es tan nuestro, como de ustedes.

Tabla de contenido

Resumen	7
Abstract	8
Introducción	9
1. Planteamiento del problema	11
2. Justificación	21
3. Objetivos	24
3.1. Objetivo General	24
3.2. Objetivos Específicos	24
4. Marco teórico.....	25
4.1. Diabetes Mellitus tipo II	25
4.2. Calidad de Vida	29
4.3. Dimensiones de la Calidad de Vida Según la OMS	38
4.3.1. Salud Física:	38
4.3.2. Salud Psicológica:	39
4.3.3. Relaciones Sociales:.....	40
4.3.4. Ambiente:	42
4.4. Percepción:	43
5. Metodología.....	46
5.1. Diseño	47
5.2. Técnica de Recolección de Información.....	49
5.3. Población y Muestra	51
5.4. Criterios Para Muestreo	53
5.5. Plan de Análisis	54
5.5.1. Ruta para Análisis de Información:	54

5.6.	Procesamiento de la Información	58
5.6.1.	Pregunta principal:	59
5.6.2.	Preguntas iniciales sobre información sociodemográfica:	59
5.7.	Dimensión Salud Física:	59
5.8.	Dimensión Salud Psicológica:	60
5.9.	Dimensión Relaciones Sociales:	60
5.10.	Dimensión Ambiente:	60
5.11.	Instrumento:	60
5.12.	Consideraciones Éticas	63
5.12.1.	Confidencialidad y anonimato:	63
5.12.2.	Consentimiento informado:	63
5.12.3.	Evitar daños:	63
5.12.4.	Equidad y respeto:	63
5.12.5.	Divulgación de resultados:	64
5.12.6.	Supervisión ética:	64
6.	Resultados	65
6.1.	Capítulo 1: La dimensión psicológica	65
6.2.	Capítulo 2. La dimensión de salud física	80
6.3.	Capítulo 3: Las relaciones sociales	91
6.4.	Capítulo 4. La dimensión ambiente	99
7.	Discusión	107
8.	Conclusiones	120
9.	Referencias bibliográficas	123
10.	Anexos	141

Lista de tablas

Tabla 1.....	33
Tabla 2.....	54
Tabla 3.....	61

Lista de figuras

Ilustración 1.....	35
Ilustración 2.....	56

Resumen

La Diabetes Mellitus, es una enfermedad crónica en la que el cuerpo no puede regular la cantidad de glucosa en la sangre, esta puede ser causada por poca producción de insulina, resistencia a la acción de la insulina o ambas. A su vez, es considerada un problema de salud pública a nivel mundial por su alta prevalencia y porque genera afectaciones tanto en la salud física como en la salud mental. Este estudio describe las percepciones que construyen algunas personas pertenecientes al municipio de Puerto Berrío diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo 2 sobre su calidad de Vida. Se llevó a cabo una investigación con un enfoque cualitativo y un diseño fenomenológico con una muestra de 4 pacientes diagnosticados con diabetes tipo 2, quienes fueron entrevistados para describir sus percepciones sobre su calidad de vida. Los resultados mostraron que los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 tienen afectaciones considerables en su vida laboral, social y personal. Asimismo, se encuentra la interacción entre la enfermedad y aspectos que atraviesan lo psicológico, físico, social y ambiental. Estos hallazgos respaldan la importancia de tener hábitos de vida saludables por parte de los pacientes diabéticos como una estrategia eficaz para mejorar su salud y con ello disminuir las afectaciones en las diferentes esferas donde se desenvuelven en su ciclo vital.

Palabras Clave: diabetes mellitus, percepciones, salud mental y calidad de vida.

Abstract

Diabetes Mellitus is a chronic disease in which the body cannot regulate the amount of glucose in the blood. It can be caused by low insulin production, resistance to the action of insulin, or both. Additionally, it is considered a global public health issue due to its high prevalence and because it affects both physical and mental health. This study describes the perceptions of some individuals from the municipality of Puerto Berrío diagnosed with Type 2 Diabetes Mellitus regarding their quality of life. A qualitative research with a phenomenological design was conducted with a sample of four patients diagnosed with Type 2 Diabetes, who were interviewed to describe their perceptions of their quality of life. The results showed that patients with Type 2 Diabetes Mellitus have considerable impacts on their work, social, and personal lives. Furthermore, there is an interaction between the disease and aspects that encompass psychological, physical, social, and environmental factors. These findings support the importance of maintaining healthy lifestyle habits by diabetic patients as an effective strategy to improve their health and thereby reduce the impacts on the different spheres where they operate in their life cycle.

Keywords: diabetes mellitus, perceptions, mental health, and quality of life.

Introducción

El presente trabajo de grado, titulado " Percepciones sobre la calidad de vida que construyen cuatro pacientes con diabetes mellitus Tipo 2 pertenecientes al municipio de Puerto Berrío ", tiene como propósito investigar y comprender cómo las personas diagnosticadas con esta enfermedad crónica perciben su calidad de vida. La diabetes mellitus tipo 2 afecta profundamente diversas áreas de la vida de quienes la padecen, incluyendo desde su salud física y mental, hasta sus relaciones sociales y su entorno. Por consiguiente, la investigación se centra en identificar los factores que influyen en estas percepciones y cómo se relacionan con la adherencia al tratamiento y el manejo general de la enfermedad.

El planteamiento del problema se centra en los desafíos significativos que la diabetes mellitus presenta debido a sus complicaciones asociadas, como enfermedades cardiovasculares, neuropatías y problemas de visión, que impactan negativamente en la calidad de vida de los pacientes. A pesar de los avances en el tratamiento médico, muchos pacientes continúan enfrentando dificultades considerables en el control de su enfermedad y en la mejora de su bienestar general. Este estudio aborda la problemática directamente desde la perspectiva de los pacientes, con el objetivo de entender sus experiencias y percepciones sobre su calidad de vida.

El objetivo de esta investigación es describir las percepciones de calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el municipio de Puerto Berrío. Las preguntas de investigación incluyen: ¿Cómo perciben los pacientes su calidad de vida? ¿Qué cambios en su desempeño diario se asocian a la enfermedad? ¿Qué formas de apoyo reciben y cómo estas influyen su manejo de la diabetes? ¿Cuáles son las principales dificultades que enfrentan en la adherencia al tratamiento?

La justificación de este estudio se basa en la alta prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 y su impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes. En regiones como Puerto Berrío, los desafíos para un manejo adecuado de la diabetes son aún más complejos debido a factores socioeconómicos y de acceso a servicios de salud. Esta investigación pretende ofrecer una comprensión más profunda de cómo los pacientes perciben su calidad de vida y las estrategias de autocuidado que implementan. Este conocimiento permitirá diseñar intervenciones más enfocadas en la realidad de los pacientes, con el fin de que no solo aborden los aspectos médicos, sino también los psicológicos y sociales de la enfermedad. Además, se busca contribuir a la literatura existente, ofreciendo una perspectiva local y específica que pueda ser útil para la implementación de políticas de salud más efectivas para esta población.

En conclusión, este trabajo de grado aborda una problemática relevante desde una perspectiva centrada en el paciente, con el fin de contribuir a un manejo más holístico e integral de la diabetes mellitus tipo 2, considerando tanto los aspectos médicos como los factores psicosociales y culturales que influyen en la calidad de vida de quienes conviven con este diagnóstico.

1. Planteamiento del problema

La diabetes mellitus (DM1), representa la presencia de alteraciones metabólicas que se caracteriza por hiperglucemia crónica ocasionada por un defecto de la secreción de la insulina, a un defecto en la acción de la misma, o a ambas (Rojas, Molina y Rodríguez, 2012). Al hablar de hiperglucemia se entiende que existe una coexistencia de alteraciones en el metabolismo de las grasas y de las proteínas, cuando esta hiperglucemia se mantiene en el tiempo puede ocasionar daños como disfunción y falla de varios órganos y sistemas, especialmente riñones, ojos, nervios, corazón y vasos sanguíneos. La diabetes se puede clasificar en varios tipos: La diabetes mellitus tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes gestacional y otros tipos específicos de diabetes.

En la diabetes tipo 1, es donde se presenta la destrucción autoinmune de la célula β , lo cual ocasiona deficiencia absoluta de insulina, y tendencia a la cetoacidosis, también puede ser de origen idiopático, donde la medición de los anticuerpos antes mencionados da resultados negativos. A diferencia de la anterior, la DM tipo 2, es el defecto que va desde una resistencia predominante a la insulina, acompañada con una deficiencia relativa de la hormona, hasta un progresivo defecto en su secreción.

La DM gestacional, agrupa específicamente la intolerancia a la glucosa detectada por primera vez durante el embarazo. La hiperglucemia previa a las veinticuatro semanas del embarazo, se considera diabetes preexistente no diagnosticada.

Por último, encontramos otros tipos específicos de diabetes, donde se puede observar los subtipos denominados defectos genéticos de la función de la célula beta, defectos genéticos en la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías,

¹ Ahora en adelante se nombrará a la Diabetes mellitus como DM para fines de comprensión y lectura.

inducida por drogas o químicos, infecciones, formas poco comunes de diabetes medida inmunológicamente, y otros síndromes genéticos algunas veces asociados a diabetes (Rojas, Molina y Rodríguez, 2012).

Según la Organización Mundial de la Salud (2021), de 1980 a 2014 el número de adultos con diabetes mellitus casi se cuadruplicó al pasar de 108 a 422 millones de casos, y si la tendencia continúa para el año 2045 cerca de 700 millones de adultos tendrá diabetes (Atlas de la Diabetes de la Federación Internacional de la Diabetes, S.f.).

En Latinoamérica se muestran datos importantes, así pues, en México existen 542 mil niñas y niños que viven con diabetes tipo 1 y casi 78 mil infantes la desarrollan cada año, en 2016 la incidencia de diabetes tipo 2 fue de 2.05 casos por cada 100 mil habitantes, en 2020 la cifra ascendió a 2.9 casos (Centro Médico ABC, s.f.).

Entretanto, en Colombia la Cuenta de Alto Costo al 30 de junio de 2022 declara que 1.748.586 personas fueron diagnosticadas con Diabetes. Las entidades territoriales de Colombia que cuentan con la mayor prevalencia de DM son el Valle del Cauca, Antioquia, Risaralda, Bogotá, Bolívar, Huila y Quindío. Asimismo, cabe agregar que el 77,7% de las personas con diagnóstico de diabetes mellitus están en edades de 55 y más años, siendo la región Central y Bogotá D.C. las regiones del país que cuenta con las edades más altas. Adicionalmente, se reporta que la mayor cantidad de casos nuevos se presentan en las mujeres, y el grupo de edad de 55 a 69 años comprende el 43,77% de casos incidentes (Cuenta de Alto Costo, 2021).

Por otro lado, la Cuenta de Alto Costo del Ministerio de Salud de Colombia, menciona que para el 2015 sólo el 33% de los pacientes con DM se les realizó toma de hemoglobina glicosilada (HbA1c) y de estos, sólo el 50% cumplió con la meta establecida de HbA1c < 7%, por lo que se

estima que sólo el 17% de la población colombiana con DM está controlada. Las cifras son altamente preocupantes, ya que la mejor manera de reducir el riesgo de complicaciones graves como el pie diabético y/o amputaciones es la prevención; tener un adecuado control, seguimiento y tratamiento de la enfermedad disminuye de forma directa la posibilidad de sufrir dichas complicaciones. así como llevar a cabo unos hábitos de vida saludable y tener una buena adherencia al tratamiento indicado.

De acuerdo con el Ministerio de Salud y protección Social (2022), la quinta causa de muerte entre los 30 y 70 años corresponde a la diabetes, así como la quinta causa de años de vida ajustados por discapacidades en el país, ya que ocasiona complicaciones en la salud como la ceguera, amputaciones de miembros inferiores y daños en los riñones y el corazón. En relación a lo anterior, se realizaron estudios describiendo las tendencias de la mortalidad por diabetes mellitus en Colombia entre 1979 y 2017; en el período del estudio, el número total de muertes por DM registradas en Colombia fue de 200.650, de este modo es necesario seguir fortaleciendo los programas de prevención primaria y secundaria a fin de alcanzar un diagnóstico más temprano de la diabetes y una mejor disminución de la morbimortalidad asociada. (Chaparro, Alvis, Díaz, Castañeda, 2021).

Según investigación realizada por la universidad nacional de Colombia (2021), las amputaciones de miembros inferiores por diabetes son devastadoras, traen consigo implicaciones tales como: ansiedad, depresión y una reducción significativa de la calidad de vida. Lo preocupante es que estas tasas están en aumento, situándose a nivel mundial en 5,28 por 1.000 pacientes diabéticos. En Colombia, estas tasas de amputación de miembros inferiores son mayores en las zonas más apartadas del país, debido a las dificultades que se tienen al momento de acceder a los servicios de salud y la poca disponibilidad de recursos, se amputan principalmente hombres,

mayores de 60 años y con mayor índice de comorbilidad de Charlson. Las amputaciones son un evento muy temido que cambia la vida dada su alta morbilidad y mortalidad, alto riesgo de amputación secundaria y enorme costo. En comparación con los pacientes diabéticos no amputados, el riesgo de muerte aumenta en un 55%.

La implementación activa de programas de salvamento de extremidades, se basan en eso precisamente, la prevención y manejo temprano y adecuado de úlceras causadas por pie diabético, así mismo la comprensión e identificación de los riesgos asociados a la amputación pueden lograr una considerable reducción de las tasas de amputación y/o muerte.

Por otro lado, se puede decir que el proceso de afrontamiento de una enfermedad crónica, tal como lo es la diabetes, se vive un proceso de duelo. El duelo es una respuesta adaptativa que se presenta ante la pérdida de algo o alguien que se considera altamente significativo, pudiendo ser una persona, bienes materiales, relaciones sentimentales, beneficios físicos e incluso, el estado de salud. Para las personas con DM, esta enfermedad significa la pérdida de la salud y los cambios que se deben realizar en el estilo de vida. Este proceso de enfermar trae consigo miedo y sufrimiento, el cual mejora cuando llega la aceptación de la enfermedad (García y Rozo, 2019; Jacome, 2022). En relación a esto, encontramos que Jiménez y Dávila (2007), mencionan que padecer una enfermedad crónica como lo es la diabetes puede generar un crecimiento en el estrés psicológico, y a su vez, aumenta el riesgo de patologías como la depresión. Además, expresan que el diagnóstico de esta enfermedad produce un impacto a nivel emocional en términos de la percepción de su salud.

En esta misma línea, se encuentran aportes de Antúnez (2016), el cual menciona que la diabetes genera un impacto para la persona que lo padece ya que se ve afectado el estilo de vida del individuo, su entorno social, apego o no al tratamiento y aceptación de la enfermedad; todo

esto puede causar un desarrollo de síndrome psiquiátrico, siendo los más comunes, la ansiedad y la depresión. Según Pineda, Bermúdez, Cano, Mengual, Romero, Medina, Leal, Rojas & Toledo (2004), las personas que padecen diabetes son dos veces más propensas a sufrir depresión, lo que sugiere un conocimiento acerca de la comorbilidad entre la depresión, la diabetes y el impacto en la calidad de vida de la persona afectada. En relación a lo anterior, Hernández, Álvarez, Gutiérrez, Castellanos, Conzatti y Espinosa (2023), mencionan que aquella frecuencia de enfermedades como la ansiedad y la depresión en esta población, facilita el desarrollo de dicha enfermedad, pues los pacientes tienden a reducir su autocuidado y se puede presentar hipo o hiperglucemia, afectando la calidad de vida de la persona. En algunos pacientes aquellos cambios que deben realizar en su vida a raíz de esta enfermedad pueden significar un problema y manifestar frustración o tristeza. Las modificaciones que enfrentan las personas con diabetes mellitus conllevan a que experimenten diferentes sentimientos como tristeza, angustia, ansiedad, desesperación, y esto influye en su salud mental, de forma que el paciente se convierte en una persona susceptible a reducir su estado de ánimo y, como consecuencia, aumenta la posibilidad de adquirir problemas en su esfera personal (Jojoa, 2016).

Para esta población genera gran impacto el recibir el diagnóstico confirmado, lo que puede producir a su vez gran duda e incertidumbre que no se consulta con el personal médico y posteriormente estos interrogantes serán respondidas por la concepción que tiene la sociedad sobre la enfermedad, lo que limita el conocimiento de esta y la adherencia al tratamiento, por esto es necesario una adecuada educación en salud para el cuidado físico, psicológico y social del paciente, reduciendo el impacto del diagnóstico (Hernández, Álvarez, Gutiérrez, Castellanos, Conzatti y Espinosa, 2023).

También, Ochoa, Cardoso y Reyes (2016), dicen que los problemas emocionales tienen un gran impacto en la vida del paciente diagnosticado con diabetes y en su familia; esto incluye estrés, dolor, miedo y ansiedad, por ello, la expectativa y calidad de vida pueden resultar muy deterioradas. En esta misma línea, Cortés, Tzontehua, Ramírez y García (2016) menciona que, el cambio en los estilos de vida es algo que afecta a la familia dado a que exige cuidados que favorezcan el control metabólico, donde los responsables del cuidado no solo es el que padece la enfermedad sino además el cuidador primario, más aún cuando se presentan complicaciones progresivas.

Ahora bien, encontramos aportes como el de Bautista y Zambrano (2015) los cuales entienden que la calidad de vida para una persona enferma representa el resultado de la relación entre diferentes elementos, los cuales son: el tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio en su vida, el apoyo social que haya recibido y percibido, y la edad en que se inicia la enfermedad.

Jojoa (2016), nos permite tener un mejor acercamiento con su investigación sobre la calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo II en la cual reconoce cuatro dimensiones: física, psicológica, social y espiritual. Menciona que, en relación a la dimensión física, los pacientes pueden dar una percepción positiva en la medida que se adhiere al tratamiento médico, teniendo un buen manejo y control de la enfermedad, a través de la asistencia a los controles médicos, y el ajuste en la dieta al incorporar estilos de vida saludables. Por otro lado, hay autores que coinciden en que la presencia de complicaciones crónicas es el factor más relevante que afecta a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS1) del diabético, intensificando las diferencias en relación con la gravedad y tipo de complicación. (Carral, Oliveira, Ramos, García, Failde y Aguilar, 2000).

¹ Ahora en adelante se nombrará a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud como CVRS para fines de comprensión y lectura.

La diabetes Mellitus trae consigo muchas complicaciones que afectan la forma en que los pacientes se ven a sí mismos, el malestar físico puede impedir que realicen actividades a las que estaban acostumbrados y, en consecuencia, puedan sentir cierto grado de incompetencia. Jojoa (2016), dice que la inactividad es para la sociedad un sinónimo de inutilidad, es por esto que cuando las personas con diabetes mellitus se sienten funcionales y con cierto grado de independencia, pueden tener una mejor percepción de su calidad de vida ya que estos elementos permiten mantener relaciones asistiendo a eventos culturales, recreativos, religiosos.

En la investigación de Palacios, Arango, Ordoñez y Alvis (2019), se reconoce que las personas con diabetes tipo 2 perciben que los dominios más afectados de su CVRS son salud general, rol físico y función física, se sugiere que las políticas de atención estén enfocadas en un manejo integral; además, se hace necesario ampliar la investigación en la evaluación de la calidad de vida de los pacientes con diabetes, para que sea un objetivo que contribuya al mejoramiento de sus condiciones de salud.

Jojoa (2016) menciona algo muy importante sobre el factor económico de los pacientes y es que sus ingresos económicos contribuyen a mejorar la calidad de vida en dimensiones tanto física como mental, ya que pueden realizar actividades con familiares y amigos donde adquieren relajación y diversión, también le permite contar con los recursos necesarios para mantener una buena alimentación y del adecuado tratamiento farmacológico.

Hernández, Álvarez, Gutiérrez, Castellanos, Conzatti y Espinosa, (2023), incorporan en su estudio una valoración de los pacientes sobre su empleo, encontraron que algunos de los pacientes que se encuentran empleados, manifiestan miedo al pensar en una posible pérdida de su trabajo ya que será difícil conseguir nuevamente debido a que esta enfermedad es considerada como causante de discapacidad, además, necesitan sentir seguridad social para poder seguir eficazmente con el

tratamiento, así pues, en su mayoría, expresan miedo a perder estos ingresos, prefiriendo no mencionar su enfermedad a sus empleadores.

Otra variable estudiada dentro de la CVRS es la escolaridad, para Bautista y Zambrano (2015) el tener un bajo nivel de escolaridad significa para el paciente una afectación en la información sobre su enfermedad, dificultando que conozcan acerca de la prevención de complicaciones y medidas terapéuticas. En relación a la escolaridad, un aspecto a tener en cuenta es el uso de las tecnologías por parte de los pacientes para obtener información en salud, muchos de ellos no tienen oportunidades de acceso y cuentan con bajos recursos económicos, lo que imposibilita que adquieran conocimiento sobre su enfermedad y estrategias para el cuidado de ésta a través de programas educativos, charlas sobre alimentación saludable, páginas online sobre actividad física, control de glicemia a través de mensajes o en páginas de salud en internet (Jojoa, 2016).

Asimismo, para los pacientes con enfermedad crónica puede ser de gran ayuda el mantener buenas relaciones sociales y familiares; es necesario sentir el apoyo de las personas que quiere y el disfrutar de actividades recreativas pues esto proporciona seguridad y relajación (Jojoa, 2016). Otro factor que identifica la autora es que la fe también es un factor importante para la percepción de los pacientes con DM sobre su enfermedad donde la creencia en un ser superior les permite dar un sentido positivo a sus vidas, facilitando la adaptación a estilos de vida saludables en pro de mantener un equilibrio y un adecuado manejo de la enfermedad.

En cuanto a los obstáculos que se encuentran para la efectividad del tratamiento para la DM, se evidencia un problema en relación médico-paciente y enfermera-paciente referido a la deficiente atención y trato que se les brinda a los pacientes por parte del equipo de salud, creando insatisfacción y la no adherencia al tratamiento (De los Ríos, Sánchez, Barrios y Guerrero, 2003).

Probablemente los médicos se centren tanto en objetivos metabólicos que olvidan valorar otros aspectos importantes, por esto es importante que la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud se configure como un elemento integral de la toma de decisiones en la clínica.

Es necesario entender la importancia del contacto de las personas con enfermedades crónicas como la DM con los entes de salud y los servicios que estos brindan, pues esto les permite a estas personas tener oportunidades de tratamiento y una adecuada educación sobre su enfermedad que posibilite a su vez el autocuidado y, en consecuencia, una mejora en su calidad de vida (Brítez y Torres de Taboada, 2017).

En línea con lo anterior, se entiende que la información sobre la calidad de vida de los pacientes con DM tipo 2, permite crear intervenciones preventivas y terapéuticas ajustadas a las necesidades específicas de los pacientes y estar en condiciones de evaluar el impacto de las decisiones tomadas (De los Ríos Castillo et al., 2003). Es necesario disponer de instrumentos de evaluación psicológica y conocer las atribuciones relacionadas con la enfermedad para facilitar a los profesionales el canal de la comunicación, explicar y entender lo que pasa con el paciente, y proporcionar un marco de referencia para futuras decisiones y conductas que pueden minimizar los resultados negativos (Martín, Querol, Larsson y Renovell, 2007).

En definitiva, la revisión teórica demuestra el problema que se encuentra alrededor de la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus, y es que, esta enfermedad afecta significativamente diferentes dimensiones de la vida, lo que sugiere que se amplíe la información sobre la valoración y los significados que tienen los pacientes con DM sobre otras áreas de desempeño que se encuentran involucradas, ya que la comprensión de lo anterior podría permitir acercarse más a la vivencia del paciente a lo largo del curso de una enfermedad que se categoriza

como crónica y en esta misma medida orientar a la sensibilización tanto de los profesionales en salud como de los pacientes frente al sentido conferido a su proceso de salud-enfermedad.

2. Justificación

La diabetes requiere un cuidado constante y una atención cuidadosa para mantener los niveles de glucosa en la sangre bajo control. Esto puede incluir cambios en la dieta, ejercicio regular, monitoreo de los niveles de glucosa en la sangre y consumo o aplicación de medicamentos. Además, los pacientes con diabetes crónica pueden enfrentarse a una serie de complicaciones de salud, como enfermedades cardíacas, problemas de visión y neuropatía. Otro desafío importante que enfrentan los pacientes con diabetes mellitus son el estigma y la discriminación, a menudo, las personas con diabetes son estigmatizadas y culpadas por su enfermedad, lo que puede llevar a sentimientos de vergüenza y aislamiento social, adicionalmente, los pacientes con diabetes pueden enfrentar discriminación en el lugar de trabajo y en otros entornos sociales debido a su enfermedad. Pedrero, Alonso y Manzi (2022) dicen que el estigma asociado a la diabetes se ha abordado como un factor psicosocial que afecta negativamente en el control metabólico y en la calidad de vida de estos pacientes. El estigma y la discriminación por diabetes afecta de tal manera a la persona enferma, que produce complicaciones psicológicas como depresión y ansiedad, además, sentimientos de vergüenza que afecta la forma en cómo estos pacientes se ven a sí mismos, produciendo baja autoestima y bajo autocuidado que se ve reflejado en conductas negativas en el manejo de la enfermedad y los cuidados diarios como inyectarse insulina, no se revisen los niveles de azúcar en la sangre, no lleven puestos dispositivos para la diabetes o incluso no busquen tratamiento (Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, División de Diabetes Aplicada, 2022).

De acuerdo con los planteamientos de Bautista y Zambrano (2015) existe una suma de evidencia generada en los últimos años que permite entender que el diagnóstico temprano y el buen control de la diabetes es necesario para reducir las complicaciones crónicas de la enfermedad,

como la retinopatía, la nefropatía, la neuropatía y la muerte, y además de esto, produce una mejoría a la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad.

En relación a la importancia de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en el sistema de salud, Palacios, Arango, Ordoñez y Alvis (2019), plantean que se debe decir que esta funciona como una forma de medición que permite conocer información del paciente, evaluando su funcionamiento psicosocial e identificando problemas y necesidades que tienen en diferentes etapas de la enfermedad, comparar el impacto de los diferentes regímenes de tratamiento en su bienestar y la satisfacción que se tiene con ello, todo esto en pro del apoyo en la toma de decisiones clínicas, en la implementación y evaluación de intervenciones guiadas a mejorar su calidad de vida. Sin embargo, cuando hablamos de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, la información es escasa y la CVRS de estos no es monitoreada sistemáticamente como parte integral del control de rutina, lo cual afecta la ayuda que se pueda prestar en el cuidado de la enfermedad y eficacia del tratamiento.

La investigación continua y la promoción de políticas y programas efectivos son esenciales para abordar esta importante cuestión de salud pública que no solo afecta física y psicológicamente a quienes la padecen, sino que también toca su esfera social y familiar. Tal como lo dice Brítez y Torres (2017), es fundamental que se tomen medidas que guíen una atención adecuada hacia los pacientes, creando cambios sociales donde estos estén en un ambiente saludable propiciando así una mejor calidad de vida.

Con esta investigación se pretende resaltar la importancia del estudio de la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus conociendo las valoraciones y los significados que realiza esta población sobre las diferentes dimensiones que se han adoptado para la comprensión general de la calidad de vida, y así poder adquirir una comprensión amplia de sus necesidades y cómo se

configuran sus experiencias en relación a la enfermedad que afectan positiva o negativamente su estado de salud y la satisfacción con el tratamiento, todo lo anterior con el propósito de mejorar la educación del equipo de salud y el personal que brinda sus servicios a esta población, y en consecuencia, que posibilite crear estrategias de intervención y la adecuada atención con los pacientes, mejorando la calidad de vida de estos. Esto puede incluir la educación y el apoyo al autocontrol de la diabetes, la promoción de políticas y programas que aborden el estigma y la discriminación, y la investigación continua para mejorar el entrenamiento y la prevención de la diabetes. Por lo tanto, el propósito de esta investigación será dar respuesta a cuáles son las percepciones que construyen los pacientes con DM tipo 2 sobre su calidad de vida.

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

- Describir las percepciones que construyen las personas de Puerto Berrio diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2 sobre su calidad de vida.

3.2. Objetivos Específicos

- Identificar los cambios en las áreas de desempeño asociados a la condición de enfermedad de los pacientes con DM.
- Detallar las formas de apoyo que han percibido los participantes en el proceso de su enfermedad.
- Analizar aspectos psicosociales involucrados en la comprensión de la enfermedad de las personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2.
- Reconocer las dificultades que han presentado las personas con DM con la adherencia al tratamiento.

4. Marco teórico

Para entender cuál es la percepción que tienen los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en relación a su calidad de vida, es necesario hablar en un primer momento sobre la experiencia de la enfermedad diabetes mellitus, posteriormente lo que se entiende por calidad de vida y finalmente sobre el concepto de percepción, intentando discriminar los elementos que componen este estudio.

4.1. Diabetes Mellitus tipo II

Aunque la DM es una familia de enfermedades, nos centraremos en la DM Tipo 2, que puede diferenciarse en insulino dependiente y no insulino dependiente. La experiencia de la enfermedad DM tipo 2 es muy compleja de abarcar y comprender, pues se determina por la interacción de diferentes factores como las condiciones propias del paciente, de su familia, del personal de salud y de la sociedad en general, requiriendo una atención integral y multidisciplinaria. (Vázquez, Flores, Mata y Ríos, 2023)

De acuerdo con los planteamientos de López y Ávalos (2013), existe una representación social muy biologicista y fatalista de la diabetes, que se suele asociar negativamente con muerte, discapacidad y daños en el organismo; en el discurso de las personas con esta enfermedad se puede evidenciar el miedo por la pérdida de la salud, como un acabar de sí mismo poco a poco, algunos pacientes y sus familias describen la enfermedad como un problema de la salud que lleva a la muerte, y perciben esta enfermedad como algo malo, incurable, progresivo y traicionero. Las autoras mencionan que la DM es una experiencia que afecta la vida y consecuentemente los actos de la persona enferma; además, que los estilos de afrontamiento tienen un componente biológico, entendiendo que se heredan ciertas conductas que afectan la forma en que se percibe la

enfermedad, pero que además, se debe tomar en cuenta la influencia de factores como la religión, la educación, las condiciones de salud y económicas en los modos de vida de cada persona, la actitud que tiene frente a la vida y su forma individual de enfermar. Para estudiar los fenómenos de salud y enfermedad que se expresan en la vida de cada persona y grupo social, es necesario comprender que ello depende de la influencia que tiene el conjunto complejo de factores biológicos, naturales y sociales.

La DM tipo II es una enfermedad crónica que supone en menor o mayor grado un impacto en la vida de la persona y una ruptura en su cotidianidad, lo cual significa cambios que suelen ir en detrimento de la calidad de vida, comprendida esta como la percepción que tiene el individuo acerca de su condición de vida, dependiendo de variables como, el contexto cultural, el sistema de valores en el que vive, objetivos y expectativas personales. (Vinnacia, Fernández, Escobar, Calle, Andrade, Contreras y Tobón, 2006)

En general, para los pacientes con diabetes, la experiencia de su enfermedad es un hecho muy traumático; desde el momento de su diagnóstico debe asumir, además, el tratamiento y pronóstico, provocando respuestas psicológicas comunes como ansiedad y depresión, desesperanza, soledad y baja autoestima. Como se puede analizar, son respuestas muy complejas y se convierte en un gran reto vivir con la enfermedad, ya que se enfrentan a la pérdida de su salud, donde se instauran muchos cambios que son de difícil adaptación, y el paciente tiene la responsabilidad de adquirir conductas de autocuidado para sobrellevar su condición y aprender a vivir con ella. (Leitón, Cienfuegos, Deza, Fajardo, Villanueva & López, 2018)

Aunque los estudios de la DM en relación al afrontamiento del diagnóstico han dejado claro que el efecto positivo o negativo de este hacia el paciente va a depender de recursos personales y sociales, para López y Ávalos (2013), la forma en cómo se comunica, es uno de los factores

influyentes, ya que esto puede significar un alivio para el paciente y su entorno, encontrando un mejor pronóstico o, por el contrario, transformarse en una experiencia traumática. En el estudio que realizaron, encontraron que los participantes con antecedentes familiares de diabetes respondieron al dictamen con resignación y tranquilidad; sin embargo, para otros pacientes, el diagnóstico significó que, durante todo el proceso que llevan con ella, aparecieran distintos estados emocionales negativos, como frustración, rechazo, entre otros; provocados por la noticia de la enfermedad, lo que a su vez desmejoró el afrontamiento de esta y provocó una menor adherencia al tratamiento.

Rugeles, Gogeochea, Pavón y Blázquez (2022), consideran que el sistema de salud no facilita educación a los pacientes con diabetes mellitus, ni realiza seguimiento a esta población, lo cual es alarmante, pues el conocimiento sobre la enfermedad es fundamental para la persona enferma, ya que reduce el grado de incertidumbre, mejora la toma de decisiones, aumentando la autonomía que tiene el paciente en el cuidado de su salud. Los profesionales de salud suelen carecer de habilidades sociales que se evidencian a la hora de dar información a los pacientes sobre la enfermedad, lo que repercute negativamente en la comprensión de esta, afectando también la participación de la persona, el grado de satisfacción de la atención médica, y la adherencia al tratamiento. Por lo general, frente a la información que se le da al paciente sobre su estado de enfermedad y los cuidados que debe adquirir, hay una poca comprensión, y aunque, los pacientes suelen creer que no han sido suficientemente informados al respecto, no hacen preguntas y esto conlleva a limitación en el acceso a la información. Dado que para el profesional no siempre es fácil conocer sobre las dificultades existentes en la comprensión de su mensaje, es fundamental crear estrategias para verificar la comprensión, y es en este proceso donde se incluye a la familia del paciente. (González, 2011)

En la misma línea, Rugeles, Gogeochea, Pavón y Blázquez (2022), expresan que el acompañamiento y apoyo familiar que pueda tener el paciente es crucial para la información y motivación de la persona enferma, pues propicia la búsqueda de la atención sanitaria y amplía el grado de comprensión de los datos recibidos por el paciente en consulta médica. Asimismo, González (2011), piensa que la familia es la primera red de apoyo de la que dispone un sujeto, y esta actúa como protectora frente a diversas situaciones estresantes y cambios de la vida cotidiana, el apoyo que ella ofrece funciona como el recurso percibido como el más eficaz de promoción de salud y prevención de la enfermedad y sus daños.

Tal como se ha evidenciado anteriormente, los factores que influyen en la enfermedad y la adherencia terapéutica, son múltiples, y la comprensión del discurso de los pacientes con diabetes mellitus debe integrar aspectos individuales, sociales y culturales. En relación a las condiciones propias del paciente, Vázquez, Flores, Mata y Ríos (2023) exponen que existe una relación entre la adherencia al tratamiento y las fases del proceso de duelo, que en su texto describen como la negación, ira, depresión y aceptación, sin encontrar asociación en la fase de negociación o pacto. El duelo que se presenta en cuanto a la salud, se entiende como un proceso de adaptación ante la pérdida de identidad como persona sana.

En el estudio realizado por Leitón, Cienfuegos, Deza, Fajardo, Villanueva & López (2018), se reconoce un proceso de duelo en relación a la enfermedad por diabetes, donde el bienestar afectado del paciente no solo se da en el área física, sino también en la emocional, lo cual interfiere en la adaptación a la enfermedad. Las complicaciones a las que se enfrentan las personas con diabetes mellitus provoca tal sufrimiento que para los pacientes significa una pérdida en su calidad de vida, por lo que la persona debe hacer un gran esfuerzo en adherirse adecuadamente al tratamiento y tener un buen autocuidado, para prevenir y reducir los factores de riesgo

cardiovascular, demencia, caídas, infecciones, depresión y deterioro funcional, estas complicaciones someten al paciente a la vivencia del deterioro cognitivo y complicaciones, especialmente neuropatía y pie diabético, pérdida de la visión e insuficiencia renal, es así como la diabetes llega a ser entonces una enfermedad incapacitante, duradera y genera incertidumbre sobre la probabilidad de curación.

El proceso de duelo de las personas con DM inicia con la negación para aceptar el diagnóstico, posteriormente, el sentimiento de amenaza y de peligro que genera el diagnóstico puede provocar ira en la persona enferma, aumentando el riesgo de depresión, hasta llegar a la aceptación o resignación; es ahí, cuando el paciente siente un sentimiento general de infelicidad. El sentimiento de sufrimiento en los pacientes con DM se expresa en tristeza, llanto, discriminación, soledad, preocupación, culpa, insomnio, desánimo, dificultad para concentrarse o tomar decisiones, e incluso, desear hasta la muerte; síntomas que representan la etapa depresiva del proceso de duelo.

4.2. Calidad de Vida

De acuerdo con la revisión teórica que realiza Urzúa y Caqueo-Urizar (2012), en Estados Unidos, después de la segunda guerra mundial se utilizaba el término “calidad de vida” para investigar la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida, posteriormente, a partir de los años 60’s, se tomaba como referencia para recolectar información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda.

De acuerdo a la literatura que existe sobre el concepto “Calidad de Vida” se puede encontrar un consenso en tres aspectos fundamentales: (a) Es subjetiva, (b) el puntaje asignado a

cada dimensión es diferente en cada persona y (c) el valor asignado a cada dimensión puede cambiar a través de la vida (Fernández citado por Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012).

Por otro lado, Snoek (2000, como se citó en Palacios et al. 2019) menciona que la mayoría de los investigadores están de acuerdo con que la definición de calidad de vida puede entenderse como un constructo multidimensional, que abarca aspectos de bienestar psicológico, social y físico, además de la posibilidad de participación, el acceso a los derechos y la autodeterminación, y refleja la evaluación subjetiva del paciente de bienestar en lugar de la opinión del profesional de la salud. El concepto “Calidad de Vida” suele confundirse con otros conceptos como estado funcional, satisfacción con la vida, bienestar o estado de salud, sin embargo, una evaluación de este concepto ha facilitado el desarrollo de conceptos secundarios como la Calidad de vida relacionada con la salud -CVRS- (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012).

Para Brítez y Torres de Taboada (2017), la CVRS se entiende como la evaluación sobre el nivel de bienestar que comprende la valoración que realiza la persona en cuanto a diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud. Por su parte, Bautista y Zambrano (2015) dicen que la CVRS realiza una medición de la opinión que tienen los pacientes respecto a su propia salud en diferentes dimensiones: física, psicológica y social, también se ha entendido como una variable necesaria para evaluar la efectividad del actuar médico y los programas de las instituciones de salud. Ahora bien, en una revisión teórica sobre la percepción que han tenido los pacientes de DM sobre su calidad de vida, se ha encontrado que esta enfermedad crónica efectivamente afecta diferentes dimensiones de la vida: sexual, relaciones sociales, familiar, laboral y espiritual.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, s.f.), la calidad de vida se define como la “percepción del individuo sobre su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema

de valores en los que vive, y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Además, la OMS (s.f.) considera que la calidad de vida abarca diversos aspectos, como la salud física y mental, las relaciones sociales, el bienestar emocional, la seguridad económica, la satisfacción laboral, la educación, el medio ambiente, la vivienda y el acceso a servicios básicos. Es un concepto multidimensional que busca evaluar y mejorar el bienestar integral de las personas. En ese sentido es un concepto complejo que puede ser analizado desde múltiples dimensiones. Algunas de las dimensiones comunes incluyen la salud física y mental, el nivel de ingresos, la educación, el acceso a servicios básicos como la vivienda y el transporte, las relaciones sociales y familiares, la participación en la comunidad, entre otros (OMS, s.f.).

Por lo anterior, la calidad de vida es un concepto que engloba diferentes dimensiones que abarcan tanto aspectos objetivos como subjetivos. Los componentes subjetivos de la calidad de vida se refieren a la percepción que tiene cada individuo sobre su propia vida y su satisfacción en áreas como la felicidad, la autoestima, el sentido de propósito y la realización personal. Por otro lado, los componentes objetivos incluyen factores medibles como el acceso a servicios de salud, la educación, la seguridad, el nivel de ingresos y las condiciones de trabajo. En conjunto, tanto los componentes subjetivos como los objetivos son fundamentales para comprender y evaluar la calidad de vida de una persona o de una sociedad en su conjunto. Es importante considerar tanto la percepción individual como los indicadores tangibles para obtener una visión completa y equilibrada de este concepto tan amplio y relevante en el bienestar humano (Felce y Perry, 1995, como se citó en Nava Galán, 2012). Por eso, una visión integradora sobre la calidad de vida de una persona como lo describe Ardila (2003) se refiere al bienestar y satisfacción general que experimenta en diferentes aspectos de su vida, como la salud física, mental y emocional, las relaciones interpersonales, el entorno social y laboral, el acceso a recursos y oportunidades, el

nivel de autonomía y autoestima, entre otros. Es un concepto holístico que refleja el equilibrio y la armonía que una persona puede lograr en su vida, permitiéndole disfrutar de una existencia plena y significativa.

Por ende, existen varias teorías sobre la calidad de vida que intentan explicar cómo las personas perciben y experimentan su bienestar. Algunas teorías importantes incluyen la teoría de las necesidades básicas de Maslow, que postula que las personas tienen una jerarquía de necesidades que deben ser satisfechas para alcanzar un nivel óptimo de bienestar; la teoría de la satisfacción de vida, que se centra en el grado en que las personas están satisfechas con diferentes aspectos de su vida; y la teoría de las capacidades de Amartya Sen, que enfatiza la importancia de la capacidad de las personas para realizar lo que valoran en la vida. Por ejemplo, el “modelo biopsicosocial”, propuesto por Engel (1977, como se citó en i Carrió, 2002), es un enfoque holístico de la atención sanitaria que considera factores biológicos, psicológicos y sociales para comprender la salud y la enfermedad de un individuo. Este modelo enfatiza que la salud y la enfermedad están influenciadas por una combinación de estas tres dimensiones, y no únicamente por factores biológicos. Alienta a los profesionales de la salud a considerar el contexto psicológico y social del paciente al diagnosticar y tratar afecciones médicas. El modelo biopsicosocial tiene como objetivo proporcionar una comprensión más integral de la salud y la enfermedad que tenga en cuenta las complejidades de la experiencia humana.

Posteriormente, el modelo de Calman (1984, como se citó en Dapuetto Prieto, 2012) es un enfoque que propone evaluar la calidad de vida relacionada con la salud a través de diferentes dimensiones, como el bienestar físico, emocional, social y mental de una persona. Este modelo considera que la calidad de vida de una persona está influenciada por múltiples factores, incluyendo su estado de salud, sus relaciones sociales, su entorno físico y emocional, entre otros

aspectos. Al evaluar la calidad de vida de una persona desde una perspectiva holística, el modelo de Calman busca identificar los aspectos que impactan en su bienestar general y proponer intervenciones para mejorar su calidad de vida en su conjunto.

Tabla 1.

Dimensiones de la calidad de vida según Calman

Dimensiones	Descripción
Relacionadas con los problemas físicos	
Física	Presencia o ausencia de síntomas físicos como dolor, náuseas o incapacidad para moverse.
Toxicidad	Los posibles efectos dañinos y secundarios que pueden surgir a raíz de los tratamientos, lo cual puede resultar especialmente inquietante para muchas personas.
Imagen corporal y movilidad	Pueden surgir a raíz de la enfermedad y de los tratamientos, particularmente debido a cirugías o secuelas.
Relacionadas con los factores psicológicos, sociales y espirituales	
Psicológica	Principalmente hace referencia a la habilidad de una persona para enfrentar una situación determinada y a la existencia de síntomas de ansiedad y depresión.
Interpersonal	Las conexiones entre personas son fundamentales y pueden ser determinantes para mantener una buena calidad de vida. Se aplican no solo a los seres cercanos, sino también a las conexiones sociales más amplias. Durante los momentos de crisis, las relaciones de pareja pueden verse afectadas, disminuyendo el interés sexual, y situaciones como la enfermedad pueden impactar tanto en el desempeño sexual como en el ámbito emocional.
Felicidad	Se define como la base para identificar una alta calidad de vida, vinculada con conceptos como satisfacción, realización y disfrute. Las emociones relacionadas con estos términos suelen ser pasajeras. La capacidad de experimentar placer y generar felicidad también forma parte de esta dimensión, que puede entenderse de forma más amplia como bienestar.
Espiritual	Significa que la persona cuenta con un sólido conjunto de convicciones que le proporcionan fuerza y respaldo, una filosofía central, una percepción de significado y de tranquilidad interna. Estas creencias no están necesariamente ligadas a aspectos religiosos.
Económica	Incorporar los gastos del tratamiento, el traslado, la reducción de ingresos derivada de la enfermedad, el coste de la comida y cuidados especiales, la ansiedad sobre la estabilidad financiera y del hogar a largo plazo: todos estos factores afectan la calidad de vida.
Más amplias	
Individual	Los aspectos individuales abarcan las expectativas y metas personales, la ocupación laboral, los hobbies y los éxitos obtenidos.

Dimensiones	Descripción
Cultural	En este contexto, la cultura implica abarcar no solamente las divergencias étnicas, sino también las disparidades existentes entre distintos grupos dentro de una misma nación, así como las discrepancias en términos de estatus socioeconómico. De igual forma, es esencial considerar los valores de cualquier contracultura de manera equitativa.
Política	La concepción política de un país o una administración puede influir significativamente en la calidad de vida de ciertas personas, abarcando aspectos como el trabajo, el ingreso, la vivienda, los servicios públicos y de salud.
Filosófica	Durante muchos siglos, los filósofos han intentado definir qué es la felicidad y unificar las ideas sobre este tema. Dos corrientes filosóficas principales abordan la felicidad de formas diferentes y esto se refleja en las actitudes de las personas. Una de estas corrientes es el utilitarismo, que considera el placer y la felicidad (hedonismo), las consecuencias de las acciones (consecuencialismo) y la maximización de la felicidad para el mayor número de personas. En contraste, las teorías deontológicas se centran en los derechos y deberes, donde es crucial evitar causar dolor, cumplir promesas, decir la verdad, mantener relaciones especiales con familiares y amigos, y poner el deber hacia los demás por encima del deber hacia uno mismo. Las discusiones sobre temas filosóficos de la vida influyen en las creencias sobre el significado y propósito de la existencia.
Temporal	El paso del tiempo trae consigo cambios significativos en la vida de las personas, incluyendo en su calidad de vida. A medida que las personas envejecen, sus metas y sueños también evolucionan. Los eventos, desafíos y logros que en algún momento parecían primordiales van adquiriendo una nueva perspectiva con el transcurso del tiempo. Este cambio es especialmente relevante cuando una enfermedad aparece, ya que las prioridades se ven alteradas de repente, las relaciones se transforman y se modifica la expectativa de vida. Por tanto, es crucial evaluar la calidad de vida en momentos específicos en lugar de dar por sentado que la calidad de vida inicialmente esperada se mantendrá sin cambios hasta el final de la enfermedad o durante el tratamiento."

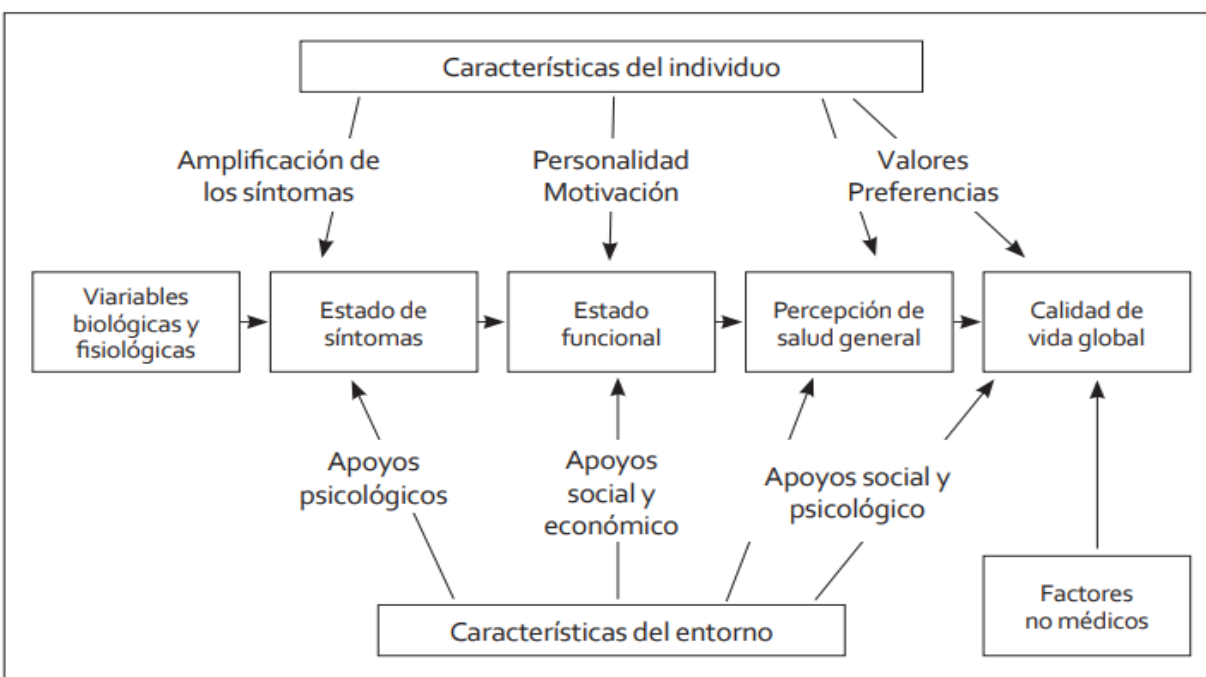
Nota. Tomado de Dapuetto Prieto, 2012, pp. 31-32

Por esa misma línea, se encuentra el modelo de Calidad de Vida de Wilson y Cleary (1995, como se citó en Dapuetto Prieto, 2012) es un marco teórico que propone una serie de factores que influyen en la calidad de vida de una persona. Este modelo identifica cinco áreas principales que abarcan la salud y el bienestar: biológica, síntomas, funcionamiento general, factores generales, y

percepción general de la calidad de vida. En cada una de estas áreas, se consideran diferentes variables que pueden afectar la calidad de vida de una persona, como la salud física, el bienestar psicológico, el entorno social, los factores ambientales y personales, y la percepción subjetiva de la calidad de vida. El modelo sugiere que todas estas áreas interactúan entre sí para determinar la calidad de vida de un individuo. El cual tiene relación con el modelo biopsicosocial de Engel (1977), pero este enfoque multidimensional se diferencia del otro porque ayuda a comprender como lo muestra la figura 1 cómo diferentes aspectos de la salud y la calidad de vida se relacionan entre sí.

Ilustración 1.

Modelo de Calidad de Vida de Wilson y Cleary



Nota. Tomado de Dapuetto Prieto, 2012, p. 37

Igualmente, el modelo de Calidad de Vida de Ferrans y Powers (1992, como se citó en Cárdenas Villareal, 1995), es una estructura conceptual que se utiliza para medir y evaluar la calidad de vida de las personas. Este modelo se basa en ocho dimensiones principales que influyen

en la calidad de vida de un individuo: bienestar emocional, bienestar físico, desarrollo y actividad, bienestar interpersonal, bienestar social, derechos, salud y seguridad, y condiciones vivienda y entorno. Cada una de estas dimensiones se interrelaciona entre sí y afecta la percepción general de calidad de vida de una persona. El modelo de Ferrans y Powers se utiliza en diversos campos, como la investigación en ciencias de la salud, la psicología y el trabajo social, para evaluar y mejorar la calidad de vida de las personas en diferentes contextos

A partir de los modelos anteriormente descritos, se desprenden algunas teorías como la del autocuidado de Orem es un modelo de enfermería que se centra en la capacidad del individuo para cuidarse a sí mismo. Orem sostiene que cada persona tiene la habilidad y la responsabilidad de cuidar de sí misma e identifica tres diferentes requisitos de autocuidado: requisitos universales (como la alimentación y la eliminación de desechos), requisitos de desarrollo (como la adaptación a cambios en la vida) y requisitos de desviación de la salud (como el manejo de enfermedades crónicas). En esta teoría, se destaca la importancia de la enfermería en ayudar a las personas a identificar y satisfacer sus necesidades de autocuidado, así como en fomentar su independencia y autonomía en el proceso de cuidado personal. La teoría de autocuidado de Orem ha sido fundamental en el desarrollo de la enfermería moderna y ha contribuido a la comprensión de la autorregulación y el cuidado de uno mismo en el ámbito de la salud (Marriner et al., 2003, como se citó en Nava Galán, 2012).

Por otro lado, la teoría de la incertidumbre de Mishel (1990, como se citó en Nava Galán, 2012) es un marco teórico que se centra en cómo las personas manejan la incertidumbre en situaciones de estrés. Según Mishel, la incertidumbre se experimenta cuando las personas no tienen la información necesaria para predecir o controlar una situación futura. Mishel sugiere que las personas utilizan estrategias de afrontamiento para reducir la incertidumbre, como buscar

información, buscar apoyo social o reinterpretar la situación para hacerla más manejable. Esta teoría se ha aplicado a diversas áreas, como la salud, la psicología y la educación.

La teoría de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1996, como se citó en Nava Galán, 2012) es una teoría psicológica que se centra en la forma en que las personas lidian con el estrés y las situaciones desafiantes. Según esta teoría, el afrontamiento es un proceso cognitivo y conductual en el que las personas evalúan constantemente las demandas de una situación y sus propias capacidades para hacer frente a esas demandas. Esta evaluación determina la respuesta emocional y conductual de la persona ante la situación estresante. Según Lazarus y Folkman, existen dos tipos de afrontamiento: el afrontamiento centrado en el problema, que implica abordar directamente el problema en sí mismo, y el afrontamiento centrado en la emoción, que implica regular las emociones asociadas con el problema. Además, la teoría sugiere que el afrontamiento efectivo depende en gran medida de la percepción que tenga la persona de la situación, sus propias habilidades y recursos, así como de su apoyo social.

El Modelo Conceptual de la OMS (s.f.) sobre la calidad de vida, este se basa en un modelo multidimensional que incluye aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, y considera tanto la salud como el bienestar subjetivo de la persona. Por lo que, considera que la calidad de vida es un concepto amplio que abarca no solo la ausencia de enfermedad, sino también el bienestar en todos los aspectos de la vida de una persona. Para el presente estudio, se consideró pertinente trabajar con este modelo, pues busca promover un enfoque holístico de la salud y el bienestar, teniendo en cuenta no solo los aspectos físicos, sino también los emocionales, sociales y ambientales.

La OMS (s.f.) ha desarrollado un marco para evaluar la calidad de vida que incluye diferentes dimensiones que inicialmente se miden en el instrumento WHOQOL-100, como la salud

física, psicológica, nivel de independencia, las relaciones sociales, ambiente y los aspectos espirituales; sin embargo, el WHOQOL-BREF es una versión compendiada del anterior. Estos modelos se usan para medir y comparar la calidad de vida en diferentes poblaciones y para orientar las políticas de salud y bienestar. Estas dimensiones interactúan entre sí y afectan la percepción general de bienestar y satisfacción con la vida de un individuo.

4.3. Dimensiones de la Calidad de Vida Según la OMS

Comprendiendo que se toma como referencia las dimensiones de la calidad de vida que propone la OMS, se hace necesario detallar teóricamente esta base, con el objetivo de establecer preguntas fundamentadas y confiables en la evaluación de las variables de interés, donde los resultados y el análisis se presente de manera objetiva y congruente, estableciendo un contraste entre los hallazgos y la teoría.

4.3.1. *Salud Física:*

Se refiere al estado general del cuerpo y su capacidad para realizar actividades diarias sin dificultad, incluyendo la alimentación adecuada, el ejercicio regular y la ausencia de enfermedades crónicas. Según Antonovsky (1987, como se citó en Ortiz-Granja et al., 2020) y Dubos (1956, como se citó en Bennasar Veny, 2012) son dos importantes investigadores que han contribuido a la comprensión de la calidad de vida y la salud física.

Por un lado, Antonovsky (1987, como se citó en Ortiz-Granja et al., 2020) es conocido por su teoría del "sentido de coherencia", que sugiere que las personas que tienen un sentido de coherencia fuerte tienden a tener mejor salud física y mental.

Por otro lado, Dubos (1956, como se citó en Bennasar Veny, 2012), abogó por la importancia de un estilo de vida equilibrado y sostenible para promover la salud física y la calidad

de vida en general. En relación a la calidad de vida y la salud física, Dubos (1956, como se citó en Bannasar Veny, 2012) creía que la salud no solo depende de factores biológicos, sino también de factores sociales, ambientales y culturales. Defendió la importancia de un estilo de vida equilibrado, una nutrición adecuada, actividad física regular y una conexión positiva con el entorno natural para mantener la salud física y mejorar la calidad de vida. Ambos investigadores han destacado la interconexión entre nuestra salud física y nuestro bienestar emocional, social y ambiental.

4.3.2. Salud Psicológica:

Se refiere al bienestar emocional y mental de una persona, que involucra la capacidad de manejar el estrés, la ansiedad y otras emociones de manera saludable, así como tener una autoestima positiva y sentirse satisfecho con la vida. En ese sentido, la teoría de la fenomenología de Rogers (como se citó en Casanova Lamoutte, 1993) se centra en la importancia de la experiencia subjetiva de cada individuo y la búsqueda de la autorrealización a través del autoconocimiento y la aceptación incondicional. Esta teoría tiene puntos de conexión con la terapia Gestalt, ya que ambas enfatizan la importancia de la conciencia plena y la integración de las diferentes partes de la personalidad.

En cuanto a la relación con el concepto de *Self*, Rogers sostiene que el *Self* es la representación que una persona tiene de sí misma, incluyendo tanto aspectos positivos como negativos. La terapia *Gestalt*, por su parte, se enfoca en la integración de las diferentes partes del *Self* para lograr un mayor grado de autenticidad y congruencia. Por lo tanto, la teoría fenomenológica de Rogers y la terapia *Gestalt* comparten la creencia en la importancia de la

autoexploración y la autenticidad en la búsqueda del bienestar psicológico, mientras que el concepto de *Self* actúa como el eje central que une estos enfoques terapéuticos.

4.3.3. Relaciones Sociales:

Se refieren a la calidad de las interacciones sociales y el apoyo emocional que una persona recibe de sus seres queridos, amigos y comunidad en general. Se valora la capacidad para mantener relaciones positivas y constructivas, sentirse conectado y apreciado por los demás. Por lo anterior, Durkheim (2001) es conocido por su teoría de la solidaridad social, la cual sostiene que la calidad de vida de las personas está estrechamente relacionada con su conexión y participación en la sociedad. En el caso de personas con enfermedades crónicas, esta teoría cobra especial relevancia en lo que respecta a las relaciones personales, la actividad sexual y el apoyo social.

Durkheim argumentaba que las relaciones personales son fundamentales para el bienestar emocional y psicológico de las personas, ya que proporcionan un sentido de pertenencia y colaboración. En el contexto de enfermedades crónicas, tener relaciones personales sólidas puede brindar apoyo emocional y práctico, lo cual es crucial para mantener una buena calidad de vida.

En cuanto a la actividad sexual, Durkheim (2001) no abordó específicamente este tema en sus teorías, pero se puede inferir que una vida sexual satisfactoria contribuye al bienestar general de las personas, incluidas aquellas con enfermedades crónicas. La intimidad y el placer que proporciona la actividad sexual pueden tener un impacto positivo en la salud mental y emocional de los individuos. Por último, el apoyo social es un aspecto clave en la teoría de Durkheim, ya que la solidaridad y la cooperación entre las personas son fundamentales para el funcionamiento saludable de la sociedad. En el caso de las personas con enfermedades crónicas, contar con un sólido apoyo social, ya sea de familiares, amigos o grupos de apoyo, puede ayudarles a sobrellevar los desafíos que enfrentan, reducir el estrés y mejorar su calidad de vida.

Durkheim (2001) hace especial énfasis en la importancia de tratar a los hechos sociales como cosas, es decir, como entidades con existencia propia que son exteriores al individuo y que tienen un impacto coercitivo sobre él. Durkheim (2001) describen la "externidad" de los hechos sociales, es decir, que existen independientemente de la voluntad de los individuos, así como su "coerción" en el sentido de que imponen ciertas normas y valores a través de la presión social. Estos conceptos son fundamentales para la teoría sociológica de Durkheim (2001) y su enfoque en la sociedad como un ente independiente de sus miembros individuales.

Por otro lado, la teoría de las funciones de la familia de Parsons y Bales (1956, como se citó en Mercado Maldonado, 2013) se centra en la idea de que las familias desempeñan roles clave en la sociedad, incluida la provisión de apoyo social, relaciones personales y la satisfacción de necesidades básicas. En el caso de personas con enfermedades crónicas, estas funciones familiares son aún más relevantes, ya que la calidad de vida de estos individuos puede depender en gran medida de la red de apoyo que reciben.

En cuanto a las dimensiones sociales como relaciones personales, actividad sexual y apoyo social; Parsons y Bales (1956, como se citó en Mercado Maldonado, 2013) podría argumentar que la familia cumple un papel fundamental en cada una de ellas. Por ejemplo, las relaciones personales dentro de la familia pueden proporcionar un sentido de pertenencia, afecto y apoyo emocional para las personas con enfermedades crónicas.

En cuanto a la actividad sexual, Parsons y Bales (1956, como se citó en Mercado Maldonado, 2013) podría abordar este tema a través del concepto de estabilidad familiar y comunicación abierta, lo cual puede ser crucial para la salud y bienestar sexual de las personas con enfermedades crónicas. En lo que respecta al apoyo social, Parsons y Bales (1956, como se citó en Mercado Maldonado, 2013) destacaría la importancia de que la familia proporcione un entorno de

apoyo emocional y práctico para las personas con enfermedades crónicas. Esto incluye el acceso a recursos, orientación y cuidados que pueden influir significativamente en la calidad de vida de estas personas.

4.3.4. Ambiente:

Se refiere al entorno físico y social en el que vive una persona, incluyendo su vivienda, el acceso a servicios básicos como agua potable y saneamiento, la seguridad y la calidad del aire y del entorno natural. Un ambiente saludable contribuye en gran medida al bienestar y la calidad de vida de las personas.

Una de las teorías de Sen y Nussbaum (1996, como se citó en Delgado y Salcedo, 2008) que está relacionada con la calidad de vida para personas con enfermedades crónicas y su dimensión del ambiente es su enfoque de las "capacidades". Según Sen, la calidad de vida de una persona no se mide simplemente por sus ingresos o recursos económicos, sino por su capacidad para llevar una vida que valore. Esto incluye la libertad y seguridad para tomar decisiones sobre su propia vida, acceder a un ambiente físico seguro y saludable, tener recursos económicos suficientes para satisfacer sus necesidades básicas, recibir información relevante sobre su salud y cuidado, tener tiempo para el ocio y el descanso, contar con un hogar seguro y adecuado, recibir atención sanitaria y apoyo social cuando lo necesite, y disponer de medios de transporte accesibles. En el caso de personas con enfermedades crónicas, estas capacidades son especialmente importantes para su calidad de vida. La libertad para gestionar su salud, acceder a atención médica de calidad, vivir en un ambiente que promueva su bienestar, tener apoyo social y familiar, y poder desplazarse con facilidad son aspectos fundamentales para mejorar su calidad de vida y bienestar general.

4.4. Percepción:

Para estudiar la calidad de vida de los pacientes con DM tipo 2, es necesario describir y comprender la importancia que tiene el concepto de “percepción” en este punto. De acuerdo con Gamboa (2013) la OMS dice que la calidad de vida se concibe como la percepción que hacen las personas desde su posición en la vida, el contexto cultural y sistema de valores que lo permean, lo anterior, relacionado a las metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones del sujeto. Una buena calidad de vida sería entonces el sentimiento de bienestar y satisfacción con la vida.

La percepción, según Puente (2007), es el mecanismo por el cual se elabora e interpreta la información de los estímulos que se presentan, para organizar y dar sentido a ello. En el proceso de reconocimiento del estímulo, primero se parte de una información básica que es recibida por nuestros sentidos, posterior a esto, es que se percibe al estímulo, reconociendo cada elemento que lo compone, y de manera activa, organiza, interpreta o explica aquella información básica. La percepción se caracteriza por analizar y sintetizar las sensaciones y darles significado, partiendo de las experiencias del sujeto.

La percepción puede definirse como el conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuamos en él y nuestros propios estados internos. es un proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización. Es subjetiva, ya que las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro. La condición de selectiva en la percepción es consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona, que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo

perceptual en función de lo que se desea percibir. Es temporal, ya que es un fenómeno a corto plazo. La forma en que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción evoluciona a medida que se enriquecen sus experiencias, o varían sus necesidades y motivaciones (Gamboa, 2013).

La realidad que construye cada sujeto está derivada de las percepciones, creencias y acciones que se integran en contextos sociales y culturales específicos (García et al., 2014). Entendiendo la naturaleza de la percepción, donde los aprendizajes de la persona inciden en la forma en que percibe e interpreta las situaciones, es fundamental pensar que las interacciones sociales que tienen las personas con DM tipo 2, se convierte en escenarios donde adquiere información sobre la enfermedad, generando quizás falsas creencias, que se traduce en una la percepción que posteriormente tendrán acerca de su enfermedad, posiblemente causando angustia, incertidumbre y ansiedad.

Apoyado en lo anterior, se plantea que las evaluaciones de la calidad de vida que hacen las personas con diabetes pueden diferenciar enormemente, ya que los pensamientos que tiene cada sujeto se ajustan a los aprendizajes individuales, sin dejar de lado el componente psicosocial, entendiéndose que el aprendizaje social también interfiere allí. Es así como las percepciones que se obtienen a partir del discurso de la persona enferma, en relación a su calidad de vida, no se basa en la esencia de la enfermedad como tal, en la gravedad o en los síntomas, sino en la percepción física y psicológica que tiene sobre sí mismo, las funciones que, en algunos casos, cumple en la sociedad como poseedor del rol social de discapacitado y en la imagen corporal que ha asumido. (Jiménez et al., 2019).

La percepción de la salud es un indicador importante que nos ayuda a evaluar la mortalidad, pensamientos en relación a la muerte, la adherencia terapéutica y cuidados durante la enfermedad, nos ayuda a comprender como se observan las personas teniendo en cuenta su bienestar físico y

adaptación psicológica, es así como también se tiene en cuenta para promover la salud (Medina et al., 2009).

5. Metodología

Para la presente investigación se empleó un enfoque cualitativo, dado que, se busca entender el proceso mediante el cual las personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2 internalizan y hacen suya la información y el conocimiento relacionado con su condición y su calidad de vida. Este proceso implica no solo adquirir conocimiento sobre su enfermedad, sino también comprender, interpretar y dar sentido a su experiencia vivida. Además, el enfoque cualitativo en la investigación permite identificar nuevas perspectivas y temas emergentes que pueden no haber sido considerados previamente. Al permitir que las personas compartan sus experiencias y narrativas, se pueden descubrir aspectos relevantes y únicos que podrían no haber sido considerados en estudios cuantitativos anteriores.

De ahí que, Sánchez (2019) menciona que el enfoque cualitativo se puede entender como el procedimiento metodológico, en el cual se utilizan palabras, discursos, textos, dibujos para estudiar distintos objetos con el fin de comprender la vida social del sujeto por medio de los significados desarrollados por éste. La investigación desde el enfoque cualitativo tiene como finalidad comprender y explicar determinado fenómeno, dando una descripción profunda sobre este. De acuerdo con Mata (2019), la investigación que se enmarca en el enfoque cualitativo estudia los significados que se dan a partir de las acciones humanas y de la vida social.

El autor menciona que el investigador no está excluido de la realidad que estudia, es decir, quien investiga mantiene una interacción con su objeto de estudio, está inmerso en el contexto de interacción, donde el investigador y la realidad que desea investigar ejercen una mutua influencia.

Según Hernández Sampieri y Mendoza Torres (2018) la investigación cualitativa es un enfoque de investigación que se utiliza para comprender y analizar en profundidad los fenómenos sociales, psicológicos o culturales. Se basa en la interpretación subjetiva de los participantes y

busca comprender las experiencias, percepciones y significados que ellos atribuyen a una determinada situación o fenómeno. En el caso de analizar las percepciones de la salud sobre su calidad de vida, la investigación cualitativa se centra en recopilar información detallada y profunda sobre las perspectivas de las personas en relación a su estado de salud y el impacto en su calidad de vida.

La percepción que construyen acerca de su calidad de vida puede variar significativamente entre individuos; por eso, las personas diagnosticadas con DM pueden experimentar cambios en su percepción a lo largo del tiempo, influenciados por factores individuales, sociales y culturales. Por esta razón, el enfoque cualitativo es pertinente porque permite a esta investigación comprender en profundidad la experiencia subjetiva de los sujetos diagnosticados con DM tipo 2 y cómo perciben su calidad de vida. Se enfoca en capturar las emociones y significados que los individuos atribuyen a su condición y cómo esta afecta su vida diaria.

Por otra parte, por medio de las técnicas cualitativas se puede obtener información detallada sobre los factores contextuales y sociales que influyen en la calidad de vida de las personas con diabetes tipo 2. Por eso, al utilizar este enfoque cualitativo, se pueden obtener datos ricos y detallados que ayuden a comprender a fondo las percepciones y vivencias individuales en relación a la calidad de vida de las personas con DM tipo 2.

5.1.Diseño

Para este tipo de investigación, se empleó un diseño fenomenológico porque permite explorar y comprender a profundidad la experiencia individual de las personas diagnosticadas con DM tipo 2. La investigación fenomenológica busca capturar la esencia de lo que es experimentado, sin imponer interpretaciones teóricas preconcebidas, y brindar una comprensión profunda de la

experiencia humana. Esto puede contribuir a una mayor comprensión del impacto de la enfermedad en la vida cotidiana y ofrecer perspectivas importantes de cómo mejorar la atención y el apoyo a estas personas.

Hernández Sampieri y Mendoza Torres (2018), destacan la importancia de utilizar la investigación fenomenológica en el campo de la salud para explorar aspectos subjetivos y no cuantificables mediante otros tipos de estudios. Al adentrarse en la subjetividad de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, es posible identificar aspectos relevantes que pueden influir en su calidad de vida, como la aceptación de la enfermedad, la adherencia al tratamiento, la relación con los profesionales de la salud, entre otros.

En este caso, la investigación fenomenológica puede ser una herramienta útil para evaluar la calidad de vida de pacientes con diabetes tipo II, según Ayelet (2008, como se citó en Camargo Mendoza, 2020) porque esta metodología se centra en comprender la experiencia subjetiva del individuo, permitiendo explorar en profundidad cómo la enfermedad afecta la vida cotidiana de las personas. Al utilizar la fenomenología, las investigadoras pueden capturar las percepciones, sentimientos y significados que los pacientes atribuyen a su condición de salud, proporcionando una visión más holística de su bienestar emocional, social y físico.

Esto puede ser especialmente relevante en el caso de la diabetes tipo II, que no solo tiene implicaciones fisiológicas, sino también emocionales y sociales significativas. Además, la fenomenología “dentro de la investigación cualitativa se encuentra el método fenomenológico el cual se fundamenta en el estudio de las experiencias de vida, desde la perspectiva del sujeto, descubriendo así los elementos en común de tales vivencias” (Amaya Jiménez et al., 2020, p. 2).

Este tipo de diseño se basa en la fenomenología, una corriente filosófica que busca estudiar las estructuras de la experiencia consciente, intentando ir más allá de las apariencias y buscar el

significado y la esencia de los fenómenos. En el diseño fenomenológico, el investigador se sumerge en el mundo de los participantes, buscando comprender sus perspectivas, vivencias y significados atribuidos a determinados fenómenos. Se busca captar la realidad tal y como es vivida y experimentada por los sujetos. Se hacen entrevistas y, grupos focales y se analizan los datos en busca de patrones y temas recurrentes. El objetivo principal de este diseño es describir, interpretar y comprender las experiencias subjetivas de los participantes, sin buscar generalización o representatividad estadística. La validez de los resultados se basa en la riqueza y la profundidad de la información obtenida.

5.2.Técnica de Recolección de Información

Con base al objetivo de la investigación, se considera que la técnica más apropiada es la entrevista semiestructurada. Esto se debe a que, al tratarse de un tema tan personal como la calidad de vida de personas con diabetes tipo 2, se requiere explorar en profundidad las percepciones, emociones, creencias y experiencias de cada individuo. La entrevista semiestructurada permite llevar a cabo esta exploración exhaustiva y brinda la oportunidad de descubrir aspectos que tal vez no se hubieran considerado inicialmente.

Según Hernández Sampieri y Mendoza Torres (2018), la entrevista semiestructurada es una técnica de investigación cualitativa que se utiliza para recopilar información a profundidad acerca de las percepciones de salud y calidad de vida de los participantes. Su objetivo principal radica en obtener información única y específica sobre cada caso, a fin de descubrir aspectos que podrían haber pasado desapercibidos inicialmente y comprender la complejidad del tema, obteniendo así una imagen más completa de cómo la enfermedad afecta la calidad de vida de las personas. A diferencia de las entrevistas estructuradas, en las cuales se tienen preguntas predeterminadas, en

las entrevistas semiestructuradas se utilizan preguntas abiertas que brindan una mayor flexibilidad en la interpretación y exploración de los temas.

En ese sentido, la elección de la entrevista semiestructurada para este caso de estudio es fundamental, ya que permite adentrarse en las experiencias y percepciones de las personas con diabetes tipo 2 de manera detallada. Esta técnica ofrece la posibilidad de obtener información valiosa y descubrir aspectos relevantes que podrían no haberse considerado inicialmente, brindando así una visión más completa y enriquecedora del impacto de la enfermedad en la calidad de vida de estas personas.

Esta entrevista se caracteriza por tener un guion o guía de preguntas previamente establecido, pero permite una flexibilidad para explorar temas adicionales o permitir que los participantes profundicen en sus respuestas. Además, ofrece libertad para que los entrevistados expresen sus opiniones y experiencias de manera libre y espontánea. La entrevista semiestructurada permite una interacción fluida entre el entrevistador y el participante, lo que facilita la obtención de información detallada y permite a los participantes expresar sus percepciones de manera más amplia. En ese sentido, se construye el protocolo el cual contiene una lista formal de preguntas abiertas preparadas previamente por categoría, esto proporciona la estructura y orientación al proceso de entrevista (Brinkmann, 2013; Josselson, 2013; King, Horrocks, y Brooks, 2019; Kvale, 2011; Seidman, 2019, como se citó en Duque y Aristizábal Diaz-Granados, 2019).

Adicionalmente, se crea el protocolo para la entrevista semiestructurada (ver anexo B) donde se define claramente el objetivo de la entrevista, los temas a cubrir y las preguntas clave y los pasos a seguir durante la entrevista, en el que permita profundizar en las respuestas del entrevistado, haciendo preguntas de seguimiento para obtener información adicional o aclarar

puntos importantes y adaptarse a las respuestas del entrevistado, permitiendo que la conversación fluya de manera natural y explorando temas inesperados que puedan surgir.

5.3.Población y Muestra

La población a la cual se dirige el estudio, se conforma por 4 personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo 2, de las cuales dos son mujeres y dos son varones. Todos los sujetos de estudio tienen en común que habitan en el municipio de Puerto Berrío, Antioquia. Estos adultos poseen edades que corresponden a un rango entre los 36 y 86 años.

Este estudio contempló esta muestra intencionada de 4 pacientes distribuidos por toda la municipalidad dada la complejidad de acceder a la población, teniendo en cuenta que muchas de las personas que poseen este diagnóstico no están dispuestas a hacer parte de un muestreo para una investigación que según su criterio puede poner en riesgo la privacidad de su historia clínica. Por esta razón, la muestra por conveniencia se determinó en 4 para que hubiese la misma cantidad de ambos sexos y porque se considera idónea ya que se tiene acceso limitado a la población de interés y se necesita recopilar datos de manera expedita (Hernández Sampieri y Mendoza Torres, 2018). Además, porque se cuenta con toda la disposición de participar de la investigación y también mostraron una actitud adecuada al momento de diligenciar los consentimientos informados.

De igual manera, se considera que el muestreo por conveniencia es beneficioso en este caso particular, ya que se busca estudiar la percepción de las personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo 2.

En este tipo de estudio, es importante obtener la opinión y experiencias de este grupo específico de individuos para entender mejor cómo la enfermedad afecta su día a día. La fuente de muestreo son los pacientes del municipio de Puerto Berrío que hayan sido diagnosticados con DM

tipo II, se comunica con las personas de manera presencial para solicitar su autorización para poder llevar a cabo la entrevista, se explicó el propósito del estudio y se les hace entrega del consentimiento informado para autorizar la realización de la entrevista, dejando claro que se va a manejar la información con todo el rigor y la ética profesional que lo ameritan las historias clínicas de las personas.

En el caso de analizar la percepción que construyen las personas diagnosticadas con DM tipo 2 sobre su calidad de vida, el muestreo por conveniencia es un método de muestreo no probabilístico en el cual los participantes son seleccionados de acuerdo a su disponibilidad y facilidad de acceso. En el caso de la investigación sobre la percepción de las personas diagnosticadas con DM tipo 2 sobre su calidad de vida, este tipo de muestreo podría ser adecuado ya que se busca obtener información de individuos específicos que cumplen con ciertos criterios, como el de tener ese diagnóstico en particular. Al seleccionar participantes con este tipo de muestreo, el investigador puede tener más control sobre la obtención de información relevante para su estudio y también puede facilitar el reclutamiento de participantes (Hernández Sampieri y Mendoza Torres, 2018).

Lo anterior, permitirá obtener una variedad de experiencias y perspectivas que enriquecerán el análisis fenomenológico y ayudarán a comprender mejor la percepción de calidad de vida en el contexto de la diabetes mellitus tipo 2. En consecuencia, la muestra de este estudio cuenta con unos criterios de inclusión y exclusión planteados en la tabla 2, los cuales ayudan a asegurar que los participantes seleccionados sean adecuados para el estudio y que puedan proporcionar información relevante sobre la percepción de su calidad de vida con respecto a su diagnóstico de DM tipo 2. Por otro lado, los criterios de inclusión para la investigación fueron seleccionados con el objetivo de garantizar la homogeneidad en la muestra y la relevancia de los

datos recopilados para el estudio sobre diabetes mellitus tipo 2 en las zonas urbanas de Puerto Berrío.

5.4. Criterios Para Muestreo

El primer criterio fue que fueran personas diagnosticadas con DM tipo 2, este criterio es fundamental, ya que el estudio se centra en esta población específica y sus experiencias con la enfermedad. El segundo, es la edad \geq de 28 años, porque es un factor importante, ya que la diabetes tipo 2 es más común en adultos mayores de cierta edad debido a diversos factores; a medida que envejecemos, las células se vuelven menos sensibles a la insulina, lo que puede llevar a resistencia a la insulina y, eventualmente, a la diabetes tipo 2. Además, a medida que envejecemos, es más probable que ganemos peso y llevemos un estilo de vida menos activo, lo que también puede aumentar el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. Los factores genéticos y el historial familiar de diabetes tipo 2 también pueden desempeñar un papel en la prevalencia de esta enfermedad en adultos mayores.

Tercero, es tener un diagnóstico confirmado por los participantes, lo que garantiza la precisión de los datos recopilados. Cuarto criterio es tener la capacidad de comunicarse verbalmente, este es necesario para poder recopilar información significativa a través de distintas técnicas. El quinto criterio, fue limitar la muestra a estas áreas específicas asegura la relevancia de los hallazgos para la comunidad local. El sexto criterio es que sean Insulino o no insulinorequirientes. Para este estudio se encontraron tres participantes insulinorequirientes y una persona no insulinorequiriente. Se consideró incluir a personas que requieren insulina o no, porque permite analizar posibles diferencias en el tratamiento y su impacto en la vida diaria de los participantes. El séptimo criterio es que los participantes estén vinculadas al sistema de salud, porque es importante que los participantes tengan acceso a un sistema de salud para garantizar que

puedan recibir el tratamiento adecuado y cumplan con las pautas médicas. Y el último criterio fue que estén cursando tratamiento, porque garantiza que los participantes estén activamente involucrados en el manejo de su enfermedad, lo que puede influir en sus experiencias y perspectivas compartidas durante la investigación.

Tabla 2.

Criterios de inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
1) Personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2.	1) Personas con diagnóstico de diabetes diferentes al tipo 2.
2) Edad igual o mayor de 28 años.	2) Personas menores de 28 años.
3) Diagnóstico de DM tipo II confirmado por un profesional de salud.	3) Personas con discapacidades cognitivas o de comunicación que dificulten su participación en las entrevistas y cuestionarios.
4) Capacidad para comunicarse verbalmente y participar en entrevistas o cuestionarios.	
5) Lugar de residencia zona urbana de Puerto Berrío.	
6) Que sean insulino y no insulinorequirientes.	
7) Que estén vinculadas al sistema de salud	
8) Que estén cursando tratamiento	

5.5. Plan de Análisis

5.5.1. Ruta para Análisis de Información:

El análisis fenomenológico interpretativo (AFI) es un enfoque de investigación cualitativa que se utiliza para comprender la experiencia subjetiva de las personas y los significados en este caso percepciones que atribuyen a esos fenómenos. A continuación, se presenta el procedimiento de análisis para llevar a cabo la investigación utilizando el AFI:

- a) Transcripción y familiarización: El primer paso consiste en transcribir las entrevistas y luego familiarizarse con el material para obtener una comprensión general del contenido. En este punto, se crea una tabla en el procesador de textos para organizar los datos cualitativos. En la tabla, se incluye columnas para cada categoría o tema relevante que se esté analizando y filas para cada caso o respuesta obtenida (Hernández Sampieri y Mendoza Torres, 2018). Como investigador, se puede identificar tendencias, patrones y temas emergentes en la información. La familiarización permitirá comprender a fondo el contenido de las entrevistas y obtener una visión general de los datos para poder analizarlos de manera más efectiva. Entre las algunas acciones que se pueden llevar a cabo con la transcripción de entrevistas y la familiarización de la información recopilada incluyen: (a) identificar palabras clave y frases recurrentes en las entrevistas; (b) agrupar ideas similares para identificar patrones y temas; (c) realizar análisis de contenido para extraer significados y conclusiones; (d) comparar y contrastar las respuestas de los participantes y (e) generar hipótesis y formular preguntas adicionales para profundizar en la investigación.
- b) Identificación de unidades de significado: En esta etapa, se busca identificar las unidades de significado o fragmentos de texto que representan ideas o conceptos importantes relacionados con el fenómeno de interés; por lo que, son todos aquellos fragmentos que contienen información que se refiere al objeto de estudio y que se ha registrado de manera explícita en las entrevistas, observaciones u otros instrumentos de recolección de datos. Estas unidades pueden ser palabras, frases, oraciones o párrafos completos, dependiendo de la extensión y relevancia del

contenido (Hernández Sampieri y Mendoza Torres, 2018). Dentro de las unidades de significado preestablecidas para la investigación son:

- c) Codificación y categorización: A continuación, se procede a codificar las unidades de significado, asignándoles etiquetas que reflejen su contenido. Estas etiquetas pueden hacer referencia a emociones, acciones, pensamientos o cualquier otro aspecto relevante (Hernández Sampieri y Mendoza Torres, 2018). Siguiendo las unidades de análisis se plantean las siguientes categorías y codificación:

Ilustración 2.

Codificación y categorización

CATEGORÍA	CODIFICACIÓN	SIGNIFICADO
Salud física	Sentirse capaz de controlar la enfermedad a través de la alimentación y el ejercicio, entre otros.	La salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor (Dubos, 1956, como se citó en Bennasar Veny, 2012)
Salud psicológica	Siente con respecto a su equilibrio emocional, sus capacidades cognitivas, el manejo del estrés, el autoconcepto y su capacidad para enfrentar los desafíos de la vida de manera efectiva	Se centra en la importancia de la experiencia subjetiva de cada individuo y la búsqueda de la autorrealización a través del autoconocimiento y la aceptación incondicional (Rogers, como se citó en Casanova Lamoutte, 1993)
Relaciones sociales	Alivio y agradecimiento por el apoyo de familiares y amigos	La solidaridad social se encuentra en la conciencia colectiva de la sociedad. Los diferentes grupos sociales que componen una comunidad necesitan de la solidaridad para desarrollar un sinnúmero de actividades en las que deben cooperar y apoyarse mutuamente (Durkheim, 2001).
Ambiente	Importancia de contar con un ambiente que promueva la salud y el bienestar	La calidad de vida de una persona no se mide simplemente por sus ingresos o recursos económicos, sino por su capacidad para llevar una vida que valore Sen y Nussbaum (1996, como se citó en Delgado y Salcedo, 2008).

- d) Desarrollo de temas: Los temas representan ideas o conceptos que se repiten a lo largo de las entrevistas y que caracterizan la experiencia de los participantes. Que según Hernández Sampieri y Mendoza Torres (2018) se aplica la codificación selectiva, en el que se organiza y agrupa la data recopilada utilizando los códigos

asignados a cada categoría. Esto permite visualizar y analizar de manera más efectiva los patrones o relaciones entre los diferentes temas y de posibles temas emergentes.

- e) Interpretación y análisis: En esta etapa, Hernández Sampieri y Mendoza Torres (2018) se analiza e interpreta los datos en relación con la teoría existente o los conceptos previamente establecidos. Se busca comprender y dar sentido a los temas identificados, y también examinar cualquier variación o discrepancia en las experiencias reportadas. Una vez identificados los temas, se deben contextualizarlos dentro de la teoría existente o los conceptos previamente establecidos en el campo de estudio. Esto permitirá dar sentido a las experiencias reportadas y comprender mejor su relevancia en el contexto más amplio. También es crucial examinar cualquier variación o discrepancia en las experiencias, ya que esto puede proporcionar información importante sobre la diversidad de perspectivas dentro de la muestra estudiada.
- f)

5.6. Procesamiento de la Información

Hernández Sampieri y Mendoza Torres (2018) explican que, en un estudio fenomenológico, las preguntas de investigación están enfocadas en comprender y describir la experiencia y el significado que un fenómeno tiene para los individuos que lo viven. Por lo tanto, las preguntas de investigación en un estudio fenomenológico deben ser abiertas y permitir que los participantes puedan expresar sus experiencias sin restricciones o influencias externas. Estas preguntas buscan indagar en la vivencia subjetiva de los participantes y en cómo perciben y comprenden el fenómeno en estudio. Estas preguntas fueron tomadas del instrumento *WHOQOL-BREF* versión española de la OMS (Torres et al., 2008).

5.6.1. *Pregunta principal:*

¿Cuál es la percepción que construyen sobre su calidad de vida las personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2?

5.6.2. *Preguntas iniciales sobre información sociodemográfica:*

- Edad
- Lugar de residencia
- Nivel escolar
- ¿Con quién vive?
- ¿Cuántas Personas aportan a la economía del hogar?
- Personas a cargo
- Trabajo
- Estado civil
- Tiempo de diagnóstico
- Otras enfermedades relevantes
- Filiación religiosa
- EPS y régimen

5.7. **Dimensión Salud Física:**

- ¿Qué significa para usted vivir con diabetes mellitus tipo 2?
- Para usted, ¿qué es calidad de vida?
- ¿Qué impacto ha tenido la diabetes mellitus tipo 2 en su calidad de vida?
- ¿Qué desafíos has enfrentado desde el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2?
- ¿Ha tenido que hacer cambios significativos en su estilo de vida, como dejar de fumar o reducir el consumo de alcohol, desde que le diagnosticaron diabetes tipo 2? ¿Cómo han afectado estos cambios a su calidad de vida y al manejo de su enfermedad?
- ¿Qué estrategias ha encontrado para manejar tus niveles de glucosa y cuidar de tu salud?
- ¿Cómo ha evolucionado su dieta y actividad física desde que le diagnosticaron diabetes tipo 2? ¿Ha experimentado cambios significativos en estos aspectos?
- ¿Cómo ha sido su experiencia con los tratamientos para la diabetes tipo 2?
- ¿Con qué frecuencia acude a controles médicos relacionados con su diabetes tipo 2 y cómo ha sido su experiencia con el seguimiento de su tratamiento?
- ¿Ha experimentado dificultades relacionadas con su capacidad de trabajar o mantener un empleo estable debido a su condición de diabetes tipo 2? En caso afirmativo, ¿podría describir cómo ha sido esta experiencia y cómo ha gestionado esta situación?
- ¿Qué factores considera más importantes para su calidad de vida como paciente con diabetes tipo 2?
- ¿Ha enfrentado dificultades para seguir las indicaciones médicas o la toma de medicamentos?
- ¿Qué medidas de autocuidado ha implementado en el proceso con su enfermedad?

- ¿Qué medidas está tomando para el autocuidado de lesiones en la piel o los pies debido a su diabetes tipo 2? ¿Ha notado algún impacto en su calidad de vida a raíz de estas acciones preventivas?

5.8. Dimensión Salud Psicológica:

- ¿Qué piensa acerca de cómo sus propios comportamientos pueden influir en el manejo de la diabetes tipo 2?
- ¿La manera en cómo usted percibe la diabetes mellitus puede influir en el manejo de la enfermedad?
- ¿Cree que la vivencia con la enfermedad ha afectado tu bienestar emocional? ¿por qué?
- ¿Por qué cree que esto le pasó a usted?
- ¿Qué espera que le permita el tratamiento a usted?

5.9. Dimensión Relaciones Sociales:

- ¿Qué significa para usted el apoyo social para el manejo de su enfermedad?
- ¿Qué ha significado para su familia la experiencia de su enfermedad?
- ¿Qué opiniones tienen otras personas cercanas a usted sobre su condición de enfermedad?

5.10. Dimensión Ambiente:

- ¿Ha experimentado dificultades para acceder a los recursos necesarios para el control de su diabetes, como medicamentos, suministros, consultas médicas u otros servicios relacionados, alimentos saludables, etc.? Si es así, ¿Cómo ha sido esta experiencia?
- ¿Cómo ha sido su experiencia con la atención médica para el tratamiento de su enfermedad?
- En caso de haber recibido educación integral sobre la diabetes, ¿podría describir lo que ha significado esto para su calidad de vida?

5.11. Instrumento:

La entrevista semiestructurada es un protocolo de investigación cualitativa en los anexos A y B, que se utiliza para recopilar datos a través de preguntas abiertas y estructuradas en el que se le da un orden un orden lógico como lo muestra la tabla 3. Este tipo de entrevista combina preguntas predefinidas con preguntas adicionales que se formulan en función de las respuestas del participante.

Tabla 3.

Matriz de categorías

Objetivos	Categoría	Pregunta Orientadora	Subcategoría	Preguntas
<ul style="list-style-type: none"> ● Identificar los cambios en las áreas de desempeño asociados a la condición de enfermedad de los pacientes con DM (OE-1) ● Reconocer las dificultades que han presentado las personas con DM con la adherencia al tratamiento (OE-4) 	Percepción de la Calidad de Vida	¿Cómo influye tu estado físico en tu calidad de vida	Salud física	<p>¿Qué significa para usted vivir con diabetes mellitus tipo 2?</p> <p>¿Para usted qué es calidad de vida?</p> <p>¿Qué impacto ha tenido la diabetes tipo 2 en su calidad de vida?</p> <p>¿Qué desafíos ha enfrentado desde el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2?</p> <p>¿Ha tenido que hacer cambios significativos en su estilo de vida, como dejar de fumar o reducir el consumo de alcohol, desde que le diagnosticaron diabetes tipo 2? ¿Cómo han afectado estos cambios a su calidad de vida y al manejo de su enfermedad?</p> <p>¿Qué estrategias ha encontrado para manejar tus niveles de glucosa y cuidar de tu salud?</p> <p>¿Cómo ha evolucionado su dieta y actividad física desde que le diagnosticaron diabetes tipo 2? ¿Ha experimentado cambios significativos en estos aspectos?</p> <p>¿Cómo ha sido su experiencia con los tratamientos para la diabetes mellitus tipo 2?</p> <p>¿Con qué frecuencia acude a controles médicos relacionados con su diabetes tipo 2 y cómo ha sido su experiencia con el seguimiento de su tratamiento?</p> <p>¿Ha experimentado dificultades relacionadas con su capacidad de trabajar o mantener un empleo estable debido a su condición de diabetes tipo 2? En caso afirmativo, ¿podría describir cómo ha sido esta experiencia y cómo ha gestionado esta situación?</p> <p>¿Qué factores considera más importantes para su calidad de vida como paciente con diabetes tipo 2?</p> <p>¿Ha enfrentado dificultades para seguir las indicaciones médicas o la toma de medicamentos?</p> <p>¿Qué medidas de autocuidado ha implementado en el proceso con su enfermedad?</p>

Objetivos	Categoría	Pregunta Orientadora	Subcategoría	Preguntas
				¿Qué medidas está tomando para el autocuidado de lesiones en la piel o los pies debido a su diabetes tipo 2? ¿Ha notado algún impacto en su calidad de vida a raíz de estas acciones preventivas?
Analizar aspectos psicosociales involucrados en la comprensión de la enfermedad de las personas diagnosticadas con DM tipo 2 (OE- 3)		¿Cuál es la percepción sobre su salud mental y bienestar emocional en su vida diaria	Salud psicológica	¿Qué piensa acerca de cómo sus propios comportamientos pueden influir en el manejo de la diabetes tipo 2? ¿La manera en cómo usted percibe la diabetes mellitus puede influir en el manejo de la enfermedad? ¿Cree que la vivencia con la enfermedad ha afectado tu bienestar emocional? ¿por qué? ¿Por qué cree que esto le pasó a usted? ¿Qué espera que le permita el tratamiento a usted?
Detallar las formas de apoyo que han percibido los participantes en el proceso de su enfermedad (OE-2)		¿Con qué frecuencia te sientes satisfecho con tus relaciones personales y la red de apoyo que tienes a tu alrededor en tu vida diaria?	Relaciones sociales	¿Qué significa para usted el apoyo social para el manejo de su enfermedad? ¿Qué ha significado para su familia la experiencia de su enfermedad? ¿Qué opiniones tienen otras personas cercanas a usted sobre su condición de enfermedad?
Evaluar la influencia del entorno físico y social en la calidad de vida percibida por pacientes con diabetes tipo 2 (OE-5)		¿Cómo influye el entorno físico y social en tu calidad de vida?	Ambiente	¿Cómo ha sido su experiencia con la atención médica para el tratamiento de su enfermedad? ¿Ha experimentado dificultades para acceder a los recursos necesarios para el control de su diabetes, como medicamentos, suministros, consultas médicas u otros servicios relacionados, alimentos saludables, etc.? Si es así, ¿Cómo ha sido esta experiencia? En caso de haber recibido educación integral sobre la diabetes, ¿podría describir lo que ha significado esto para su calidad de vida? En caso de haber recibido educación integral sobre la diabetes, ¿podría describir lo que ha significado esto para su calidad de vida?

5.12. Consideraciones Éticas

Dentro de la investigación cualitativa, para describir la percepción de las personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2 se consideraron diversas cuestiones éticas fundamentales partiendo del *Código de Ética de la Asociación Americana de Psicología-APA* (2003), *Declaración de Helsinki* de la Asamblea Médica Mundial (2015) y la Resolución 843 de 1993.

5.12.1. Confidencialidad y anonimato: Es fundamental garantizar la protección de la identidad de los participantes, utilizando códigos o pseudónimos en lugar de sus nombres reales. También es importante asegurar que la información recopilada se mantenga confidencial y se utilice únicamente para fines de investigación.

5.12.2. Consentimiento informado: Antes de participar en el estudio, se debe obtener el consentimiento informado de los participantes, explicándoles claramente los objetivos, procedimientos y posibles riesgos de la investigación. También se debe asegurar que los participantes comprendan que su participación es voluntaria y que tienen derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias negativas.

5.12.3. Evitar daños: La investigación debe realizar un seguimiento constante de cualquier situación que pueda causar daño físico, emocional o psicológico a los participantes. Se deben establecer mecanismos de apoyo y asistencia en caso de que los participantes experimenten algún tipo de malestar o angustia durante el estudio.

5.12.4. Equidad y respeto: Es fundamental tratar a todos los participantes de manera equitativa y respetuosa, reconociendo su autonomía y valorando sus perspectivas y experiencias. Además, se debe evitar cualquier tipo de discriminación o estigmatización basada en el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

5.12.5. Divulgación de resultados: Los resultados de la investigación deben ser presentados de manera clara y comprensible para los participantes y la comunidad en general. Es importante que los participantes tengan acceso a los resultados y que se reconozca su contribución al estudio.

5.12.6. Supervisión ética: Todas estas consideraciones éticas deben ser supervisadas por un por el asesor como representante de la Universidad de Antioquia, que evalúe y apruebe el diseño y los procedimientos de la investigación, así como el respeto a los derechos y el bienestar de los participantes.

6. Resultados

En el marco de esta investigación, se ha llevado a cabo un análisis minucioso de las entrevistas realizadas a cada uno de los participantes, los cuales se denominaron como: A, B, C Y D, esto con el objetivo de explorar la percepción de calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus, tal como se planteó al inicio de este trabajo. Por medio del discurso de los participantes, se puede dar cuenta que efectivamente la Diabetes Mellitus, siendo una enfermedad crónica de amplia incidencia a nivel mundial, afecta más que solo la salud física de los individuos, influye en aspectos emocionales, sociales y psicológicos de su vida cotidiana.

Teniendo como punto de partida el concepto de calidad de vida para la OMS y haciendo el análisis de las entrevistas, se encontraron 16 categorías que permitieron establecer una relación con las categorías propuestas por la OMS y los hallazgos de la presente investigación. Así pues, estas 16 categorías se incluyeron dentro de las 4 categorías nucleares, que se desarrollan en cuatro capítulos, que parten del análisis detallado a cada dimensión acorde con las diferentes expresiones que utilizaron los participantes de la investigación durante las entrevistas y como reflejo de sus percepciones sobre el mundo y sus sistemas de creencias.

6.1. Capítulo 1: La dimensión psicológica

La finalidad de la dimensión de salud psicológica es analizar las percepciones en diferentes factores como lo son: las representaciones acerca de la calidad de vida, la aceptación actual de la enfermedad, la percepción de la enfermedad, la relación emocional con la enfermedad y las expectativas sobre la diabetes y, por último, la percepción sobre el origen de la enfermedad.

La categoría llamada **percepción sobre el origen de la enfermedad**, se configura a partir de las creencias que tienen los participantes sobre el porqué de su enfermedad, el reconocimiento de su responsabilidad en relación a factores internos, como a sus hábitos alimenticios, su autocuidado y causales hereditarias.

Lo primero que se hace evidente es que las percepciones sobre el origen de la enfermedad son variadas. Algunos de los participantes han pasado por múltiples especialistas y tratamientos, sin embargo, en su evaluación del por qué desarrollaron las enfermedades es común encontrar explicaciones que, por una parte, se relacionan con variables hereditarias. Frente a esta situación encontramos al participante D, que mencionó que:

“Dicen que muchas veces eso es hereditario. Mi mamá fue diabética. Un hermano mío, murió de diabetes”.

Por otra parte, se encontró que las respuestas de los participantes están orientadas a sus hábitos. Estos comentarios se encuentran en casi todos ellos, y se dirigen más específicamente a sus hábitos alimenticios, pues permanece una creencia de que el “exceso de azúcar” es el principal causante de esta enfermedad. Cuando B describe el origen de su enfermedad se ampara en esta explicación:

“Quién sabe por qué. Sería porque comía mucho dulce cuando estaba niña. Yo hacía mucho estirado y panelita. Y comía panela, machacaba así, comía. Cuando había quesito me la comía con quesito. Y si no, pues sola. Como una boba comiendo panela sola. Digo, pienso yo así, pero quién sabe. Es una enfermedad que me cayó porque yo era muy aliviada. Me cayó de un momento a otro. No sé por qué”

Es común encontrar que las personas atribuyen su enfermedad a sus hábitos alimenticios más que a otros hábitos como la falta de actividad física, el no tener hábitos de sueño u otro tipo de factores. Sin embargo, al tratarse de predisposiciones genéticas, es común que los participantes encuentren una explicación y asociación de causa y efecto, que inevitablemente se articulará con

sus hábitos alimenticios y en algunos casos con el consumo de alcohol. Aquí se evidencian algunas expresiones relacionadas como la de A:

“Yo vengo de una familia diabética. Mi papá y mi mamá son diabéticos. Mi papá ya murió, hace tres años, va para cuatro de haber muerto. Mi mamá está luchando contra esa enfermedad todavía. Entonces, posiblemente, esa era la herencia. Me excedí en licor, me excedí en droga. Porque el licor me llevó a la diabetes también. Con las malas alimentaciones, con el desborde”.

De acuerdo con este comentario, se observa que hay percepciones alusivas a que la diabetes es una enfermedad genética, es decir, que es heredada por parte de sus progenitores y que tiene implicaciones en aspectos de la salud física, sobre todo cuando no se trata oportunamente o no se tiene una adecuada adherencia al tratamiento, dado que genera secuelas en el bienestar orgánico y requiere un tratamiento largo que suele durar toda la vida.

Lo anterior también es coherente con el comentario de C, quien expresó que:

“Eso es hereditario. O sea, la azúcar mía es hereditaria. Y de pronto también el consumo de licores. Porque yo, cuando era muy joven, yo bebía mucho lo que era aguardiente. Entonces, no tomaba botella, yo tomaba la garrafa. Pero más que todo, hereditaria. Por ejemplo, mi papá es diabético, mi tía, la otra tía, casi la mayoría, la única que no es diabética es mi hermana”.

Se puede evidenciar a través de las citas de los entrevistados que algunas personas con diabetes mellitus creen o suponen que el origen de la enfermedad es genético puesto que tenían o tienen familiares con Diabetes Mellitus y algunos llegaron al punto de fallecer por esta enfermedad crónica. Sin embargo, los participantes no tienen una postura determinista donde asumen que la única causa de la enfermedad son los genes, sino que le atribuyen también culpabilidad a la falta de hábitos de vida saludable que tuvieron durante su niñez, adolescencia y su juventud, como el consumo excesivo de alimentos azucarados y el alcohol.

Lo dicho hasta aquí supone que, la postura de los participantes es acorde con la definición de salud de la OMS, la cual se describe como un estado óptimo de bienestar biopsicosocial donde los genes hacen parte de los factores biológicos y la falta de hábitos de vida saludables hacen parte de factores psicológicos, tales como la toma de decisiones, lo cual, se suma a las pautas de crianza, ya que es el grupo familiar quien proporciona aprendizaje, esto influye tanto en las concepciones que se tiene de la enfermedad, como en las formas que tienen los participantes de relacionarse con ella, es decir, que incide de manera directa sobre sus conductas orientadas al manejo adecuado o no de la diabetes mellitus tipo 2.

No solamente los pacientes tienen sus teorías explicativas sobre el desarrollo de la enfermedad, sino además conforme van conviviendo con esta van generando una percepción actualizada, y en algunos casos más madura, sobre su condición actual. Encontramos en la categoría **Percepción de la Enfermedad**, las concepciones, creencias y mitos que rodean la diabetes tipo 2, lo cual ha incidido en las interpretaciones de su condición, en el manejo de la enfermedad y el cumplimiento con el tratamiento recomendado.

En las respuestas de los participantes encontramos diferencias significativas de la percepción que tienen sobre la diabetes mellitus tipo 2. Algunos individuos manifiestan sentimientos de preocupación y frustración al lidiar con los desafíos que han encontrado con su enfermedad, lo que moldea su visión negativa al respecto. En contraste, otros participantes adoptan una mirada más positiva, considerando la diabetes tipo 2 como una enfermedad poco limitante o como una oportunidad para mejorar su calidad de vida, implementar hábitos saludables y fortalecer su autocuidado. Las percepciones de los entrevistados pueden verse influenciadas por diversos factores, como experiencias previas con la enfermedad, su conocimiento sobre la diabetes, el apoyo social disponible, recursos financieros, así como creencias personales y culturales.

Al analizar los diversos puntos de vista de los participantes, donde se destaca la percepción positiva en relación a la diabetes mellitus tipo 2 y a las afectaciones que tienen en su calidad de vida, se encuentran descripciones de A y D, los cuales perciben la enfermedad como algo manejable que, sometida a un buen autocuidado puede conllevar a mantener la percepción de ser personas capaces, con autonomía e independencia.

Desde la perspectiva de A, se puede evidenciar lo descrito anteriormente cuando dice que: “Yo hoy acepté la enfermedad como parte de mi vida, la volví un estilo de mi vida”, en la expresión de A se evidencia claramente que hay conciencia la enfermedad y la acepta en su vida sin mayor resistencia. A, más allá de aceptar la enfermedad en su vida la percibe como un regalo divino, cuando comenta:

“La diabetes para mí es un regalo de Dios... Yo me excedí. Me excedí en licor, me excedí en droga, porque el licor me llevó a la diabetes también, con las malas alimentaciones, con el desborde, hoy estuviera en la 18 con 7, que es el cementerio. Pero hoy, Dios me pone como para vivir un día más. Esa diabetes para mí es un privilegio... Acepté la enfermedad de la diabetes como un hábito de mi vida. Como es mío, es mío. O sea, yo ya me apersoné de esa enfermedad”

En este caso, A se sitúa como un sujeto que ha resignificado la enfermedad, se reconoce en esta categoría de forma positiva, esto se demuestra en la manera como involucra sus creencias y su fe en la narrativa. Podría llegar a pensarse que A tiene una actitud positiva de la enfermedad debido a las consecuencias que ha traído esto. Este participante tenía hábitos de consumo de alcohol, cigarrillo y sustancias alucinógenas, que estaban afectando considerablemente su bienestar, pero el entrevistado percibe la diabetes mellitus como una oportunidad de generar cambios en su vida, debido a los cuidados que exige la enfermedad, lo que conlleva a una mejoría de su autocuidado y la ausencia progresiva del consumo de las sustancias. El sujeto encontró que,

en la aceptación de la DM, él podría adoptar mejores hábitos que posibilitan su bienestar físico y mental.

Aunque parece haber una similitud en la percepción de A y D, encontrando aspectos positivos en sus respuestas, es claro que, mientras A considera su enfermedad día a día, el participante D evita los pensamientos alrededor de la enfermedad, no se encuentra allí una percepción tan positiva de la enfermedad, sino de su capacidad de afrontamiento, es decir, D percibe que la DM es una enfermedad que puede llegar a ser incapacitante, sin embargo, mientras se centre en las posibilidades que hay fuera de ella y la autonomía que la persona misma pueda desarrollar, el sentimiento de enfermedad puede reducirse. En este sentido, se encuentran las siguientes apreciaciones de D:

“Yo tengo la diabetes, me dijeron usted es una persona diabética”, “Sí, yo lo acepto, pero, no, eso no me va, me va, como a doblregar, sentirme triste, aburrída. No pienso en eso, yo no” y “yo nunca me... Como, ¿cómo es? Como... Concentrarme en que soy diabética, que estoy enferma. No, es como muy pasajero para mí. No. En ningún momento, en ningún momento, yo después de que me pueda parar, de mi cama, yo funciono todo el día, yo, funciono con él, yo hago todos mis oficios acá, yo voy a la calle y hago mandados y vuelvo”.

Para D, la seguridad que le ha dado el conocer y reconocerse en la enfermedad le ha permitido configurar sus esquemas representativos alrededor de un ir y volver en la vida, en este sentido la cama no es una opción sino la negación de la vida, el ser diabético no la doblrega frente a las circunstancias de la realidad social que tiene que vivir, pero, que de igual forma las asimila como pasajeras, por ello no piensa en eso.

Por el contrario, se ha encontrado que la diabetes mellitus puede percibirse también de manera negativa debido a limitaciones, la atención que deben tener y las consecuencias físicas que

trae el no hacerlo. Los comentarios de algunos participantes reflejan de manera precisa esto, como B, cuando dice,

“Que es algo malo. Ah, es bastante maluca, porque ay, yo, a mí me gusta mucho la plata y... Oye, le voy a decir... Ay, no, hijueputa vida. No puedo trabajar. Que cosa muy mala, que uno no puede estar comiendo cosas dulces, que ni harina”.

Sobre ello B, expone una frustración y molestia con la situación actual al posicionar al dinero como uno de los factores más importantes para alcanzar una calidad de vida, no logra ajustar su vida cotidiana a esa carencia anidada a la enfermedad, y que la impacta de forma directa. Lo anterior, ligado a las posibilidades de la dieta que puede tener un sujeto sin trabajo hace que, para B, padecer la diabetes mellitus ha alterado su vida, interfiriendo no solo en lo laboral sino en todos los aspectos involucrados dentro de su concepción de calidad de vida.

En efecto, la enfermedad hace parte de las preocupaciones que afectan el bienestar general de las personas y se soporta con el comentario de C al mencionar que:

“Vivir con diabetes es una enfermedad pues sinceramente no se la deseo a nadie, porque hay personas que sufren la diabetes y se hacen heridas y no son curativas. Sinceramente el control de la diabetes tiene que ser muy bravo. Y ojalá que todo el mundo se cuide porque sinceramente la diabetes es una enfermedad muy brava. Pero brava, brava”.

En consideraciones de C, vivir con diabetes es vivir con heridas, para este participante es una realidad en la cual su cuerpo y su ser se involucran y se posicionan en la área del cuidado; el padecer la enfermedad no es una realidad que se quiera compartir, podría suponerse que diferencia las condiciones de un sujeto desde la salud y desde la enfermedad, expresando claramente que la DM ocasiona un malestar, donde el paciente puede sentirse agotado emocional y físicamente por las exigencias, preocupaciones y limitaciones. Es por lo anterior que la ubicamos en una mirada negativa hacia la enfermedad. De esta manera C pregona una forma del cuidado donde los sujetos

sean conscientes de las prácticas del cuidado personal y no tener los riesgos de vivir esta enfermedad.

Seguidamente, se halló que la percepción es una representación que influye directamente en la respuesta emocional del paciente a su enfermedad y comportamiento frente a la misma. Por ello, se ve directamente relacionada con la categoría **aceptación actual de la enfermedad**, puesto que, cuando el paciente acepta la enfermedad está reconociendo su experiencia emocional con un grado mayor de conciencia. En este caso, “A” con su diagnóstico de Diabetes Mellitus en la actualidad, incluye la aceptación o la lucha contra la enfermedad. Esto se evidenció en una frase que dijo cuando se le preguntó ¿Qué significa para A vivir con esa diabetes? Frente a esto, respondió:

“Para mí realmente, hoy es fácil decirlo porque realmente ya acepté esa enfermedad, eso es de aceptación, pero yo realmente pues no tengo ninguna percepción negativa hacia esa enfermedad. Yo ya la acepté.”.

En consonancia con lo anterior, se observa una actitud notoria de aceptación, dejando de un lado las percepciones negativas hacia la enfermedad y elige hacerla parte de su vida y seguir adelante, permitiéndose no huir de las sensaciones que le provocan sufrimiento, si no bien, disminuir los posibles síntomas de este.

De manera similar, en el caso del participante D, al preguntársele sobre lo que significa vivir con diabetes, respondió:

“Yo tengo la diabetes, me dijeron, usted es una persona diabética. Como yo no, aunque un médico ahora en SURA, él me decía, porque yo le decía, ay, yo como que no, nunca mantengo en mi mente la diabetes. Sí, yo lo acepto, pero, no, eso no me va, me va, como a doblegar, sentirme triste, aburrida. No pienso en eso, yo no”

Esto se traduce en que, para D, vivir con diabetes significa aceptar la enfermedad sin permitir que domine su vida emocionalmente, con esto, muestra una actitud resiliente, eligiendo

no enfocarse constantemente en la enfermedad, buscando que la misma no se convierta en el centro de su existencia. Sin embargo, al realizar un análisis más profundo, se puede deducir que su actitud demuestra conductas de evitación, es decir, si bien manifiesta aceptarlo, lo que se evidencia es que no se apersona de la enfermedad, ya que elige mantenerlo como algo ajeno a su vida, algo en lo que no se debe pensar, buscando que no influya sobre su cotidianidad, diferente de lo que ocurre en el caso de A, quien tiene una postura más consciente en la aceptación de su enfermedad, ya que se apersona del diagnóstico, lo tiene presente y lo acepta, sin evadirlo.

Por otra parte, se encuentra una postura bastante diferente y particular, como la del participante C, quien manifestó:

“En este momento para mí es una enfermedad muy grave. No le deseo esa enfermedad a nadie. Porque pierde uno todo. La forma de comer es bueno, la forma muchas veces de comer antojado, de lo que uno quiere comer. Muchas veces tiene que ingerir mucho, a no tomar alcohol, yo tomaba mucho licor primero”

De acuerdo con lo anterior, para C vivir con diabetes significa enfrentarse a una enfermedad grave, que impone restricciones altamente significativas en su vida cotidiana, así mismo, percibe la diabetes como una pérdida de libertad, especialmente en términos alimenticios y consumo de alcohol. En la frase "pierde uno todo" refleja una sensación de sacrificio y privación. La enfermedad no solo altera sus hábitos alimenticios, sino que también afecta su bienestar emocional al imponer ciertos límites altamente estrictos que antes no existían.

De una manera diferente, se evidencia la percepción que tiene el participante B, cuando dice frases como:

“Ay mami, usted haber sufrido esa cosa. Pero así es la vida, la tengo y ya”

Para el participante B, vivir con diabetes se traduce en una aceptación resignada de la enfermedad. La actitud refleja una aceptación pasiva de su condición, asumiendo la enfermedad como una realidad inevitable de la vida.

Por otra parte, también se abordan las percepciones que se tiene sobre el origen de la enfermedad y la relación emocional con la enfermedad tienen relación con las **Representaciones subjetivas acerca de la calidad de Vida**, esta es la categoría que se encarga de explorar las percepciones de los participantes sobre su bienestar general y su capacidad para disfrutar de la vida a pesar de la enfermedad.

A lo largo de las entrevistas, se encontraron expresiones como las de B donde describe lo que para él es calidad de vida, como:

“Que tenga todo lo de la cocina, que no tenga que pensar, ay, qué voy a echar a la olla hoy. Ay, que no voy a ponerme ropa, que no tengo ropa, o que tengo que lavar esta muda de ropa porque para mañana que me pongo. Eso me puede como una mala calidad de vida. Que no tenga rabias, que estemos bien todos, que toda mi familia esté bien, yo estoy contenta”.

De acuerdo con lo que B menciona, la calidad de vida está profundamente ligada a la seguridad económica, la estabilidad emocional y el bienestar familiar. Esto se evidencia cuando resalta la importancia de no tener que preocuparse por necesidades básicas como la alimentación o el vestuario, lo que refleja una vulnerabilidad socioeconómica. La ausencia de estrés y conflictos, son cruciales para mantener un bienestar emocional que favorezca la gestión de la diabetes. Además, el bienestar de su familia es central a su propia felicidad, dejando en evidencia lo importante que es para este participante el apoyo familiar.

Del mismo modo, en los relatos del participante A se nota similitud en cuanto a lo que percibe por calidad de vida. Así pues, el participante A expresó que para él su calidad de vida siendo una persona diabética está anclada a la satisfacción de las necesidades básicas, la seguridad económica y la salud:

“Tener buena alimentación. Tener un techo hoy donde dormir. Tener un empleo. Tener ingresos, ¿cierto? Eso es como una calidad de vida para mí. Hoy es estar bien. Hoy sentirme

bien de salud ante esa diabetes, ante la hipertensión, ante el alcoholismo. Realmente eso marca mucho mi vida. Pero hoy estoy pues bien gracias a Dios ante eso”.

Tanto para A como para B su noción de lo que es calidad de vida está muy permeada por una postura económica en donde la misma está directamente relacionada con el cubrimiento de las necesidades básicas.

Por otra parte, D respondió lo siguiente cuando se le cuestionó sobre lo que considera que es la calidad de vida:

“Que yo viva bien, sana y que más que viva en un buen ambiente. Yo he sido diabética pero yo nunca he tenido ningún problema, como muchas personas que les da como que se desmayan que tienen que ir al hospital que, a mí nunca, yo no he tenido problema tener la diabetes o que eso me haya generado problemas, incapacidad de pronto como para trabajar o para salir o para hacer algo o para mi propio entorno de vida no... no he tenido”

Este participante relaciona la calidad de vida con la sensación de salud, y teniendo en cuenta que es una persona con DM tipo 2, se podría inferir que esta enfermedad incide en una percepción negativa de la calidad de vida del participante. Sin embargo, en este caso no se presenta esto, puesto que la ausencia de complicaciones con la enfermedad le ha generado una experiencia en la cual puede sentirse saludable. Esto sugiere que su enfermedad no ha afectado negativamente su funcionalidad ni su capacidad para participar en actividades sociales, laborales o recreativas. La falta de limitaciones en estas áreas es crucial para fortalecer su sensación de control sobre la enfermedad y su satisfacción con su calidad de vida.

En las respuestas de los participantes encontramos diversas opiniones y percepciones, dentro de las cuales se encuentran expresiones como las de C, quien tiene una percepción de calidad de vida muy diferente a la de los demás participantes, este considera que la calidad de vida está relacionada con el manejo que él le dé a la enfermedad, haciéndose a sí mismo responsable

de la calidad de vida que pueda tener como resultado de sus cuidados. Esto se evidencia en respuestas como la siguiente:

"La calidad de vida se la da uno mismo. Porque si usted busca la enfermedad, porque uno tiene que llevar un control de comidas. De manejarla, la maneja uno. Uno no debe manejar la diabetes controlándose, pero si usted no le controla no va a llevar un manejo, va a llevar un descontrol que se puede perjudicar a usted mismo, en el sentido de que usted puede perder la vista, usted puede quedar ciego, muchas cosas."

De acuerdo con las respuestas brindadas por el participante C, en este y otros momentos de la entrevista, asume que puede controlar la enfermedad y sus síntomas por medio de comportamientos de autocuidado. Sin embargo, más adelante en la entrevista, se encuentran declaraciones en las cuales se evidencia que puede haber aspectos significativos en su vida que escapen al control, afectando emocionalmente al sujeto. Al cuestionarlo sobre si considera que la enfermedad le ha afectado de alguna manera su bienestar emocional, respondió que:

"Bastante. Porque la diabetes ocasiona muchos problemas de, como le digo yo, del acto sexual, ¿cómo le digo yo? perjudica mucho, ¿si me entiende? O sea, no es como primero uno que estaba con una, con otra, con ya no, no. Y así escasamente con una por ahí fuera ya. Eso ocasiona mucho la caída del miembro"

Se puede deducir que, para C, en su calidad de vida se ven reflejadas una serie de complicaciones que no siempre son controlables, conllevando a un impacto negativo en cuanto a su bienestar emocional y particularmente en su vida sexual. Según la narrativa de este participante, se entiende que la DM tipo 2 puede generar cambios importantes en la calidad de vida de la persona enferma, por ejemplo, de manera puntual, en su desempeño sexual, lo que sugiere adaptaciones que pueden tener repercusiones emocionales como tensión, frustración o sentimientos de vergüenza, afectando de manera directa su autoestima, ya que la alta actividad sexual era parte de su vida, esta dificultad para mantener las erecciones puede tener un impacto profundo en los vínculos sexo-afectivos que el participante pueda establecer a futuro. La percepción de pérdida o

disminución de esta capacidad puede contribuir a una visión negativa de sí mismo y de su situación de salud.

De igual forma, se encuentra la categoría de **Expectativas sobre la evolución de la enfermedad** la cual explora las esperanzas y preocupaciones de los pacientes sobre el futuro curso de la enfermedad y el impacto en su calidad de vida. Relacionado con esto, el paciente D mencionó:

“Aunque dicen que ese tratamiento que le hacen a uno, por ejemplo, esas pastillas, que eso no cura la diabetes, eso es ahí como para tenerlo a uno, como regular, mientras que yo me esté tomando los medicamentos y yo me sienta bien, yo no tengo problema”.

De acuerdo a lo anterior, se identifica que D no tiene complicaciones con el tratamiento farmacológico de su enfermedad, asimismo, tiene un conocimiento sobre los efectos y la eficacia que tiene la medicalización, pues esto se puede demostrar cuando ella se refiere a que las pastillas no curan la diabetes, sino que regulan. Teniendo en cuenta esto, el conocimiento que se tiene alrededor de la enfermedad y su tratamiento, puede servir como una base que sostiene una perspectiva realista frente a su proceso con la DM tipo 2. Referente a esto, se encuentra una experiencia diferente en los relatos de B, quien mantiene una expectativa de cura, de lo cual se puede inferir que su grado de conciencia frente a la enfermedad y los límites del tratamiento no es igual que la del participante D.

Esto se evidencia en frases como la siguiente, donde B refiriéndose a las expectativas que tiene, menciona que:

“Que me alivie... Que me alivie”.

Se puede decir que B, busca llegar a un estado de normalidad en su vida diaria, es decir, que la diabetes desaparezca, que todo vuelva a ser como antes, conservando anhelos de revertir lo irreversible, siendo esta una expectativa positiva y esperanzadora, pero poco realista frente a la evolución de la enfermedad.

Por otra parte, el participante A, expresa lo siguiente sobre sus expectativas respecto a la evolución de la enfermedad,

“Yo espero que el tratamiento de la diabetes me permita vivir hoy tranquilo, vivir hoy en paz. Yo no espero más nada de esa, de esa enfermedad. Pero por hoy, yo espero que la diabetes me dé un día más de vida. Pero yo espero un día más de vida de la diabetes. Y si la diabetes se deja querer, yo la cuido”.

Se puede deducir que, para A sus expectativas se basan en lo que pueda hacer por sí mismo o por su cuidado. Además, del énfasis que hace en el presente la cual puede resultar beneficiosa en cuanto a su bienestar emocional, ya que reduce la preocupación por su futuro frente a poseer una enfermedad crónica y centra su atención en las acciones que pueda realizar para cuidar de su salud.

La humanización de la enfermedad a través de la metáfora "si la diabetes se deja querer, yo la cuido" sugiere una reconciliación frente a su condición. De esto se puede deducir una integración de la diabetes en su identidad de manera que no domine su vida. Tal enfoque simbólico puede reflejar autoaceptación, aspecto fundamental en el manejo de enfermedades crónicas, ya que promueven una visión positiva del yo.

Por último, al preguntarle sobre sus expectativas al participante C, respondió,

“Que me mantenga bien. O sea, que no me defectúe mucho las vistas, los pies, o las manos. Todos los días me levanto. Pidiéndole al Señor que no me vaya a dejar por ahí tirado. Que el día que me vaya a llevar, que me lleve de una vez. Que no me deje por ahí así mocho, por ahí tirado. Eso es muy berraco. No soy capaz de resistir eso. Yo lo único, le pido a mi Dios que, si me deja morir, que me deje morir, pero no con...no con hambre. Si me lleva que me lleve, pero lleno. Yo no aguanto hambre. Yo como. Y demasiado”.

Esta respuesta proporciona una visión más completa. Su postura, resalta la importancia de la autonomía, la alimentación y la espiritualidad en su vida diaria, mientras revela miedos profundos a la discapacidad y al sufrimiento prolongado. Para C, la oración no solo es una forma

de buscar protección y alivio del sufrimiento, sino también un mecanismo para gestionar la ansiedad y el estrés asociados con la incertidumbre de su enfermedad. La espiritualidad puede ayudar a mitigar los sentimientos de desesperanza y proporcionar una base sólida sobre la cual enfrenta los desafíos diarios, dejando parte de la responsabilidad sobre la evolución de la enfermedad en manos de Dios. Lo cual se diferencia al participante A, el cual se responsabiliza de la evolución de su enfermedad y es consciente de que para prevenir complicaciones lo principal es el autocuidado.

Por otra parte, en sus expresiones se evidencia una necesidad de mantener la autonomía y la dignidad personal, incluso en el contexto de una enfermedad crónica la cual puede implicar muchas limitaciones. Se puede ver este temor como una manifestación clara de ansiedad anticipatoria, mostrando una constante preocupación frente a futuros eventos adversos. La preocupación de C por quedar "mocho" y "tirado" indica un miedo profundo hacia la pérdida de control sobre su cuerpo y su vida. Todo esto, en términos psicológicos, su preocupación puede estar ligada a un sentido de vulnerabilidad y fragilidad, además de percibir la amenaza de perder su identidad y su capacidad de relacionarse con el mundo de manera autónoma.

De acuerdo con lo expresado por todos los participantes, se puede concluir que las expectativas de estos pacientes con diabetes mellitus tipo 2 se centra en evitar complicaciones graves. En general, buscan que el tratamiento les permita mantener la independencia y evitar la pérdida de autonomía, aunque reconocen las limitaciones que la enfermedad impone, reflejando esto un impacto emocional significativo.

Desde una perspectiva psicológica, las expectativas de evolución de la enfermedad reflejan la necesidad de un apoyo integral que aborde tanto las preocupaciones inmediatas como a largo plazo de los pacientes. Todos los participantes esperan manejar su condición de manera efectiva,

con el deseo de minimizar sus limitaciones y mantener su funcionalidad. Se puede decir que este análisis evidencia una variedad de percepciones hacia la diabetes mellitus entre los participantes, dentro de las cuales se evidenció, además que hay una clara interacción entre factores emocionales, cognitivos y conductuales, los cuales influyen sobre su calidad de vida. Así mismo, se destaca que, la educación continua, las estrategias de afrontamiento emocional, el apoyo espiritual y el énfasis en el autocuidado son esenciales para mejorar la calidad de vida y el bienestar emocional de las personas con diabetes mellitus tipo 2.

6.2. Capítulo 2. La dimensión de salud física

Inicialmente, la dimensión física implica todo lo relacionado con los factores somáticos que los entrevistados perciben sobre su bienestar, su estado de salud, su recuperación, las complicaciones asociadas a la enfermedad, las restricciones físicas, la adherencia inicial y actual al tratamiento médico, las alternativas de autocuidado, la manera cómo ha evolucionado su enfermedad y las comorbilidades físicas.

Hecha esta salvedad, haciendo referencia a las comorbilidades, en esta categoría se consideran las enfermedades coexistentes tanto de índole física o como psicológica que pueden complicar el manejo de la Diabetes Mellitus tipo 2 y en esta medida afectar la calidad de vida de los pacientes. Se debe anticipar que, en los relatos de los participantes, las comorbilidades más comunes están relacionadas con la presencia de la hipertensión, el consumo de alcohol y de sustancias.

No obstante, hay que mencionar que no todos los pacientes con diabetes entrevistados poseen la misma edad, el mismo estado de salud, la misma predisposición genética, las mismas enfermedades o la misma capacidad de introspección para asimilar las enfermedades o su nivel de consciencia de enfermedad.

Dicho lo anterior, A, dijo:

“soy hipertenso” similar a B, cuando responde que: “Sufro de la presión, pero siempre que me la examinan estoy bien. Pero de todas maneras me mandan pastillas”.

De acuerdo a las respuestas dadas por A y B, se evidencia que la hipertensión arterial es una comorbilidad en común entre ambos participantes.

Por otra parte, se identifica que el consumo de alcohol, el consumo de cigarrillos y otras sustancias, se presentan en algunos casos como enfermedades acompañantes de la DM. Por ejemplo, A, relata que:

“Soy alcohólico. Además, fumaba cigarrillos de manera ocasional. Aprendí que el alcoholismo es una enfermedad. También lo poseo. Que debe ser tratada. No puedo volver a beber. Soy una persona diabética, lo acepté”

De acuerdo con lo anterior, A manifiesta reconocerse y aceptarse como un sujeto alcohólico, haciendo énfasis de manera recurrente sobre su consumo abusivo de alcohol. Esta autoidentificación sugiere un nivel de introspección y aceptación que es crucial para cualquier proceso de recuperación, pero también resalta la profundidad del impacto del alcoholismo en su vida. La capacidad de A para identificar y verbalizar su adicción sugiere conciencia sobre la relevancia de esta comorbilidad.

De manera similar, el entrevistado C. relata que:

“Sí, yo dejé de consumir mucho alcohol. Yo era un tipo pernicioso, borracho. Hablando mal, mal, mal, degenerado. Yo tomaba cuatro, cinco, seis días. Me quedaba hasta ocho días en la calle bebiendo. Dejé mucho el alcohol porque sinceramente me estaba perjudicando mucho con eso. En el sentido de que cada que tomaba alcohol se me subía el azúcar”.

C, manifiesta haber vivido un periodo de vida donde experimentó un consumo excesivo de alcohol, lo que daba cuentas de una pérdida de control y autocuidado asociadas a su alcoholismo, sin embargo, a pesar de lo expresado por el entrevistado y de las conclusiones a las que se podría llegar, se evidencia que su adicción ha disminuido, motivado por las consecuencias que esto tenía

sobre el manejo de su diabetes, estando directamente asociado a una exacerbación de síntomas, lo que posteriormente dio lugar a un proceso de introspección y autoconciencia, dando lugar al cambio y dejando en evidencia, su intención y esfuerzo por evitar conductas que puedan afectar sus niveles de glucosa y por ende, su condición de salud. Prosiguiendo en el análisis, se entiende que la DM tipo 2 genera cambios importantes en los hábitos de la persona enferma, donde se va a ver enfrentado a tomar conciencia de cómo sus conductas se encuentran implicadas en el proceso de su enfermedad y la necesidad de tomar decisiones guiadas a su bienestar.

Para continuar desarrollando las categorías que emergen en la investigación, se analizan las complicaciones médicas que pueden surgir como consecuencia de la Diabetes Mellitus y su impacto en la calidad de vida.

En las entrevistas se pudo evidenciar que, las complicaciones también van apareciendo gradualmente dependiendo de la gravedad o la agudeza de los síntomas, algunos de los primeros signos en aparecer son: las inflamaciones en los pies o los abscesos los cuales se observan en comentarios como el del entrevistado C, quien menciona que:

“Se me hizo un absceso, en los dos pies”.

Por su parte, A dice que:

“Estaba muy adicto al alcohol y eso estaba ayudando a que se me inflamaran los pies y la diabetes empeorara”.

Estas percepciones de los participantes ilustran cómo ciertos hábitos inadecuados fortalecen la progresión de la enfermedad afectando negativamente su calidad de vida. No solo son los abscesos, sino que también hay otras complicaciones médicas como el aumento del azúcar en sangre, síntomas de los que hablan los participantes de forma frecuente. Por ejemplo, A refiere que:

“En septiembre del año pasado yo me tomé seis vasados de gaseosa y me comí cuatro churros. Y se me subió el azúcar a 600 y pico. Por poco me voy otra vez de coma diabético. Perdí ocho kilos en menos de tres días. Me enflaquecí del todo. No concebía la vida. No, muchas cosas. Pero como te digo, o sea, en A se ha representado mucho la enfermedad de la diabetes es en la alimentación. Es una lucha diaria para mí la alimentación. Pero ahí voy. Me paré de nuevo”.

Este evento, podría interpretarse como una falta de límites y conciencia sobre la gravedad de las implicaciones a causa de la mala alimentación que A tenía para ese momento. El episodio severo de hiperglucemia y la constante lucha con la alimentación confrontan al participante A con una realidad persistente de vulnerabilidad, desafiando su percepción de control y autoeficacia en el manejo de su diabetes, ya que estos eventos traumáticos y la presión diaria para mantener hábitos dietéticos estrictos pueden generar mayor conciencia sobre los resultados de un mal manejo, pero a su vez, incrementar y acentuar un profundo temor sobre las consecuencias que esto conlleva.

Todas estas complicaciones físicas causaron que los pacientes tuvieran que empezar a tener unas determinadas restricciones. Esta categoría señala las limitaciones físicas, pero a su vez, aborda también algunas de las complicaciones emocionales, sociales o alimentarias derivadas de la Diabetes Mellitus en la vida cotidiana de los pacientes. Asimismo, la alteración en sus diferentes esferas de funcionamiento.

Por otra parte, en las entrevistas, se encontró que las restricciones más comunes han sido las relacionadas con cómo la diabetes ha afectado la movilidad de estos pacientes para ejecutar actividades de la vida cotidiana como caminar, correr, practicar algún deporte, hacer aseo en casa o trabajar, esto se pone de manifiesto en comentarios como el de A quien refiere que:

“Una de las restricciones más grandes ha sido con Jugar fútbol, porque la diabetes me daba mucho mareo”

Asimismo, expresa B:

“Antes caminaba más, sí. Antes caminaba más y no me dolían mis pies. Ahora sí me duelen mucho mis rodillas, que mi cintura. Si no me dolieran mis pies para estar parada o algo así, ya me iría a trabajar en un restaurante”.

Y, de manera similar relata C:

“Hombre, yo primero caminaba, ahora casi no camino. Y eso me está perjudicando mucho porque se me están entumiendo los pies a veces”

Las restricciones físicas producto de la diabetes mellitus, afectan significativamente la movilidad y la capacidad de los pacientes para realizar actividades de la vida cotidiana, como se observa en los relatos de A, B y C. La incapacidad de participar en actividades que antes disfrutaban o hacían con facilidad, como jugar fútbol, caminar sin dolor o incluso trabajar, pueden llevar a sentimientos de frustración, pérdida y disminución de la autoestima, ya que por ejemplo, en el caso de las actividades de ocio, son esenciales para promover la autoexpresión y el mantenimiento de relaciones sociales saludables; por lo tanto, su ausencia de los mismos puede llevar a un mayor aislamiento social y una sensación de desconexión con la comunidad, por otra parte, la capacidad para trabajar no solo es crucial para el sustento económico, sino también para mantener el sentido de propósito y validación personal. Los cambios forzados en el estilo de vida pueden ser un golpe significativo para el sentido de autonomía y control personal, exacerbando el estrés y la ansiedad relacionados con el manejo de la diabetes. Este tipo de experiencias pueden generar un ciclo de emociones negativas, donde la percepción de limitaciones físicas generadas por la diabetes puede aumentar la sensación de vulnerabilidad.

Las restricciones físicas y las complicaciones derivadas de la diabetes, no solo afectan la movilidad y la capacidad para realizar actividades diarias, sino que también tienen un impacto significativo en la adherencia al tratamiento médico. Las limitaciones físicas, como la dificultad para caminar, correr o participar en deportes, generan cambios en la vida cotidiana de los pacientes, alterando sus esferas de funcionamiento social, emocional y alimentario. Esta situación puede

influir en su motivación y capacidad para seguir el tratamiento recomendado y mantener hábitos saludables. Por lo tanto, la interconexión entre las complicaciones físicas y la **adherencia inicial y actual al tratamiento médico** no deben ser abordadas como algo separado, sino de forma integral. Esta última categoría considera los factores que influyen en la capacidad de los pacientes para seguir el tratamiento recomendado y controlar su enfermedad.

Sobre esta última se analizó que, en algunos casos se presentan dificultades para asimilar el inicio de la enfermedad y su diagnóstico, ya que también poseían otros hábitos de vida que no eran saludables como, por ejemplo, el consumo de alcohol y de azúcares, por otro lado, influye la capacidad de introspección, lo que permite a los pacientes con diabetes mellitus reflexionar sobre cómo sus hábitos afectan su salud.

Aquellos con una mayor introspección tienden a aceptar mejor su diagnóstico y a seguir el tratamiento médico de manera más efectiva. En cambio, quienes habían presentado como antecedentes hábitos abusivos de consumo de alcohol mostraban menos capacidad de introspección, afectando de forma negativa la adherencia al tratamiento y la capacidad que se tiene para sobrellevar la enfermedad. Esto se observa en comentarios como los de A, cuando dice:

“Yo nunca hice caso. Yo hice caso omiso a todo eso y seguí tomando. Al mes ya estaba tomando. Al mes y 15 días ya estaba consumiendo drogas. A los dos meses ya estaba fumando, consumiendo droga y tomando alcohol”.

Este relato refleja que hubo, un patrón progresivo en cuanto al consumo de alcohol y otras sustancias en el participante, que complejizaba adquirir disciplina para lograr una adherencia al tratamiento, respetando las recomendaciones médicas.

Más adelante, se pudo ver que otra de la dificultad frecuente está relacionada con las recidivas en medio del tratamiento en lo relacionado con la alimentación, dado que para las

personas es complicado restringirse de comer alimentos que son considerados deliciosos de forma subjetiva. Esto se ve reflejado en la respuesta donde A, dice:

“Sigo siendo desobediente y terco porque a veces como más de lo normal, a veces me gana la terquedad y la necesidad de comer algo más”.

En relación con lo relatado, el participante acepta abiertamente su predisposición a ser desobediente y terco, lo cual podría perjudicar su adherencia al tratamiento. Sin embargo, se debe mencionar que, de lo que se conoce del entrevistado hasta este punto, se refleja un deseo de seguir un estilo de vida saludable en cuanto a su alimentación. Ahora bien, el contraste de su necesidad de autocuidado con conductas casuales de exceso en el consumo de alimentos que perjudican su salud, da cuenta de una lucha constante en el proceso con su enfermedad.

También, en expresiones de B donde dijo:

“La dieta, yo como casi de todo, pero muy moderada”.

La intervención de B, revela una mayor capacidad de introspección y autocontrol en comparación con A, quien admite dificultades significativas para adherirse al tratamiento debido a su terquedad y desobediencia. La moderación en la dieta de B sugiere una comprensión más profunda de cómo sus hábitos alimenticios afectan su salud, lo que facilita una mejor adherencia al tratamiento. Este contraste pone de relieve cómo la capacidad de adopción de hábitos alimenticios equilibrados puede influir positivamente en la gestión de la diabetes mellitus tipo 2. Lo anterior, refleja una necesidad de apoyo personalizado para aquellos con mayores desafíos en la adherencia al tratamiento.

En este orden de ideas, hay que expresar que no todos los pacientes han tenido problemas con el control de impulsos en la parte alimenticia, además de asumir un compromiso con su salud y con el manejo de su enfermedad. En relación a esto, el participante D respondió:

“Cada tres meses voy a la cita de control. No como mucho dulce. Y si lo hago. El tinto, siempre lo tomo simple, pues sin azúcar. Así que bueno, ya me gusta así. Y los frescos, las gaseosas que traen acá, pues yo no tomo eso. De sobremesa tomo agua”.

En su esquema representativo, D reconoce cómo ciertos alimentos pueden afectar su nivel de azúcar en la sangre, por eso evita el consumo de dulces, esto se evidencia mejor cuando dice “ya me gusta así”, reflejando el proceso de cambio que atravesó para el cuidado de su enfermedad. De esta manera demuestra el entrevistado un compromiso con su salud, teniendo una alimentación saludable y una gestión adecuada de su enfermedad.

Estos relatos de los diferentes entrevistados, permiten aclarar que, si bien al comienzo algunos participantes tuvieron ciertas complicaciones, lograron realizar cambios en la manera de alimentarse y en sus hábitos de vida, procurando que sean más saludables en general. De igual manera, han tratado de encontrar alternativas de autocuidado, esta categoría analiza las prácticas y comportamientos adoptados por los pacientes para manejar su enfermedad y promover su bienestar.

Así pues, se constató que la mayoría de las personas tienen alternativas de autocuidado o consumen productos que les recomienda un familiar, amigo o allegado, aunque estos no sean recetados por el médico. Gracias a la investigación se evidenció que los entrevistados recurren a algunas de estas prácticas. Por ejemplo, el entrevistado A, dijo

“Yo me tomo una bebida, aunque hoy no lo estoy haciendo, que son bebidas naturales. Hay una que yo hago con canela y con guanábana”

En la misma lógica D, refiere:

“Yo tomo el agua de la hoja de guanábana, tomo el agua de la hoja de la guayaba con el clavo de olor, eh, está la de la aloe vera, la penca sábila son muchas, la ralladura de la pepa del aguacate”.

Por su parte, hay una diferencia en C, el cual incorpora en su cuidado otros ingredientes, sin embargo, recurre también a una bebida preparada con productos naturales, en cuanto a esto dice:

“Yo tomo agua de limón con bicarbonato en la mañana”

El relato de los tres participantes sobre el uso de bebidas naturales como parte de su autocuidado refleja un intento de tomar un rol activo en la gestión de su diabetes e indica una inclinación a complementar el tratamiento médico convencional con prácticas alternativas. Esta tendencia puede reflejar una necesidad de tener un mayor control sobre su propia salud y bienestar, así como una respuesta a influencias culturales y sociales que valoran los remedios naturales. El hecho de que tanto A, D y C recurran a estos remedios naturales, sugiere que buscan proactivamente métodos adicionales para apoyar su salud, posiblemente motivados por el deseo de experimentar mejoras. Además, este comportamiento pone de manifiesto el papel crucial del apoyo social en la gestión de la enfermedad, señalando que los consejos y recomendaciones de familiares y amigos pueden influir significativamente en sus decisiones de autocuidado. Adicionalmente, se infiere que puede proporcionar una fuente significativa de empoderamiento y servir como ayuda para reducir la percepción de vulnerabilidad asociada a la enfermedad.

Sin embargo, cuando se indaga a B sobre este tipo de estrategias da cuenta de una postura completamente diferente sobre la implementación de remedios naturales y estrategias complementarias de autocuidado, respondiendo:

“Pero me han dicho en ese celular, sale que tres hojas de mango, que tres hojas de guayabo. Pero nunca me pongo a hacer esas cosas. Y fácil, pero nunca he llegado. Lo que me mande el doctor, eso tomo y no me pasa nada”

La respuesta de B sobre la implementación de remedios naturales y estrategias complementarias de autocuidado refleja una confianza profunda en la medicina convencional y

una adherencia estricta a las indicaciones médicas. Psicológicamente, esta postura indica un alto nivel de confianza en la eficacia de los tratamientos prescritos por su médico, lo que puede proporcionar a B una mayor sensación de seguridad y control sobre su enfermedad. Esta dependencia en el consejo profesional sugiere una estructura de afrontamiento que favorece la estabilidad y la predictibilidad, contrastando con la exploración y flexibilidad mostrada por otros participantes. Aunque esta estrategia puede limitar la adopción de prácticas de autocuidado complementarias, también refuerza una adherencia consistente al tratamiento médico, destacando la variabilidad en las formas en que los pacientes con diabetes manejan su enfermedad

A continuación, se reflexiona sobre cómo los pacientes perciben la progresión de su Diabetes Mellitus a lo largo del tiempo y cómo esto ha influido en su calidad de vida. Inicialmente, se encontró que la evolución de la enfermedad y la forma particular del tratamiento los diferencia.

Por ejemplo, para A:

“El debut diabético fue un coma diabético. Un coma diabético que en tres días casi me mata. Y al segundo día de haber recaído en coma diabético me dio un paro cardíaco donde estuve muerto cuatro minutos y medio. Y después me volvieron a la vida y seguí en coma inducido”.

El caso de A presenta un contraste marcado entre su lucha constante con la adherencia a hábitos alimenticios saludables y la profunda conciencia de la gravedad de su diabetes mellitus tipo 2, adquirida a través de experiencias traumáticas. Su admisión de ser "desobediente y terco" en su alimentación refleja un conflicto interno significativo entre la necesidad de autocuidado y los impulsos hacia comportamientos que ponen en riesgo su salud. Este conflicto es exacerbado por episodios severos de hiperglucemia, como el evento crítico en el que su nivel de azúcar alcanzó niveles peligrosos, llevando a una pérdida significativa de peso y casi resultando en coma diabético.

Sin embargo, estos mismos episodios traumáticos, incluyendo su encuentro cercano con la muerte debido a un coma diabético y un paro cardíaco, parecen haber profundizado su conciencia sobre las graves implicaciones de una diabetes mal controlada. A, enfrenta una realidad persistente de vulnerabilidad que desafía su percepción de control y autoeficacia, creando una tensión entre el miedo a las consecuencias severas y la dificultad de mantener la disciplina necesaria para prevenirlas. Se resalta la complejidad del manejo emocional y conductual en pacientes con enfermedades crónicas, donde la necesidad de adherencia al tratamiento y el autocuidado es constantemente puesta a prueba por las dificultades intrínsecas de modificar hábitos.

Actualmente, A, ha tenido cambios en su bienestar, lo cual se puede evidenciar en expresiones como la siguiente:

“Después de que salí del hospital, empecé a jugar como a los tres meses. Y hasta el sol de hoy, a mí nunca me ha dado un mareo. Me ha ido súper bien. Caminando, trotando, jugando fútbol, montando bicicleta. La experiencia con el seguimiento ha sido súper buena. Ha sido tan buena que yo ya salía sin azúcar en la sangre”.

En su nueva oportunidad de vida, para A, se ha evidenciado mejoría en su vitalidad, la cual se refleja en el retorno de la realización de prácticas deportivas de las cuales se había tenido que apartar durante cierto tiempo por su condición de salud. Si bien, aunque anteriormente se había mencionado que este participante había tenido que ausentarse de estas actividades a causa de mareos ocasionados por la enfermedad, ahora se encuentra con una condición más favorable de salud. Su enfermedad ha evolucionado positivamente, permitiéndole retomar las actividades deportivas.

En cambio, para D, no hubo un comienzo de enfermedad traumático que pusiera en riesgo su bienestar relatando que:

“En los exámenes que me han hecho, ninguno me ha salido mal”.

De acuerdo con este tipo de expresiones, se evidencia que la experiencia del participante D con la Diabetes Mellitus tipo 2 ha sido menos traumática en comparación con otros pacientes, ya que no ha enfrentado resultados negativos en sus exámenes médicos. Esta situación puede influir en su percepción de la enfermedad y en cómo la gestiona en su vida diaria, ya que, aunque no ha experimentado complicaciones graves hasta el momento, es importante considerar la manera en cómo esta percepción puede impactar en su manejo de la enfermedad a largo plazo y en su calidad de vida en general.

Para concluir, hay que decir que la eficacia del tratamiento de la enfermedad de la DM en la dimensión física viene acompañada de altibajos, de momentos donde las personas se quieren dar por vencidos, donde quieren tirar la toalla, donde llegan a contemplar que la diabetes es una enfermedad severa, que es difícil contenerse de las restricciones, que es inevitable no tener comorbilidades o complicaciones que terminan afectando la esfera orgánica, que afecta la adherencia al tratamiento y que terminan afectaciones en la esfera psicológica y también en el área social, tal como se va a abordar en el próximo capítulo donde se hablará de la dimensión de las relaciones sociales.

6.3. Capítulo 3: Las relaciones sociales

La dimensión de Relaciones Sociales aborda todo lo relacionado con los factores sociales que los entrevistados expusieron durante sus entrevistas y lo que perciben sobre sus interacciones sociales, las redes de apoyo, las interacciones sociales, la percepción de las redes de apoyo en la enfermedad y el significado de las redes de apoyo en el manejo de la enfermedad. Esta categoría examina el papel, la influencia y la relevancia de las redes de apoyo social en la capacidad de los pacientes para manejar su diagnóstico.

En relación con lo anterior, hay que decir que el significado e importancia que le da cada paciente a las redes de apoyo es algo muy personal dado que no todo paciente ha recibido el mismo respaldo, las mismas atenciones o el mismo cuidado por parte de sus familiares, sus amigos, su pareja, sus vecinos o por parte del personal médico.

Las opiniones de los participantes reflejan la importancia del apoyo que pueden proporcionar los profesionales de salud, la familia, amigos y grupos de apoyo. Lo anterior, refleja la influencia de las redes de apoyo en la adaptación y afrontamiento en el proceso con la enfermedad, pues el sentir la escucha, comprensión y ayuda del otro, motiva la adherencia al tratamiento y en algunas ocasiones, facilita una percepción positiva de la enfermedad.

De acuerdo con la idea anterior, A menciona que:

“El apoyo social le puede sucumbir muchas cosas a la persona. ¿Cierto? Lo puede sacar de muchos estados. Le puede recordar de que la vida es bonita. ¿Cierto? De que la vida no depende nada más de una enfermedad como la diabetes. De que uno no se debe volver dependiente de que se va a morir por la diabetes.”

En este sentido, se puede entender que el apoyo social puede influir en el significado que se da a la vida siendo una persona enferma con diabetes mellitus, puede modificar las creencias que hay alrededor de la enfermedad y mejorar el estado de ánimo. En este punto, el apoyo social puede ser un referente de regulación emocional, lo cual puede considerarse fundamental en la diabetes mellitus por la relación que hacen algunos participantes entre la enfermedad y sus emociones, lo cual puede inferir una influencia mutua entre estos elementos, así pues, encontramos comentarios como los de A, el cual dice:

“El apoyo social en una persona diabética puede ser muy, muy importante. Puede ser muy importante porque es una persona, una persona diabética que no sepa manejar las emociones.”

Aquella función emocional y motivacional del apoyo social también va ligado al deseo de compañía, pues en algunos casos, existe la necesidad de cuidado y afecto, mejorando significativamente el estado psicológico y físico de la persona enferma, como por ejemplo en el caso de B, quien dice:

“Significa mucho. Que no me den la espalda. Que todos nos sentemos así. Por ejemplo, aquí, así en las navidades, Semana Santa, toda la familia nos reunimos. Una que otra vecina pues como Elisa que se reunió con nosotros en la Semana Santa. Pero muy bueno porque todos nos hablamos, conversamos, chismoseamos. decimos charadas y así”

Se ha encontrado que la familia puede ser la fuente de apoyo con mayor relevancia para algunas personas, significando un elemento importante precisamente en el afrontamiento de la enfermedad y la adherencia al tratamiento, al asistir el cuidado diario de la enfermedad con la administración de insulina, la medición de la glucosa, el cuidado de los pies, entre otros. En el discurso del participante D puede entenderse mejor cuando dice:

“Bastante. Más que todo, por parte de la familia. Porque usted solo, no es lo mismo. Estar con su, por ejemplo, la hija viene, ella me inyecta, ella me toma la glucosa, ella me hace masaje en los pies, la menor. ¿Sí me entiende? A uno le hace falta la familia”

Además del apoyo por parte de familiares y amigos, también se considera que la atención profesional por médicos es sustancial para algunas personas con DM tipo 2. Hay pacientes que tienen más cercanía con el personal de salud que los acompaña en su enfermedad, lo cual establece una relación médico-paciente significativa para el manejo de su enfermedad, donde se puede llegar a encontrar educación y apoyo emocional y, en consecuencia, valoran mucho el soporte que estos les brinda.

Sobre lo anterior se encuentra en el discurso de D lo siguiente:

“El acompañamiento de los doctores que son los que me tratan. En mi familia, de mis hijos, el que más está pendiente de mi es Julián”.

D, resalta el acompañamiento de su hijo, pero, además, considera a los doctores dentro del significado que tiene sobre el apoyo social en la enfermedad de diabetes.

En el análisis de las entrevistas con los participantes encontramos ciertas diferencias en su discurso en cuanto al significado que tienen del apoyo social y el cómo han percibido ese apoyo social. Algunos participantes mencionan experiencias a la hora de hablar sobre el significado, pues ellas les han servido de base para las creencias que puedan tener alrededor del apoyo social, sin embargo, en otros momentos son más explícitos frente a la percepción, son más amplios y específicos, no sólo a lo que significa para ellos el apoyo social, sino haciendo especial referencia a cómo se ha presentado esto en su vida.

Se ha encontrado que, en algunos casos, las personas con DM perciben que, para su familia, la experiencia del acompañamiento que hacen en la enfermedad, ha significado algo negativo en su vida, lo cual permite entender que la proximidad y el tipo de vínculo con el grupo familiar, puede conllevar a que la enfermedad no solo afecte la persona enferma, sino también a su familia. Como en el caso de B, quien refleja en su experiencia la idea que tiene alrededor del sentimiento que ha generado la enfermedad a sus hijas:

“A esas viejas les ha dado muy duro. Ay mami, usted haber sufrido esa cosa.”

En las respuestas del entrevistado C también se encuentran referencias que guardan relación con la influencia que tiene la enfermedad en el entorno familiar de la persona enferma, revelando que la ausencia de salud en un participante de la familia, puede producir malestar emocional para los demás miembros, en este punto se encuentra la siguiente oración del participante C:

“Para mis hijas más que todo. Mantienen muy afligidas, porque yo mantengo muy enfermo”

En relación a los relatos de los participantes B y C, se puede evidenciar la percepción negativa de la experiencia de los cuidadores, al encontrar que sus hijas “están muy afligidas” o “les ha dado muy duro”, donde hacen referencia también a que la enfermedad es sinónimo de sufrimiento.

Empero, mientras que, para A y B el malestar de sus hijas se da a partir de la enfermedad, para B, ha sido más un “dolor” generado por él mismo a través de la enfermedad, tomando responsabilidad de las consecuencias de la DM, pues como se ha podido ver en otras citas, este participante acepta que en su pasado fue desorganizado con su vida, manteniendo hábitos perjudiciales para su enfermedad y su vida en general.

“¿Un apoyo social es mi señora, mi mamá, mi hermana? Esas mujeres conmigo todos los santos días me dicen no coma tanto. Ese es el apoyo mío.”, “Yo nunca le había experimentado un dolor tan grande a mi mamá. Pues a lo que me han contado. Esa señora a pie limpio corriendo para el hospital”, “A mi hermana que tiene una vida en Bogotá y tener que salir volada y dejar todo tirado allá. Sus hijas, su nieto, su vida. Para poder seguirme a cuidar allá”

Se demuestra la afectación que puede tener la enfermedad y el autocuidado de la persona enferma en la vida de su familia, reconociendo que esta se encuentra involucrada en el cuidado y las consecuencias de la enfermedad, lo que puede significar un agotamiento también para ellas. En este sentido, se encuentra la siguiente cita de C:

“Estos días, me voy y se me dio por irme a tomar por allá, cuando ¡pum! una llamada, la hija, una videollamada. Papi, ¿dónde estás? Mija, me estoy tomando una cervecita por aquí.

Pero papi, si sabe que no puede tomar. Que mire, que vea. Que pa' qué se pone con esas cosas, al momentico, pa, allá aterrizó. Nos vamos, nos vamos. Y me trajo. ¿Cómo le dice uno a ella que no? Me monté en la moto, vámonos. Y me pegué un baño y me recosté. Ya me hizo la glucosa. En cuanto tenía el azúcar, preocupada porque estaba tomando licor. Me inyectó, ya me cogió, me hizo masaje en los pies”

El participante A también ilustra la preocupación y el estrés que puede significar para la familia, en este caso para la pareja sentimental, el ser acompañante de un proceso de enfermedad. En la siguiente cita se evidencia nuevamente que este participante percibe un dolor de su familia, del cual él es responsable:

“Yo tenía otra relación y ella se había ido un día antes de la casa y me había dejado tirado literalmente. Por tantos problemas, tanto estrés. Que yo estaba solo. Es, ese mismo día, domingo donde aparece pues Jennifer que era una persona de mi pasado que llevamos 4 años y medio dejados, y ya se quedó viviendo el proceso conmigo. Ese es otro dolor que yo también causé. Porque sufrió demasiado, porque lloró demasiado, porque hizo muchas cosas engevecida por esa impotencia de verme en ese estado”

De la participación de los entrevistados, se puede inferir que algunas veces, el reconocer la afectación que tiene la enfermedad en el círculo familiar, puede provocar que las personas con DM tipo 2 desarrollen una preocupación en relación al posible “dolor” o “aflicción” que pueden estar generando a su familia y, en consecuencia, tener un autocuidado significativo con el fin de reducir el malestar de sus seres queridos.

En algunos casos, puede que se exprese una importancia de la familia como apoyo en el manejo de la enfermedad, empero, sentir insuficiente o nada de acompañamiento por parte de sus familiares. Como es el caso de D, quien manifiesta poco interés por parte de sus hijos, lo que hace

valorar el apoyo que percibe de los doctores y uno de sus hijos. Esto se puede inferir a partir de comentarios como:

“Yo no sé, no sé porque por eso le digo, ninguno, el único es Julián y es “¿Amá si va a ir? Acuérdesse que tiene cita, que tal cosa”, porque como a él le llegan los correos, pero, nadie, ni siquiera me preguntan “ma, cómo está”. Julián ha sido el pilar de todo”

Por otra parte, los demás participantes han reconocido el apoyo que han tenido de sus amigos, lo que ha sugerido un impacto significativo en la conciencia de la persona sobre la importancia de mantener hábitos saludables y los cuidados que exige la enfermedad.

Se encontró que el participante B ha recibido recomendaciones sobre alternativas de autocuidado con la diabetes, a través de los consejos sobre alimentos o bebidas que puede consumir para mejorar su condición, sin embargo, no toma en cuenta las sugerencias, sobre esto el participante dice:

“Que vos estás sufriendo de azúcar. Ah, sí miya, sí. Que tomate esto, que tomate lo otro. Ni me tomo esto ni me tomo lo otro, me tomo lo que apenas el doctor mande.” y “Que tres hojas de mango, que tres hojas de guayabo. Pero nunca me pongo a hacer esas cosas. Y fácil, pero nunca he llegado. Y que tres hojas de guayabo, y que tres hojas de mango, y le echan un polvito que uno le echa a la comida para dar color. Que si lo voy a hacer, que sí lo voy a hacer, y no lo hago”

Se puede deducir, que el apoyo que pueden dar los amigos por medio de consejos en relación a estrategias de autocuidado externas a las orientaciones del personal médico, no siempre puede ser útiles para la persona enferma, posiblemente por la buena adherencia a los medicamentos y la sensación de efectividad de estos, permitiendo llevar una vida cómoda, esta explicación se encuentra en la siguiente cita del mismo participante:

“Doctor, si uno se pone a beber unos traguitos ahorita en navidad, eh, ¿le hará daño? No, porque usted es muy correcta con sus drogas, porque uno siempre que la ve es tomándose las pastillas”

En otras ocasiones, el apoyo de los amigos puede sugerir cambios en la alimentación, pero, además, alarmar a la persona diabética sobre las complicaciones, lo que facilita la atención al cuidado de las consecuencias que puede traer la enfermedad, como las amputaciones. Por ejemplo, el caso del participante C, quien recibe comentarios como:

“Yo tengo varios amigos que me aconsejan. Me dicen, me regañan y todo eso. Que mire que ya la edad que tengo. Que me cuide, que de pronto una herida y me tenga que mochar un pue o una mano. Eso los amigos lo aconsejan mucho a uno”

Es cierto que la familia y los amigos son fundamentales en el proceso de la enfermedad, pero también se puede recibir una influencia considerable de grupos de apoyo, donde se comparten experiencias significativas y se establece un vínculo con personas que están dispuestas a escuchar y simpatizar con el sentimiento del otro, además, aprender de las estrategias que han utilizado otras personas para afrontar y superar situaciones estresantes.

Los grupos de apoyo pueden ser fundamentales en situaciones donde la persona enferma se siente sola. De acuerdo a lo que dice A, se comprende la necesidad de apoyo social que tienen algunas personas con diabetes, y los grupos de apoyo pueden dar respuesta a ello. Esto se refleja en su comentario: “decido buscar ayuda. Estaba solo, me sentía solo. Realmente me había quedado solo. Eh, y busqué ayuda. Busqué ayuda en ese grupo de alcohólicos anónimos y la encontré”

Para A, el pertenecer a alcohólicos anónimos ha sido tan importante que incluso percibe al grupo como una hermandad, cuando refiere que: “Entonces como son hermanos alcohólicos...

Cuídate, cuídate. Y me llaman la atención. O sea, son muchas recomendaciones. Son opiniones, opiniones que ellos me dan que me cuide”

En conclusión, los participantes expresan de manera clara la relevancia de las interacciones y respaldo social en el control de la diabetes tipo 2. La familia, amigos, personal de salud y grupos de apoyo desempeñan un rol esencial en el manejo de esta enfermedad, en la percepción de la enfermedad, la adhesión al tratamiento y el bienestar tanto físico como emocional de los individuos afectados, reconociendo que la enfermedad puede ocasionar malestar, no sólo a la persona enferma sino a su red de apoyo, los cuales se encuentran involucrados en el cuidado y bienestar del enfermo. Se hace evidente que existe una diversidad de percepciones del apoyo social entre los pacientes y se señala tanto la influencia positiva como negativa de las relaciones sociales en el manejo de la condición. Además, los participantes reflejan que la atención por parte del sistema de salud también es un factor que tiene implicaciones en la percepción de apoyo para el manejo de su enfermedad, reconociendo que los servicios médicos y la educación que reciben de aquella área puede favorecer o no la relación que tienen las personas diabéticas con su enfermedad.

6.4. Capítulo 4. La dimensión ambiente

La dimensión de ambiente aborda todo lo relacionado con el contexto físico y social en el que viven los individuos y que influye en su desarrollo y bienestar. Siguiendo esta misma línea, las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Entidades que Prestan Servicios en Salud (IPS) en Colombia juegan un papel fundamental tanto en la prevención de las enfermedades, como en la promoción de la salud, en el seguimiento epidemiológico y en la intervención eficaz que se brinda a las enfermedades como la Diabetes. Por estos motivos, una de las categorías que analiza esta dimensión es la Atención del Sistema de Salud, puesto que esta categoría explora la calidad y el impacto de la atención recibida por parte de las instituciones y los profesionales de la salud.

En consonancia con lo anterior, se analiza que las expresiones de los entrevistados están describiendo factores como las dificultades que tuvieron por parte del sistema de salud, la eficacia en el servicio por parte de las EPS e IPS; y la calidez y la empatía de los profesionales de la salud a la hora de brindar la atención a los pacientes diabéticos.

En cuanto a las dificultades y eficacia en el servicio, los participantes mencionan que en primer lugar, las demoras con la entrega de los fármacos es una problemática y una realidad que han tenido que sufrir como pacientes diabéticos durante mucho tiempo, dado que a muchos no se les hace entrega de la cantidad de medicamentos que les corresponden o en ocasiones no se les brinda ninguna clase de apoyo porque estos medicamentos no hacen parte del Plan de Beneficios en Salud (PBS) lo que anteriormente era el Plan Obligatorio en Salud (POS). Esta situación, ha ocasionado que muchas personas no cuenten con las herramientas para poder suplir su enfermedad.

Otra problemática constante, es la cantidad de trámites y autorizaciones que deben legalizar los pacientes para poder que les brinden sus tratamientos de la diabetes. Lo que afecta su disposición y motivación para recibir el tratamiento ya que se cansan de luchar o batallar contra las EPS para poder garantizar su derecho a la salud. Asimismo, esta demora ocasiona que se deba recurrir a la ayuda de los familiares para que compren de manera particular y de esta forma logran mitigar las afectaciones en el tratamiento y en la enfermedad. Estas dificultades demuestran que en ocasiones hay poca eficacia por parte del sistema de salud y esto termina teniendo consecuencias en la adherencia al tratamiento y también en la economía de las familias por tener que comprar todos medicamentos de su propio bolsillo.

Sobre todo, esto, el paciente D expresa que tuvo que sufrirlo por sí mismo dado que:

“Cuando estaba con Medimas, me mandaban metformina, pero de esa metformina que

venden así casi que menudeada, que era como la tableta como a mil pesos. Y fueron como dos años que Medimas no me la dio, Andrés me la compraba porque nunca había”.

De lo anterior se puede entender que, las negligencias y demoras para entregar los medicamentos por parte de algunas de las EPS terminan siendo un factor de riesgo y factor perpetuador para que los pacientes se sigan enfermando o los síntomas de la diabetes se vuelvan más tenaces o crónicos, dado que no reciben una intervención o tratamiento oportuno que pueda ayudar a menguar los síntomas de la enfermedad y con esto lograr una mejoría en el bienestar de los pacientes. Por esto, los familiares en su deseo de que su familiar se mejore optan por una salida mucho más rápida y costosa como lo es comprar los fármacos particularmente.

No obstante, no todos los pacientes tienen problemas con el sector salud o una intervención poco eficaz, dado que hay usuarios que han recibido la atención de forma integral y oportuna por parte de sus EPS y sus equipos de especialistas. Estos se han encargado de brindar atención no sólo a su salud física, sino también a su salud mental para poder cambiar algunos hábitos como el consumo de drogas y la forma como estos abordan los problemas personales y familiares. La atención oportuna y los conocimientos por parte de los profesionales de la salud también han ayudado a generar cambios en los hábitos de vida saludable de los usuarios.

Esta atención holística, cálida y empática es coherente con lo manifestado por A, quien manifestó “A mí siempre me han brindado muy buena atención. Antes le daban prioridad a uno”. De esto se concluye, que hay instituciones y profesionales que se esmeran por dar una atención humanizada que ayude a mejorar el bienestar de los pacientes. También, que no se puede generalizar que todas las EPS, IPS, centros de salud, o personal de salud no brindan una atención oportuna o de calidad, ya que al igual que en los demás aspectos de los seres humanos la calidad

en un servicio debe ser evaluada caso a caso para no caer en el prejuicio de estar generalizando o sacar conclusiones apresuradas que no son acordes con la realidad.

Asimismo, se analiza que, los centros de salud juegan un papel importante en las percepciones que tienen los participantes sobre su calidad de vida, admitiendo diferentes situaciones que han generado una imagen positiva o negativa de la atención médica de diversas instituciones de salud. Un claro ejemplo de esto, es la decisión del paciente D de haberse cambiado de una EPS como MEDIMAS a una EPS prepagada como SURA, dado que esto tuvo influencias positivas en la calidad de la atención que recibe actualmente, dado que en la primera EPS no recibía una atención oportuna y en la que tiene en el presente está recibiendo los controles puntuales, le entregan los medicamentos y no tiene problemas con la atención.

Todo esto es acorde con sus comentarios que hizo sobre ambas EPS donde mencionó que: “El tratamiento que me está haciendo Sura. Cada vez que yo voy a los controles o cada mes que me toca reclamar el medicamento me lo entregan, no tengo problemas, entonces yo lo estoy tomando bastante bien”.

Para finalizar esta categoría, hay que decir que la eficacia en la atención en salud depende de muchos factores de tipo normativo, sociales, económicos, políticos y también de otros como: el buen trato por parte del personal de salud, la calidez en el servicio que brindan, la empatía que tienen con sus pacientes, entre otros. Todos estos son factores que deben converger de forma articulada para poder ir generando cambios en la forma de pensar tanto del personal asistencial y de esta manera poder ejecutar estrategias educativas que permita a los pacientes tener conocimientos apropiados sobre la diabetes contribuyendo a que haya una mejoría en el bienestar de las personas.

Es por estas razones, que se agrupó la categoría de Conocimiento sobre la diabetes dentro de la dimensión ambiental, dado que aborda cómo las creencias y el contexto social influyen en el desarrollo y bienestar del sistema de salud y también en la forma como los pacientes reciben el tratamiento. De igual manera, se creó esta categoría porque juega un papel clave en ir cambiando los mitos, creencias o rumores que tienen los entrevistados sobre la forma adecuada de intervenir la diabetes, ya que esta categoría es la que evalúa el nivel de comprensión que tienen los pacientes sobre su enfermedad y su capacidad para manejarla de manera efectiva.

Durante las entrevistas se pudo evidenciar que en los procesos de educación para la salud que utilizan los profesionales en el área, imparten conocimientos sobre las dietas que deben tener los participantes. Apoyados en lo anterior se puede afirmar que, aunque existen múltiples riesgos que pueden influir en la evolución de una patología como la DM, a través de una alimentación acorde a la dieta que propone el especialista encargado, el participante puede tener una mejor calidad de vida, previniendo y reduciendo las complicaciones de la enfermedad.

Durante las entrevistas se pudo evidenciar que algunos de los conocimientos más importantes que adquieren los pacientes por parte de los profesionales de la salud es la asociación de causa y efecto que hay entre la alimentación balanceada y la no presencia de la diabetes. Es decir, que hay una influencia grande de la alimentación en el padecimiento de la enfermedad o en severidad de la misma. Por el contrario, si no se cuida con la alimentación sus síntomas serán más marcados y tendrán mayores afectaciones y restricciones en su salud.

Tratando de profundizar más sobre esta dimensión, al preguntar por la educación integral que tiene sobre la diabetes y cómo podría describir lo que ha significado esto para su calidad de vida, el paciente A dijo:

“Una de las cosas que a mí más me recalcaron cuando yo salí del hospital, cuando voy a los controles cada tres meses con ese médico mío, es la alimentación. La alimentación es la base de la diabetes. Si yo me alimento bien, tal vez mi recuperación no sea precaria”.

De esto también se analiza que otro de los conocimientos importantes que se adquiere por parte de los médicos es la frecuencia con la que se debe asistir a los controles y como la alimentación es crucial en la intensidad de los síntomas de la diabetes. A su vez, otro conocimiento es que las personas con diabetes le dan mucha relevancia al rol y al conocimiento que posee el personal de salud para poder orientarlos con el manejo de esta patología. De igual manera, valoran las orientaciones que los profesionales les brindan para que la enfermedad no empeore y se sienten agradecidos con el hecho de sentir que tienen un personal que les brinda una atención humanizada y con conocimiento de causa de todo lo que tienen.

Otro conocimiento encontrado, es lo relacionado con los lugares donde se recibe la atención, sobre los cuidados y los peligros que conlleva tener diabetes. Este conocimiento es importante porque permite que las personas se vuelvan disciplinados con sus horarios de asistencia a las citas médicas, facilita que desarrollen hábitos en la toma de los medicamentos y en la aplicación de la insulina, lo que tiene efectos positivos en el bienestar de los pacientes. Asimismo, este saber ayuda a que los pacientes no pierdan tiempo en trámites innecesarios por no saber el lugar indicado donde deben tener la cita con los especialistas o por no saber el sitio donde se les brindará la atención. Lo que a su vez contribuye a tener rigor con el tema de los cuidados en salud, a disminuir los riesgos de empeorar la enfermedad y les permite ahorrar dinero al no tener que estar trasladando de un lugar a otro sin tener la certeza de donde es el lugar adecuado para recibir el servicio.

Esta información es acorde con el comentario que hizo D “Cuando llegué por primera vez a Sura, que me atendían en el Instituto del Tórax, allá en Medellín. Uno no tenía que ir media hora antes de la cita, porque por ahí, en un cuarto de hora, a uno le daban charlas sobre la alimentación, los cuidados, los peligros que uno puede tener. Nos decían que en caso tal de algún problema, buscar una sugerencia, nos decían en qué clínicas”.

En ese mismo orden de ideas C, tuvo una postura en la cual se evidencia que no todos los participantes están acompañados de un profesional de la salud que promueva una calidad de vida pensando en la integridad del sujeto, al mencionar:

“Sí. De pronto porque muchas veces ya el médico lo coge a uno. Vea, esto así, esto es una cosa, vea. Evite esto, evite esto, evite eso. Mientras que uno, uno nunca ha tenido esa experiencia así con un médico así. O con una persona que lo oriente a uno”.

Dicho lo anterior, se puede deducir que no ha tenido una relación significativa o una experiencia importante con un médico, o con cualquiera que le proporcione orientación educativa sobre su patología, el participante expresa una falta de conexión de apoyo en el proceso de atención desde el área de la salud lo que puede conllevar a que el participante pueda sentirse solo e inseguro en el sistema médico.

A menudo, los pacientes pueden sentir que solo reciben instrucciones generales sobre qué evitar y qué hacer y carecen de un verdadero apoyo individualizado y orientación específica sobre cómo tratar adecuadamente su enfermedad por lo cual es necesario resaltar la importancia de un enfoque más integral y personalizado en el manejo de la DM, que va mucho más allá de aportar indicaciones generales.

Lo anterior, sumado a una atención completa en cuanto al tema de prevención, promoción, intervención y seguimiento epidemiológico de la diabetes por parte de algunas EPS ayudan

considerablemente a que los pacientes se sientan a gusto con la calidad del servicio y con su tratamiento. Lo que termina teniendo repercusiones positivas en los pacientes diabéticos.

Por último, hay que decir que la eficacia del tratamiento de la enfermedad de la Diabetes depende de la sumatoria de diferentes factores que pueden influir o afectar de manera positiva o negativa el tratamiento de la Diabetes Mellitus, factores que vienen desde el orden biológico, psicológico, social o ambiental y que todos influyen con la misma importancia para que un paciente pueda llevar un tratamiento estable de su enfermedad. Esto también muestra que, algunas EPS, deben hacer mucho más para promover hábitos de vida saludables, previniendo este tipo de patologías que acarrearán una intervención más que compleja para aquellos que la viven.

7. Discusión

La discusión de los resultados obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a los cuatro participantes se lleva a cabo contrastando la teoría con los resultados. A través de este análisis, se explora cómo los aspectos teóricos se reflejan en la experiencia vivida por los pacientes con Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 y su percepción de calidad de vida.

A partir de las respuestas de los participantes, se encontraron diferentes categorías discursivas de las cuales se evidenció que tenían relación con las dimensiones propuestas por la OMS, así pues, nos servimos de ellas para ofrecer una organización y estructuración de los datos que permitan la comprensión de la problemática estudiada. Los resultados del análisis demuestran que efectivamente se encuentran aquellas áreas en la evaluación que hace el paciente sobre su calidad de vida.

En el estudio realizado de Gonzales, Tinoco y Benhumea (2011) acerca de las causales de la DM tipo 2 se ha encontrado explicaciones desde lo macrosocial, donde se relaciona lo social, cultural, económico y político; asimismo, la condición de enfermedad puede entenderse desde aspectos más individuales, donde la persona enferma da significado a su experiencia dependiendo de las representaciones que tenga sobre esta, la cual normalmente se percibe como sinónimo de irreversible sentencia de muerte, produciendo dolor, sufrimiento y falta de control, tanto a la persona enferma como a su entorno familiar.

Nuestros hallazgos reflejan que lo social, cultural, económico y político incide en las diferentes maneras en cómo los participantes perciben y manejan su enfermedad. Los entrevistados refieren que algunos hábitos como el consumo excesivo de azúcares y/o alcohol, pueden llegar a producir la enfermedad. Sin embargo, encontramos que, como factor causal también se encuentra lo biológico, donde los participantes hacen alusión a una enfermedad hereditaria. La actuación de

estos factores se mencionaba también en relación a complicaciones y adherencia que sugieren limitaciones en algunos ámbitos de su vida, como en la alimentación, movilidad, sociabilidad y sexualidad, todo ello repercute en el bienestar psicológico del sujeto y se expresa a través de sus sentimientos de autonomía y capacidad. Así pues, los participantes integran en su discurso todos los elementos mencionados anteriormente para describir las percepciones que tienen de su calidad de vida como personas diabéticas.

De acuerdo a lo anterior, Lugo, Alzúa y Fabián (2015), también tienen sus consideraciones acerca de lo que es la calidad de vida. Ellos la describen como bienestar social, donde se halla una satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos humanos positivos, haciendo referencia a libertades, modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas. A su vez, dicen que la DM tipo 2 ocasiona una disminución en la calidad de vida de las personas que la padecen, y aún más, cuando se presentan complicaciones en la enfermedad que pueden alterar el control metabólico del paciente

En los hallazgos obtenidos, se puede comprender lo descrito en el párrafo anterior, pues para los entrevistados, la calidad de vida es tener acceso a elementos tangibles como vivienda, alimentación y vestuario. No obstante, también señalan como calidad de vida el trabajo, la ausencia de complicaciones de la enfermedad, y el sentirse bien, tanto física como emocionalmente.

La presencia de pobreza en personas con una enfermedad crónica puede maximizar el sufrimiento y genera barreras en el proceso de afrontamiento de la enfermedad. Aunque los pacientes y su familia tengan recursos para el tratamiento y atención eficaz, esto no excluye los signos emocionales que se pueden encontrar en la enfermedad crónica, como la angustia, miedo, culpa y desesperanza. Ahora bien, si en esos casos sigue siendo difícil, cuando el enfermo tiene carencias económicas se agudizan esos sentimientos, ya que supone una dificultad mayor en una

enfermedad donde los pacientes entienden que es incurable, y más, cuando han tenido experiencias antes o durante su tratamiento que reflejan el padecimiento de la enfermedad en otros que no siempre logran evitar las complicaciones relacionadas (Gonzales, Tinoco y Benhumea, 2011).

En este punto, se encuentra una asociación de lo expresado por estos autores y la presente investigación, que demuestra la idea que pueden tener los pacientes sobre los recursos necesarios para el afrontamiento de la enfermedad. Algunos de ellos sugieren que el sentirse competentes en su vida influye considerablemente en cómo manejan su enfermedad, esto es, que su salud física no se encuentre comprometida con malestares o complicaciones que dificulten su movilidad, permitiendo desarrollar su capacidad de trabajo, integración social e independencia.

La teoría sugiere que la DM está fuertemente asociada con un aumento en la prevalencia de algunos trastornos psicológicos. Gonzales, Tinoco y Benhumea (2011), señalan que en las enfermedades crónico-degenerativas se atraviesa por diferentes etapas de estrés, depresión y ansiedad, producidas por el significado de la enfermedad, donde se reconoce que es algo para toda la vida y, aunque algunas personas logran controlar estos estados emocionales, en otros casos se prolongan e intensifican. Dicho hallazgo se ve reflejado en las entrevistas, donde los pacientes expresaron una preocupación constante por mantener niveles adecuados de glucosa y la posibilidad de llegar a tener complicaciones graves.

Durante las entrevistas los participantes reportaron niveles de ansiedad, depresión y temor relacionado con el futuro y las expectativas que tienen de la enfermedad, esto debido a la naturaleza crónica de la DM y las complicaciones que pueden estar asociadas al diagnóstico. Esta carga emocional puede influir en la adherencia al tratamiento y en el bienestar general del paciente. Esto tiene congruencia con lo que expone Gonzales, Tinoco y Benhumea (2011) sobre el impacto emocional en las enfermedades crónicas. Para ellos, el diagnóstico se relaciona innegablemente

con la incertidumbre del proceso de la enfermedad, igualmente, con el distrés afectivo, la pérdida de autonomía y el estigma que se puede encontrar por daños y modificaciones corporales, además se incluye también factores culturales, ambientales, espirituales y la historia del sujeto.

En el marco teórico de esta investigación ya se hablaba del estudio realizado por Leitón, Cienfuegos, Deza, Fajardo, Villanueva & López (2018), donde hablan sobre el proceso de duelo, y se retoma en este apartado con el fin de realizar un contraste con este punto, pues en el análisis realizado del discurso de los participantes se evidenció una relación importante. Según los autores ya mencionados, en la vivencia con DM, la persona enferma atraviesa un proceso de duelo donde el bienestar afectado del paciente no solo se da en el área física, sino también en la emocional, lo cual interfiere en la adaptación a la enfermedad.

De manera similar, se encontró a lo largo de esta investigación que algunos de los participantes ya se encontraban en la etapa de aceptación de su diagnóstico y tenían plena conciencia sobre lo que ello implicaba en su vida actual y futura. De las entrevistas puede entenderse que los participantes han enfrentado, en mayor o menor medida, la pérdida de su salud y han tenido que realizar ajustes en su vida, donde su realidad se reconfigura a raíz de la experiencia con la enfermedad; se realizan diferentes cambios en sus hábitos alimenticios, actividades de ocio y recreativas y, además, modificaciones en cómo manejan sus emociones, reconociendo su influencia en la DM.

Por otra parte, en el estudio realizado por Lugo, Alzúa y Fabián (2015), encuentran que la vida social de las personas que hicieron parte de su investigación, no es una limitante en su enfermedad, pues muchos de ellos expresan no tener problemas en sus relaciones interpersonales y familiares. Sin embargo, ellos sí encuentran complicaciones físicas que causan disminución en

la calidad de vida de los participantes, donde la energía y la movilidad física son las dimensiones que representan mayor deterioro.

Puede inferirse que aunque las personas con DM lleguen a tener dificultades con su movilidad física, esto no quiere decir que sea un limitante para establecer o mantener sus relaciones afectivas, lo cual se encuentra validado en nuestro estudio, ya que se evidencia que en algunos casos puede haber restricciones físicas en cuanto a la movilidad, impidiendo sentir comodidad a la hora de participar en actividades que requieran desplazamiento y esfuerzo, pero, tener estrategias de integración con el otro que no exija un desgaste físico, como por ejemplo, el caso donde el participante B realiza reuniones en su hogar.

Las enfermedades que presentan mayor causalidad de morbilidad y mortalidad en los pacientes con diabetes tipo 2 son las cardiovasculares, en particular la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Los pacientes diabéticos son más propensos a sufrir hipertensión que una persona sin diabetes, encontrándose que más de la mitad de pacientes diabéticos tienen esta comorbilidad, y es reconocido como el marcador de riesgo cardiovascular más importante. (Vicente, Zerquera, Rivas, Muñoz, Gutiérrez y Castañedo, 2010 y Rodríguez, Varela, Rincón, Velasco, Caicedo, Méndez y Gómez, 2015).

Dentro de las complicaciones que se pueden asociar con la DM está la hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, accidentes vasculares encefálicos, retinopatía, ceguera, insuficiencia renal crónica y pie diabético, aunque también se pueden presentar antes del diagnóstico de diabetes mellitus. Por lo general sucede que las personas diabéticas sufren de dolores físicos, cansancio y fatiga para realizar actividades incluidas en su cotidianidad, pueden sentir dolor y sensación de quema en los pies, etc. (Gonzales, Tinoco y Benhumea, 2011).

En cuanto al abordaje de lo relacionado con la salud física, algunos participantes de la investigación describieron una serie de complicaciones físicas derivadas de la DM, incluyendo la aparición de agotamiento físico, abscesos, inflamación y entumecimiento de miembros inferiores. Estas complicaciones pueden llegar a limitar su capacidad para realizar algunas de sus actividades diarias, entre ellas las relacionadas con lo laboral, generando una disminución significativa en su calidad de vida.

Según Arroyo (2018), la neuropatía diabética afecta hasta el 50% de los pacientes, produciendo síntomas como dolor, entumecimiento y debilidad en las extremidades. Esta información coincide con algunos de los testimonios de los participantes, quienes reportaron dificultades que las restricciones más comunes de esta índole han sido relacionadas con cómo la diabetes ha afectado la movilidad de estos pacientes para ejecutar actividades de la vida cotidiana como caminar, correr, practicar algún deporte o trabajar.

Adicionalmente, la retinopatía diabética, fue identificada por la OMS (2020) como una de las principales causas de ceguera en adultos, y fue mencionada por algunos participantes como una preocupación constante, procurando hacer exámenes periódicamente.

Realizando un contraste entre los resultados empíricos y el marco teórico, se resalta la importancia de considerar las complicaciones físicas en la gestión del diagnóstico de diabetes mellitus. Las entrevistas revelan que, además de los síntomas físicos, las restricciones que estas complicaciones imponen sobre la independencia y la movilidad de los pacientes agravan su situación emocional y social. Por lo que, es fundamental que las intervenciones médicas no solo se centren en el control glucémico, sino también en la gestión de las comorbilidades individuales, para mejorar la calidad de vida a nivel global de los pacientes.

La carga psicológica asociada a la diabetes mellitus, es un aspecto crítico que debe abordarse en la gestión integral de la enfermedad. Las entrevistas realizadas dan cuenta de que el estrés y la ansiedad generadas por la enfermedad, no solo deterioran el bienestar emocional de los pacientes, sino que también interfieren con la capacidad que tienen para adherirse a los tratamientos recomendados. Esto sugiere la necesidad de incluir apoyo psicológico y estrategias de manejo del estrés como parte fundamental de los programas de tratamiento para la DM, con el objetivo de mejorar tanto la salud mental, como el bienestar físico de los pacientes.

También lo señala así Gonzales, Tinoco y Benhumea (2011), los cuales dicen que la evitación de complicaciones de la DM ocasiona sufrimiento ya sea por las restricciones alimenticias que impiden disfrutar de ciertos alimentos, por no disponer de recursos necesarios para su dieta, porque la atención de su tratamiento reduce los gastos en otros aspectos de su vida, o por la ausencia de apoyo emocional.

Los pacientes entrevistados confirmaron esta teoría, admitiendo dificultades que se correlacionan con la sobrecarga emocional y el estrés asociado a la enfermedad. Se encuentran conflictos en sus hábitos alimenticios, pues, en su mayoría, solían tener una dieta con excesos de azúcares y expresan que ha sido difícil el desacostumbrarse y seguir las dietas prescritas. Además, lo económico también entra en juego, pues refieren que dentro de una calidad de vida es importante poder contar con la alimentación y con la capacidad de trabajo que le posibilite suplir necesidades básicas. Igual pasa con las preocupaciones de una red de apoyo, los participantes manifiestan que el acompañamiento familiar, social y médico es fundamental para el manejo de su enfermedad.

Ahora bien, el factor conductual de los entrevistados, como el sedentarismo, hábitos de alimentación, consumo de alcohol y en menor medida el consumo de tabaco, representan un riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 en adultos de 40 a 70 años de edad. Estas conductas

también son causales de la enfermedad, debido a que en cierta medida son responsables de la mala absorción de los nutrientes, de alteraciones pancreáticas y deterioro del organismo en general. (Vásquez, Calderón, Arias, Ruvalcaba, Rivera y Ramírez, 2019).

Esto se visualiza en las entrevistas de los participantes donde mencionan la presencia de una vida rodeada de conductas guiadas al consumo de azúcares, también algunos con las bebidas alcohólicas y sólo uno de ellos con el cigarrillo, conductas que se han ido reduciendo en pro de su salud. Estos mismos reconocen que estas prácticas pueden estar involucradas en el origen de su enfermedad y son conscientes de que pueden afectar el proceso de su enfermedad.

Al respecto, Herrera, Andrade, Hernández, Manrique, Faria y Machado (2012) consideran que el autocuidado integra habilidades de atender y comprender las características y el significado de determinada cosa, percibiendo la necesidad de regulación o cambio, adquiriendo conocimiento de recursos para su acción adecuada, tomando decisiones y actuando en pro del cambio o la regulación. Por su parte, Rodríguez, Varela, Rincón, Velasco, Caicedo, Méndez y Gómez (2015), proponen que la adherencia al tratamiento es que las recomendaciones que se realizan sobre la toma de medicamentos, citas de control, exámenes médicos y estilos de vida saludable como ejercicio, alimentación saludable, control del consumo de alcohol y cigarrillo, entre otras, tenga congruencia con su conducta.

Empero, aunque los participantes son conscientes de las acciones que deben mantener para tener buenos resultados en relación al manejo de su enfermedad, algunos de ellos siguen teniendo dificultades en la implementación de hábitos saludables. En esta misma línea, Rodríguez, Varela, Rincón, Velasco, Caicedo, Méndez y Gómez (2015) también hacen referencia al incumplimiento de sugerencias alimentarias, de actividad física y de disminución del consumo de tabaco y alcohol que suelen tener los pacientes diabéticos e hipertensos.

Al respecto, Rodríguez, Varela, Rincón, Velasco, Caicedo, Méndez y Gómez (2015) reconocen la influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento, como el apoyo que reciben tanto de lo social, familiar y de los profesionales en salud, además, la autoeficacia. El proceso de prevención y control de la DM por parte de la persona enferma, depende de muchos elementos, como la motivación, información de su salud, autopercepción de vulnerabilidad, percepción de la enfermedad como amenazante, percepción de una intervención y tratamiento eficaz, percepción de baja dificultad para realizar conductas saludables (Quiñones, Ugarte, Chávez y Mañalich, 2018).

En coherencia con lo anterior, los participantes de la investigación indicaron su percepción sobre sus relaciones sociales y su vida social en general, siendo personas con DM tipo 2. Allí se muestra concordancia con algunos de los elementos que la teoría propone como influyentes en la adherencia. Se evidencia que la red de apoyo de una persona con DM puede realizar ajustes a la enfermedad de su ser querido, proporcionando acompañamiento y apoyo emocional, como lo es el caso del participante B, que debido a que su movilidad se ve limitada, sus familiares y algunos amigos realizan reuniones en su hogar, donde ella disfruta del licor y alimentos, sin embargo, procura tener cuidado con los excesos. Su buena adherencia se encuentra motivada por la participación que tiene en las reuniones familiares y por la eficacia del tratamiento, pues le permite realizar ciertos ajustes en su alimentación, por lo que no presenta estrés ni aislamiento frente a reuniones sociales que puedan interferir con sus niveles de glucosa.

Así como ella, los demás participantes no muestran limitaciones en ese aspecto social. Empero, un caso nos muestra que las personas con DM sí podrían evitar ciertos lugares de comida donde no puedan controlar su deseo de comer azúcares o lugares donde puedan excederse en el consumo del alcohol. En este punto es necesario mencionar que se encuentra relacionado el apoyo

de familiares y amigos, pues su presencia y atención puede facilitar el control de excesos que perjudiquen el tratamiento de su enfermedad

Asimismo, Arteaga, Cogollo y Muñoz (2017) señalan que el apoyo social es la percepción de pertenencia a una red social, el cual actúa como factor protector en enfermedades crónicas que causan deterioro en el bienestar de los pacientes, estimulando conductas saludables. Además, reconocen que la educación también influye en el manejo adecuado de la patología. Ambos elementos son positivos para el afrontamiento de la enfermedad.

El apoyo social es crucial en la gestión de enfermedades crónicas, como indica Gonzales, Tinoco y Benhumea, (2011), cuando se plantea que los pacientes con DM pueden llegar a contar o no con una red social de apoyo, la cual funciona como medio para compartir la experiencia con la enfermedad y las emociones que se desprenden de ella, lo que sugiere que el sufrimiento no sólo es perteneciente a la persona que padece la enfermedad, sino también de quienes acompañan en el proceso. Ambas partes aprenden a vivir con los síntomas y complicaciones, que ocasionan cambios físicos, estigma social y afecciones emocionales como: temores, angustia, tristeza, culpa. Siguiendo con esta idea, nuestro estudio apoya la idea de que las personas más próximas, que se involucran en el apoyo emocional y en el cuidado de la persona enferma también suelen sentir afectación por parte de la enfermedad, o al menos así lo perciben los participantes cuando aluden que han generado dolor a sus familiares.

La familia es una fuente importante de apoyo social con que cuentan los diabéticos, y cumplen el papel de mediadores para el afrontamiento de la enfermedad y el cumplimiento de su tratamiento, estimulando el autocuidado y acompañando el manejo del estrés causado por el diagnóstico (Rodríguez, Varela, Rincón, Velasco, Caicedo, Méndez y Gómez, 2015 y Arteaga, Cogollo y Muñoz 2017). Los entrevistados reconocieron la importancia del apoyo familiar para su

bienestar emocional y el adecuado manejo de la enfermedad, pues en la mayoría de los participantes, se perciben que su familia proporciona ayuda en el mantenimiento de hábitos saludables, en el cumplimiento del tratamiento, y en las complicaciones y restricciones que genera la enfermedad.

En otras palabras, el impacto social de la DM subraya la necesidad de fomentar un entorno social más inclusivo y comprensivo para los pacientes. Las restricciones dietéticas y otras limitaciones deben ser reconocidas por la comunidad, asimismo, se deben promover entornos que faciliten la participación social de los pacientes sin que esto suponga un riesgo para su salud. Además, es esencial fortalecer las redes de apoyo social y familiar, asegurando que los pacientes reciban el respaldo emocional y práctico necesario para manejar su enfermedad de manera efectiva.

En el estudio que realizaron Valadez, Aldrete y Alfaro (1993) se halló que los conocimientos que puede tener una persona diabética sobre su enfermedad, adquiridos desde la experiencia previa con ella, donde el paciente cuenta con antecedentes familiares, no es muy útil en el control de la DM, pues los datos de los participantes reflejaron un mayor control de la enfermedad en personas diagnosticadas que no han tenido una familia donde existen antecedentes o complicaciones de la diabetes mellitus. A lo largo de este estudio se encontró algo similar, los participantes, en su mayoría, mencionaron experiencias con familiares que también han tenido un proceso con esta enfermedad, sin embargo, esto no facilitó una postura positiva del diagnóstico, y no se encontró una causalidad directa entre antecedentes familiares y manejo adecuado de la enfermedad.

Sin embargo, se ha evidenciado que el conocimiento y la educación sobre la diabetes es fundamental para las personas que la padecen, encontrando información sobre cómo reducir las complicaciones y disfrutar de una vida más saludable. Por el contrario, la ignorancia sobre su

condición diabética puede producir aparición de complicaciones crónicas, invalidez y muerte prematura en pacientes diabéticos. Una educación sobre todos los aspectos involucrados en la enfermedad, como los cambios en el estilo de vida, complicaciones, medicación, entre otros, se debe realizar a partir del interés de coadyuvar al tratamiento y la capacidad del propio sujeto para comprender la información, por lo que la educación debe ser individualizada (Vicente, Zerquera, Rivas, Muñoz, Gutiérrez y Castañedo, 2010). También se reconoce que este factor educacional no sólo es práctico para la prevención y manejo de complicaciones asociadas a la enfermedad, sino también influye en la adherencia al tratamiento (Rodríguez, Varela, Rincón, Velasco, Caicedo, Méndez y Gómez, 2015).

Por otro lado, en investigaciones de Calderón, Castillo, Cornejo, Figueroa, Paredes, Manrique y Neyra (2003) hubo hallazgos sobre las implicaciones que tiene una educación adecuada en el proceso con la enfermedad, estimulando el autocuidado, la adherencia al tratamiento, la prevención de complicaciones y la reducción de riesgo de las manifestaciones tardías de la enfermedad. Además, comentan que sus resultados demuestran que una educación tanto individual como grupal incide en el control diabético.

Siguiendo esta línea, en los resultados del presente estudio sobre la calidad de vida de personas con diabetes mellitus tipo 2 en el municipio de puerto Berrío, se describen las experiencias de los participantes en el contexto de atención médica y la educación que les han brindado desde allí. Con sus relatos se entiende que, desde el área de salud se presta mayor atención a procesos médicos como la medicación, la realización y evaluación de exámenes, y recomendaciones sobre la alimentación y cuidados en general. Empero, no se toma en cuenta aspectos individuales que puedan ser factor protector o de riesgo en el proceso con su enfermedad, atendiendo a las capacidades y dificultades propias del sujeto. Aunque en la mayoría de los casos

han sido informados sobre su condición y el manejo de esta, es notorio que no es una educación constante e integral, donde se realice una revisión periódica, no solo de su bienestar físico, sino también de su salud emocional y social, lo cual tiene relevancia en la percepción de calidad de vida de estos entrevistados.

En conclusión, de acuerdo con el análisis de los resultados de las entrevistas, en contraste con el marco teórico, se destacan las múltiples dimensiones que afectan la calidad de vida de los pacientes con DM tipo 2. Las complicaciones físicas, la carga psicológica, el impacto social, la influencia del ambiente y las dificultades económicas se entrelazan para disminuir la percepción de bienestar de los pacientes. El sistema de salud, incluyendo los profesionales de la salud deben adoptar un enfoque holístico que considere todas estas dimensiones en la gestión del diagnóstico. Es esencial proporcionar educación integral sobre la enfermedad, apoyo psicológico continuo, y trabajar para mejorar las condiciones ambientales y sociales de los pacientes. Solo a través de una comprensión holística y multifacética de la diabetes mellitus se pueden desarrollar intervenciones efectivas que mejoren significativamente la calidad de vida de los pacientes.

8. Conclusiones

Esta investigación logró realizar un contraste entre lo que la teoría expone y las experiencias que relatan algunas personas que viven con diabetes mellitus tipo 2, explorando de manera cercana la forma en que la enfermedad influye sobre las percepciones que tiene cada paciente a cerca de su calidad de vida, identificando así, áreas sobre las cuales la enfermedad genera un cierto nivel de afectación en términos de desempeño y, además, encontrando una influencia mutua entre la DM y formas de apoyo percibido, elementos psicosociales, desafíos en la adhesión al tratamiento y diversos factores ambientales.

La DM tipo 2 genera una afectación importante sobre el desempeño de los pacientes en su vida laboral, social y personal.

En el caso de la vida laboral, la enfermedad puede incidir considerablemente en la productividad esperada, lo cual repercute de manera directa sobre las oportunidades laborales. Algunos participantes mencionan la importancia de mantenerse alerta y vigilantes ante la enfermedad, lo cual puede implicar ajustes en la rutina laboral, en la alimentación y en la gestión de la salud para garantizar un buen desempeño en el trabajo. Asimismo, se destaca la importancia de contar con un empleo estable e ingresos para mantener una calidad de vida adecuada, lo cual puede verse afectado por las demandas derivadas de la condición de enfermedad, incluso a veces de las comorbilidades asociadas.

En cuanto al ámbito social, se encontró que la diabetes tipo 2 puede influir en las interacciones sociales de los pacientes, ya sea por la necesidad de cuidar su salud en entornos sociales, por la percepción de la enfermedad por parte de los demás o por la necesidad de adaptarse a ciertos hábitos de vida que pueden afectar la vida social y las relaciones personales.

Por otra parte, el aislamiento social que se experimenta en algunos pacientes con este diagnóstico, en gran medida es debido a ciertas limitaciones alimentarias y escenarios particulares que podrían comprometer el control glucémico, además de que entra en juego también limitaciones físicas, las cuales pueden estar relacionadas con el agotamiento, la dificultad en la movilidad del paciente, lo que reduce la posibilidad de ser parte de actividades sociales recreativas. Referente a la importancia de lo social, para las personas con diabetes mellitus tipo 2, el apoyo familiar puede ser un salvavidas tanto en términos financieros, como de apoyo emocional mientras lidian con los desafíos diarios.

En el plano de lo personal, se observa que la diabetes tipo 2 puede generar preocupaciones, cambios en la rutina diaria, adaptaciones en la alimentación y en el autocuidado, así como la necesidad de aceptar y convivir con la enfermedad de manera constante. Estos aspectos pueden influir en la percepción de la calidad de vida, debido a que puede haber cambios sobre la capacidad que tienen los pacientes para realizar algunas de las tareas diarias con facilidad, lo que termina afectando de manera directa la autoestima y la confianza sobre el manejo de situaciones cotidianas.

Asimismo, el sistema de salud se considera un factor social que puede brindar apoyo, y aunque se encuentran percepciones positivas frente a la atención de algunas EPS y personal médico, hay casos que evidencian la necesidad de un mejoramiento constante, especialmente en la educación integral sobre la enfermedad. Si bien, los amigos y el sistema de salud pueden desempeñar un papel importante frente al mejoramiento de las condiciones de bienestar de un individuo, se resalta en mayor medida el apoyo familiar.

La percepción que tienen las personas con DM tipo 2 sobre su enfermedad, puede verse moldeada por mitos, el discurso popular, y experiencias familiares, esto combinado con la ausencia de una educación integral sobre la enfermedad, influye en la percepción que tiene el paciente de

su condición, así como su capacidad para controlarla y sobrellevarla. Por otra parte, respecto a la adherencia al tratamiento, se encontró que esta puede verse obstaculizada por factores como el alcoholismo, las dificultades para seguir un plan alimenticio, e incluso, la falta de motivación.

La diabetes mellitus tipo 2, como se pudo evidenciar a través de esta investigación, afecta múltiples aspectos de la vida de los pacientes, por lo tanto, es fundamental que al abordar la enfermedad se adopte una estrategia holística, que tenga en cuenta la importancia de cada uno de estos aspectos de la vida que se ven afectados de alguna manera por la diabetes mellitus, orientando el abordaje hacia la comprensión de la enfermedad y el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes. Es necesario, por tanto, que los profesionales de la salud brinden mayor educación sobre el diagnóstico, orientación sobre la actividad física, resaltando también la importancia de contar con una red de apoyo social, todo esto sin olvidar la importancia de contar con acompañamiento psicológico continuo. Una atención que reconozca la importancia de estos factores, podría tener un impacto positivo en la salud y el bienestar de las personas que padecen DM tipo 2.

9. Referencias bibliográficas

- Amaya Jiménez, L. F., Dávila González, J. C., Jara Gonzalez, H. V., & Murcia Torres, L. K. (2020). Método Fenomenológico Hermenéutico. Repositorio Universidad Santo Tomás. <https://doi.org/10.15332/dt.inv.2021.01971>
- Antonovsky, A. (1987). The salutogenic perspective: Toward a new view of health and illness [La perspectiva salutogénica: hacia una nueva visión de la salud y la enfermedad]. *Advances*, 4(1), pp. 47–55.
- Antúnez, M, (2016). Depresión en pacientes con diabetes tipo 2 que acuden a una consulta externa de medicina interna. *Acta médica colombiana*.
- Arenas Bermúdez, Consuelo, Muela Martínez, José Antonio & García León, Ana. (2007). Relación entre adherencia objetiva al tratamiento en diabetes infantil y variables psicológicas de los cuidadores. *Índice de Enfermería*.
- Arteaga Noriega, A., Cogollo Jiménez, R. y Muñoz Monterroza, D. (2017). Apoyo social y control metabólico en la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Cuidarte*, 8(2) 1668-1676. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.405>
- Asociación Estadounidense de Psicología [APA]. (2003). *Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta*. https://ibiseducacion.org/IMG/pdf/APA2003_capacitacion.pdf
- Asociación Médica Mundial. (5 de mayo de 2015). Declaración de Helsinki de la AMM – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

Aulestia-Medranda, V. & Soriano-Ayala, E. (2022). Calidad de vida sexual en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una provincia ecuatoriana. *Revista Eugenio Espejo*, 16(3), pp. 26-36.

https://www.redalyc.org/journal/5728/572872037004/html/#redalyc_572872037004_ref5

Barroso Lorenzo, Alina, Castillo Yzquierdo, Gladys Cecilia, Benítez Gort, Nadieska, & Leyva Castells, Alina. (2015). Repercusión y tratamiento de los aspectos psicosociales de la diabetes mellitus tipo 1 en adolescentes. *Revista Cubana de Pediatría*

Bautista Rodríguez, L. y Zambrano Plata, G. (2015). La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 17(1), 131-148.

Bennasar Veny, M. (2012). *Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud* [Tesis de doctorado, Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut - IUNICS]. <https://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/151910>

Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*.

Brítez, M. y Torres de Taboada, E. (2017). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Nac. (Itauguá)*, 9(1), 78-91.

CAC. Cuenta de alto costo (2021). Población total de Colombia. Recuperado de: <https://cuentadealtocosto.org/site/general/dia-mundial-de-la-diabetes-2021/>

Calderón, J., Solís, J., Castillo, O., Cornejo, P., Figueroa, V., Paredes, J., Manrique, H. y Neyra, L. (2003). Efecto de la educación en el control metabólico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del hospital nacional arzobispo Loayza. *Revista de la Sociedad Peruana de*

Medicina Interna, 16(1), 17-25.
<https://sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/spmi/v16n1/efectos.htm>

Camargo Mendoza, J. P. (2020). Capítulo quinto. Uso de la fenomenología en la investigación en el área de la salud. En M. Osorio de Sarmiento (Ed.), *Implicaciones educativas desde la investigación posgradual* (Vol. III, pp. 77-107). Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Centro Editorial. Ediciones FEDICOR. <https://doi.org/10.26752/9789589297414>

Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71.

Carcavilla Urquí, A. (2009). El cuidado del paciente diabético: algo más que insulinas. *Pediatría Atención Primaria*.

Cárdenas Villareal, V. M. (1995). El anciano y su calidad de vida [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León]. <http://eprints.uanl.mx/7046/1/1020074715.PDF>

Carral San Laureano, F., Oliveira Fuster, G., Ramos Díaz, I., García García-Doncel, L., Failde Martínez, I. & Aguilar Diosdado, M. (2000). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 ingresados en un hospital de tercer nivel. *Endocrinología y Nutrición*, 47(4), 108-112.

Carrió, F. B. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina clínica*, 119(5), 175-179.
https://altacapacidades.es/portalEducacion/html/otrosmedios/13034093_S300_es.pdf

Casanova Lamoutte, E. M. (1993). El desarrollo del concepto de sí mismo en la teoría fenomenológica de la personalidad de Carl Rogers. *Revista de psicología general y*

- aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 46(2), 177-186. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2383842.pdf>
- Castro-Meza, A.N., Pérez-Zumano, S.E., & Salcedo-Álvarez, R.A. (2017). La enseñanza a pacientes con diabetes: significado para profesionales de enfermería. *Enfermería universitaria*.
- Chaparro-Narváez, P., Alvis-Zakzuk, N.J., Díaz-Jiménez, D. & Castañeda-Orjuela, C. (2021). Trends in diabetes mortality identified from death certificates in Colombia, 1979-2017. *Rev Panam Salud Publica*. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.13>
- Cohen, S. y Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis [Estrés, apoyo social y la hipótesis del amortiguador]. *Psychological Bulletin*, 98(2), pp. 310–357. doi: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Cómo perciben los hombres tener diabetes mellitus tipo 2: casos en Bogotá*. (2020). Universidad Javeriana.
- Coronado Balderas, D. (2021). Estilo de vida asociados a complicaciones de pacientes con diabetes mellitus 2. [Tesis de maestría, Benemerita Universidad Autónoma de Puebla]. Repositorio institucional – BUAP. <https://hdl.handle.net/20.500.12371/13626>
- Cortés Barragán B, Tzontehua Tzontehua I, Ramírez Girón N, García Solano B. (2016) Experiencia de vivir con un integrante de la familia con diabetes tipo 2. *Rev. iberoam. educ. invest. Enferm.*

- Cotarelo Pérez, Ana Karen, Reynoso Vázquez, Josefina, Solano Pérez, Claudia Teresa, Hernández Ceruelos, María del Carmen Alejandra, & Ruvalcaba Ledezma, Jesús Carlos. (2020). Impacto del COVID-19 en las emociones de gestantes con diabetes gestacional. *Revista de resultados negativos y no positivos*.
- Cruz, D. (2012). Significado de la salud-enfermedad en personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo dos. [tesis de pregrado, Universidad del Valle]. Repositorio institucional Univalle. <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/16246/CB-0478975.pdf?sequence=1>
- Dapuetto Prieto, J. J. (2012). *Calidad de vida Marco conceptual, operacionalización y aplicaciones clínicas*. Ediciones Universitarias, Unidad de Comunicación de la Universidad de la República (UCUR). <https://www.csic.edu.uy/sites/csic/files/publicacion5b896f0f2166d4.61586795.pdf>
- De los Ríos Castillo, J., Sánchez Sosa, J., Barrios Santiago, P. & Guerrero Sustaita, V. (2003). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica del IMSS*, 42(2), 109-116.
- Delgado, P. y Salcedo, T. (2008). Aspectos Conceptuales sobre los Indicadores de Calidad de Vida. *La Sociología en sus escenarios*, (17). <https://revistas.udea.edu.co/index.php/ceo/article/view/6803>
- Duque, H., & Aristizábal Diaz-Granados, E. (2019). Análisis fenomenológico interpretativo. Una guía metodológica para su uso en la investigación cualitativa en psicología. *Pensando Psicología*, 15(25), pp. 1-24. doi: <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2019.01.03>

- Durkheim, E. (2001). *Las reglas del método sociológico* (2a. ed.) (Trad. E. de Champourcín). Fondo de Cultura de México. (Trabajo original publicado en 1895). <https://acms.es/wp-content/uploads/2018/11/durkheim-emile-las-reglas-del-metodo-sociologico-0.pdf>
- Ecoopsos. (2021). Recuperado de: <https://ecoopsos.com.co/en-colombia-la-muerte-por-diabetes-ha-aumentado-en-un-4456/>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), pp. 129-136. doi: <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Estigma por la diabetes: reconózcalo y redúzcalo. (2022). Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, División de Diabetes Aplicada. https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/resources/features/diabetes_stigma.html#:~:text=El%20estigma%20por%20la%20diabetes%20se%20define%20como%20las%20actitudes,dio%20lugar%20a%20su%20diagn%C3%B3stico.
- Fisher, L., Hessler, D. M., Polonsky, W. H., & Mullan, J. (2012). When is diabetes distress clinically meaningful? Establishing cut points for the Diabetes Distress Scale [¿Cuándo es clínicamente significativa la angustia por diabetes?: Establecimiento de puntos de corte para la Escala de angustia por diabetes]. *Diabetes care*, 35(2), pp. 259-264. <https://doi.org/10.2337/dc11-1572>
- Fontana, A., & Frey, J. H. (2005). La entrevista. El manual Sage de investigación cualitativa. pp. 695-727. [http://www.iot.ntnu.no/Innovation/Norsi-Common-Courses/Lincoln/Fontana%20&%20frey%20\(2000\)%20interview.Pdf](http://www.iot.ntnu.no/Innovation/Norsi-Common-Courses/Lincoln/Fontana%20&%20frey%20(2000)%20interview.Pdf)

- Gadea, C. (2018). El interaccionismo simbólico y sus vínculos con los estudios sobre cultura y poder en la contemporaneidad. *Sociológica*, 33(95), 39-64.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732018000300039
- García Ortiz, Yaritza, Casanova Expósito, Dayana, & Raymond Álamo, Gilda. (2020). Estrés, apoyo social y representación de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus. *Revista Cubana de Endocrinología*.
- García Reza, C., Cruz Campusano, E., Gomez Torres, D., Toxqui Tlachino, M.J.G. & Sosa García, B. C. (2014). La percepción de un grupo de hombres sobre la Diabetes Mellitus: contribuciones a la enfermería. *Esc Anna Nery*, 18(4), pp. 562-569.
<https://www.scielo.br/j/ean/a/787GGqGDj5cHznKvsDKRxXz/?format=pdf&lang=es>
- Garciandía, J. y Rozo, C. (2019). *Dolor crónico y duelo*. *Revista Colombiana de psiquiatría*.
- García-Reza C, Alvirde-Vara R, Landeros-López M, Solano-Solano G, Medina-Castro ME. (2014) Resistencia frente a la enfermedad: relato de un cuerpo dañado por la diabetes. *Aquichan*. pp. 485-495.
- Gaytán-Hernández, A. I., & García de Alba-García, J. E. (2006). El significado de la diabetes mellitus tipo 2 desde la perspectiva del paciente. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*.
- Gonzales, C. (2011). El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). *Waxapa*, 2(5), pp. 102-107

- González González, N., Tinoco García, AM, & Benhumea González, LE (2011). Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2. *Espacios Públicos*, 14 (32), 258-279. <https://www.redalyc.org/pdf/676/67621319013.pdf>
- Guillén-Cadena, D.M. y Flores-Atilano, B. (2018). Aspectos socioculturales relacionados con la diabetes: Un análisis cualitativo. *Revista CONAMED*, 23(4), pp. 182-189. <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2018/con184d.pdf>
- Hernández Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas: cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill educación.
- Herrera Lían, A., Andrade, Y., Hernández, O., Manrique, J., Faria, K. y Machado, M. (2012). Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado. *Cartagena. Avances en Enfermería*, 30(2), 39-46. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/36079>
- House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support [Estrés laboral y apoyo social]*. Addison-Wesley Pub. Co., Reading, Mass.
- Idrovo Fernández, S. y Quimí López, D. (2022). Estilos de vida en pacientes con diabetes tipo 2. *Journal of American health*, 5(2). <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/127/252>
- Jácome, A. (2022). Modelos y técnicas de intervención psicoterapéuticos para trata el duelo. Universidad politécnica Salesiana.

- Jiménez Almaguer, D., Casado Méndez, P. R., Santos Fonseca, R. S., Jiménez Almaguer, D. y Hernández Ramírez, G. (2019). Percepción de la calidad de vida en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II. *Ecimed*, 26(1), pp. 54-62.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemmedhab/cmh-2019/cmh191f.pdf>
- Jiménez Chafey, María I., & Dávila, Mariel. (2007). Psicodiabetes. *Avances en Psicología Latinoamericana*.
- Jojoa, N. (2016). Calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II. *Revista UNIMAR*, 34(2), 89-103.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interview: introduktion til et håndværk [Entrevista: introducción a et håndværk]*. Hans Reitzels Forlag.
- Lacomba-Trejo, L., Valero-Moreno, S., & Montoya-Castilla, I. (2019). Adolescente con Diabetes Mellitus Tipo 1: problemas emocionales, conductuales y de autoestima. *Revista de PSICOLOGÍA de LA SALUD*.
- Lázaro, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping [Estrés, valoración y afrontamiento]*. Springer.
- Ledón Llanes, Loraine. (2015). Reflexiones acerca del estudio sobre pensamientos intrusos en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Cubana de Endocrinología*.
- Ledón Llanes, Lorena. (2012). Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. *Revista Cubana de Endocrinología*.

- Leite-Luengo, C. de M. y Rodrigues dos Anjos- Mendonça, A. (2014). Espiritualidad y calidad de vida en pacientes con diabetes. *Revista Bioética*, 22(2), pp. 382-389.
<http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222020>
- Leitón-Espinoza, Z., Cienfuegos-Pastor, M., Deza-Espino, M., Fajardo-Ramos, E., Villanueva-Benites, M. & López-González, A. (2018). Impacto emocional en el camino de aprender a vivir con "la diabetes". *Salud Uninorte*, 34(3), 696-704.
<http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v34n3/2011-7531-sun-34-03-696.pdf>
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Contrada, R. J. (1998). Self-regulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach []. *Psychology and health*, 13(4), pp. 717-733.
doi:<https://doi.org/10.1080/08870449808407425>
- López, C. & Ávalos, M. (2013). Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(2), pp. 331-345
- Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms [Educación para la autogestión: historia, definición, resultados y mecanismos]. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 26(1), pp. 1–7. doi:https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
- Lozada, F, Lezama, Y, Arias, F, Chacín, LF, Contreras, F, Celis, S, Medina, C, & Hernández, A. (2001). Función Sexual de las Mujeres con Diabetes Mellitus Tipo 2: Unidad de Diabetes del Hospital Vargas de Caracas. *Revista de la Facultad de Medicina*, 24(2), 140-144.
[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692001000200008&lng=es&tlng=es.](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692001000200008&lng=es&tlng=es)

- Lugo Galán, G., Alzúa Ramírez, V. y Fabián Lagunas, A. (2015). Calidad de vida en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa*, 2(3), 1-29. <https://pag.org.mx/index.php/PAG/article/view/492/531>
- Martín, E., Querol, M. T., Larsson, C., Renovell, M & Leal, C. (2007) *Evaluación psicológica de pacientes con diabetes mellitus*. Avances en diabetología. P 88-93.
- Martínez-Herrera, Eliana, et al. “El Significado Del Capital Social “Individual” En Diabéticos Receptores de Cuidado En Un Contexto Urbano Colombiano.” *Cadernos de Saúde*.
- Mata Solís, L. D. (2019). El enfoque cualitativo de investigación. *Investigalia*. <https://investigaliacr.com/investigacion/el-enfoque-cualitativo-de-investigacion/>
- McHorney, C. A., Ware Jr., J. E., Lu, J. R., & Sherbourne, C. D. (1994). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Medical care*, 32(1), pp. 40–66. doi:<https://doi.org/10.1097/00005650-199401000-00004>
- Medina López, O. M., Díaz Pinzón, A. D., Barrientos González, E. y Peña Martínez, D. E. (2009). Percepción de salud y su efecto en pacientes con diabetes. *Avances en enfermería*, 27(2), pp. 13-18. <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v27n2/v27n2a02.pdf>
- Mercado Maldonado, A. (2013). *Sociología Norteamericana. Diagnóstico de nuestro tiempo* (3a. ed.). Universidad Autónoma del Estado de México. <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/21594/Sociolog%EDa%20norteamerica.pdf?sequence=3>

Ministerio de Salud y Protección Social, Censo general del 2021. Población total de Colombia.

Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/En-el-Dia-Mundial-de-la-Diabetes-MinSalud-promueve-praticas-de-vida-saludable.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (14 de noviembre de 2022). *En el Día Mundial de la*

Diabetes: MinSalud promueve prácticas de vida saludable, Boletín de Prensa No 543 de

2022. Minsalud. [https://www.minsalud.gov.co/Paginas/En-el-Dia-Mundial-de-la-](https://www.minsalud.gov.co/Paginas/En-el-Dia-Mundial-de-la-Diabetes-MinSalud-promueve-praticas-de-vida-saludable.aspx)

[Diabetes-MinSalud-promueve-praticas-de-vida-saludable.aspx](https://www.minsalud.gov.co/Paginas/En-el-Dia-Mundial-de-la-Diabetes-MinSalud-promueve-praticas-de-vida-saludable.aspx)

Muñoz, L, Price, Y, Gambini, L. (2003). Significados simbólicos de los pacientes con enfermedades crónicas.

Noreña, A. L., Alcaraz-Moreno, N., Guillermo Rojas, J. y Rebolledo-Malpica, D. (2012).

Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Aquichan.

Ochoa, M., Cardoso, M., & Reyes, V. (2016). Emociones de la familia ante el diagnóstico de

diabetes mellitus tipo 1 en el infante. Enfermería universitaria.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s.f.). *Programa de salud mental. WHOQOL Calidad*

de vida. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-calidad-01.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1948). *Constitución.*

<https://www.who.int/es/about/accountability/governance/constitution>

Ortiz-Granja, D.; Jayo-Suquillo, L.; Ramos-Galarza, C. (2020). Estructura factorial del sentido de

coherencia y su relación de apego. *Aval. psicol.*, 19(3), 298-309.

<http://dx.doi.org/10.15689/ap.2020.1903.17132.08>

P Mundial de la Salud. (2022). Diabetes. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Palacios-Barahona, U., Arango-Posada, M., Ordoñez, J. & Alvis-Guzman, N. (2019). Calidad de vida de pacientes con diabetes tipo 2 en Colombia. Revisión sistemática y metaanálisis acumulativo. *Rev. CES Psico*, 12(3), 80-90.

Pariona Rojas, S. (2017). Conocimiento sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y los estilos de vida en los pacientes atendidos en el servicio de laboratorio del Hospital Municipal SJL 2017. [Tesis de grado, Universidad César Vallejo]. Repositorio institucional – UCV. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/9112/Pariona_RS.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Parra, K., (2017). Aplicación del Método Fenomenológico para comprender las reacciones emocionales de las familias con personas que presentan necesidades educativas especiales. *Revista de Investigación*, 41 (91), 99-123. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=376156277007>

Pedrero, V., Alonso, L. & Manzi, J. (2021). El estigma asociado a la diabetes: elementos conceptuales, mecanismos involucrados y desafíos. *Salud uninorte*, 37 (1), 205-219. <http://dx.doi.org/10.14482/sun.37.1.610.7>

Piernas Fernández, I. (2011). *Estudio sobre la función sexual en personas con Diabetes Mellitus tipo II*. [Tesis de máster, Universidad de Almería]. Repositorio institucional- Universidad de Almería. [https://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/419/Estudio %20sobre %20la %20fun](https://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/419/Estudio%20sobre%20la%20fun)

ci%c3%b3n %20sexual %20en %20personas %20con %20Diabetes %20Mellitus %20tipo%20 II IRENE PIERNAS FERNANDEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pineda, N., Bermúdez, V., Cano, C., Mengual, E., Romero, J., Medina, M., Leal, E., Rojas, J. & Toledo, A. (2004). Niveles de Depresión y Sintomatología característica en pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo 2.

Ponce González, J. M., Velázquez Salas, A., Márquez Crespo, E., López Rodríguez, L. & Bellido Moreno, M. L. (2009). Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes. *Index de Enfermería*, 18(4), 224-228.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400002&lng=es&tlng=es.

Puente-Ferreras, A. (2007). Percepción. En A. Puente-Ferreras, J. Moya-Santoyo & L. Mayor-Martínez (Ed.), *Cognición y aprendizaje: fundamentos psicológicos* (2ª ed., pp. 155-181). Ediciones Pirámide.

Quiñones, Á., Ugarte, C., Chávez, C. y Mañalich, J. (2018). Variables psicológicas asociadas a adherencia, cronicidad y complicaciones en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med Chile*, 146, 1151-1158. <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v146n10/0034-9887-rmc-146-10-01151.pdf>

Resolución 8430 de 1993 [Ministerio Nacional de Salud]. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 4 de octubre de 1993

Rico Sánchez, R., Juárez Lira, A., Sánchez Perales, M. & Muñoz, L. D. R. (2018). Nivel de Conocimientos, Estilos de Vida y Control Glicémico en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Epub*, 12(1), 757.

Ritzer, G. (2002). *Teoría sociológica moderna*. (5ª. ed.). McGraw-hill.

Rodríguez-López, M., Varela, M., Rincón-Hoyos, H., Velasco, M., Caicedo, D., Méndez, F. y Gómez, O. (2015). Prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes en servicios de baja complejidad. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 33(2), 192-199. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v33n2a06

Rodríguez-Moctezuma, J. R., López-Delgado, M. E., Ortiz-Aguirre, A. R., Jiménez-Luna, J., López- Ocaña, L. R., & Chacón-Sánchez, J. (2015). Etapas del duelo en diabetes y control metabólico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*.

Rojas de P, E., Molina, R & Rodríguez, C. (2012). Definición, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 10(1), 7-12. <http://ve.scielo.org/pdf/rvdem/v10s1/art03.pdf>

Rugeles, A., Gogeochea, M., Pavón, P. & Blázquez, M. (2022). Vivencias de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su relación con los nutricionistas: estudio cualitativo. *Revista Salud UIS*, 54(1).

Salazar-Mendoza, J., Ortiz-Vargas, I., Onofre-Santiago, Maria de los Ángeles., Hernández-Montesinos, M., Álvarez-Vásquez, J., Gutiérrez-García, J., Castellanos-Contreras, E., Conzatti-Hernández, M. & Espinosa-Castellanos, L. (2023). Calidad de vida en personas con diabetes mellitus. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(3), 6011- 6033

Sánchez Fernández, L. V.; Hernández Martín, E.; Rancaño García, I.; Cobo Barquín, J.

Sánchez Flores, F. A. (2019). Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: Consensos y disensos. *Revista digital de investigación en docencia universitaria*, 13(1), 102-122. <https://doi.org/10.19083/ridu.2019.644>

Seligman, M. E., Schulman, P., D. R., & Hollon, S. D. (1999). The prevention of depression and anxiety [La prevención de la depresión y la ansiedad]. *Prevention & Treatment*, 2(1 Article 8a). doi:<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1522-3736.2.1.28a>

Skinner, A., Anderson, I., & Marshall, S. M. (1996). Formas de educar al diabético. En O. P. [OPS], & O. M. [OMS], *Educación sobre diabetes. Disminuyendo el costo de la ignorancia* (págs. pp. 9-14).

Smith, J. A., & Osborn, M. (2003). Análisis fenomenológico interpretativo. En J. S. (Ed.), *Psicología cualitativa: una guía práctica para los métodos de investigación* (págs. pp. 51–80). Publicaciones sabias, Inc.

Tellería G, Carmen E. (2014). Evaluación de los niveles de depresión, ansiedad y factores psicosociales en Pacientes con Diabetes Gestacional Previa: Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Período 2011-2012. *Comunidad y Salud*.

Toledo, C. y Yung, G. (2022). Viviendo con diabetes tipo 2: descubriendo los significados que la familia construye en torno a la enfermedad crónica. *MLS psychology research*.

Torres, M.; Quezada, M.; Rioseco, R. y Ducci, M. E. (2008). Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQoL-BREF.

Revista médica de Chile, 136(3), 325-333. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000300007>

Troncoso-Pantoja, C. y Amaya-Placencia, C. (2017). Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Revista de la facultad de medicina*, 65(2), 329-332. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.60235>

Valadez, ID, Aldrete, MG y Alfaro, N. (1993). Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. *Salud Pública de México*, 35 (5), 464-470. <https://www.redalyc.org/pdf/106/10635506.pdf>

Vázquez Morales, E., Calderón Ramos, Z. G., Arias Rico, J., Ruvalcaba Ledezma, J. C., Rivera Ramírez, L. A. & Ramírez Moreno, E. (2019). Sedentarismo, alimentación, obesidad, consumo de alcohol y tabaco como factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2. *JOURNAL OF NEGATIVE & NO POSITIVE RESULTS*, 4 (10), 1011-1021. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3068>

Vázquez-Díaz, M. E., Flores-Bautista, P., Mata-Tomás, E. A. & Ríos-Terrazas, R. (2023). Proceso de duelo y adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2. *Revista Mexicana de Medicina Familiar*, 10(3), 81-88. DOI: 10.24875/RMF.23000022

Vicente Sánchez, B., Zerquera Trujillo, G., Rivas Alpizar, E., Muñoz Cocina, J., Gutiérrez Cantero, Y. y Castañedo Álvarez, E. (2010). Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes con diabetes tipo 2. *Medisur*, 8(6). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2010000600004&script=sci_arttext&tlng=en

- Villalba-Arias J, Almirón-Santacruz J, Torales J. (2021). Comprendiendo la conducta del paciente con diabetes: estrategias para mejorar la adherencia terapéutica. *Medicina clínica y social*.
- Vinnacia, S., Fernández, H., Escobar, O., Calle, E., Andrade, I., Contreras F. & Tobón, S. (2006). Calidad de vida y conducta de enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Suma psicológica*, 13(1), 15-31. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134219070002>
- Zambrano Vera, V. L., Luzuriaga Cabrera, J. J., Chinga Bazurto, V. O., & Delgado Carrillo, M. J. (2022). La diabetes infantil y sus consecuencias en el desarrollo físico y emocional. *Revista Científica Higía De La Salud*, 6(1).

10. Anexos

Anexo 1

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS DIAGNÓSTICADOS CON DIABETES TIPO II

Tabla 4. *Solicitud de autorización para la recolección de datos*

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE
<p>Nombre y apellidos del investigador: Angie Zulay Otálvaro Castrillón, Manuela Castro Montoya y Yesica Paola García Mejía</p> <p>Entidad / Institución: Programa de Psicología, Universidad de Antioquia</p> <p>Correo electrónico: Zulay.otalvaro@udea.edu.co, manuela.castro2@udea.edu.co, paola.garcia5@udea.edu.co</p>
INFORMACIÓN DEL PROYECTO TESIS DE GRADO
<p>Título del proyecto: Significados que construyen los pacientes con diabetes mellitus sobre su calidad de vida</p> <p>Objetivo: Describir los significados que construyen las personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2 sobre su calidad de vida.</p> <p>Instrumentos de recolección de información: Entrevista Semiestructurada</p> <p>Tiempo de aplicación de los instrumentos: el tiempo de aplicación del protocolo de entrevista está propuesto entre 60 a 120 minutos.</p>
INFORMACIÓN RELEVANTE RESPECTO A LA SOLICITUD
<p>La información recolectada tiene uso netamente científico y estará protegida por el anonimato, la confidencialidad y será tratada de acuerdo con las leyes vigentes de Colombia, en ningún momento se identificarán a las personas participantes o implicadas en la investigación ni se usarán los resultados para discriminar a algún ser humano o institución.</p>
INFORMACION SOBRE LA SOLICITUD
<p>Procedimiento para realizar: Mediante consentimiento informado firmado por la persona aceptará participar del estudio de forma voluntaria como igualmente en cualquier momento se puede retirar de la misma. Se garantizará la confidencialidad de los datos suministrados por parte de los participantes, manteniéndose la reserva de su identidad, a no ser que ellos consideren lo contrario.</p>

El solicitante se compromete a:

1. Realizar únicamente la recolección de la información autorizada.
2. Una vez terminada la investigación, se presentarán los resultados a los participantes.
3. Esta autorización solamente aplica para la realización del trabajo referenciado arriba. Si se requiere ampliación, se solicitará nuevamente el correspondiente permiso.
4. Mantener la confidencialidad y la seguridad de la información de los participantes, haciendo uso de esta únicamente para lo expuesto en esta solicitud
5. Para presentaciones públicas de la información recolectada se darán los créditos correspondientes a los participantes que incluyan la procedencia de los datos.

Anexo 2

Protocolo entrevista semiestructurada

Título: Significados que construyen los pacientes con diabetes mellitus sobre su calidad de vida

Objetivo General: Describir los significados que construyen las personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2 sobre su calidad de vida.

Pregunta de investigación: ¿Cuál es la percepción que construyen las personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2 sobre su calidad de vida?

Objetivo Específico del instrumento: Analizar aspectos psicosociales involucrados en la comprensión de la enfermedad de las personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo II

Descripción del Instrumento: El instrumento está diseñado con la finalidad de conversar con los participantes a partir de una serie de preguntas con la intencionalidad de indagar por experiencias, percepciones y estilo de vida. Se hará una breve presentación en relación a la intencionalidad anteriormente descrita por parte de los entrevistadores, haciendo claridad sobre la información obtenida por parte del entrevistado.

- **Datos de identificación:**

- Edad:
- Género:
- Tiempo desde el diagnóstico de diabetes:
- Tipo de tratamiento:
- Municipio de residencia:
- Labora: Si ___ No ____
- Ocupación:
- Estado civil
- Escolaridad

- **Pregunta de apertura:**

- Hábleme de su experiencia al recibir el diagnóstico de diabetes crónica.
- Hábleme de cómo le ha cambiado la vida desde que tiene diabetes
- ¿Cómo calificaría su calidad de vida?
- ¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?

Dominio Salud Física:

- ¿Cómo ha sido la experiencia con su enfermedad cada día?
- ¿Qué impacto ha tenido la diabetes mellitus tipo 2 en su calidad de vida?
- ¿Qué desafíos has enfrentado desde el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2?

- ¿Qué estrategias ha encontrado para manejar tus niveles de glucosa y cuidar de tu salud?
- ¿Podría contar cómo la diabetes mellitus tipo 2 ha afectado su calidad de vida?
- ¿Qué aspectos específicos de su vida cotidiana han sido impactados por su vivencia con la diabetes tipo 2?
- ¿Cómo ha sido su experiencia con la adherencia al tratamiento de la diabetes tipo 2?
- ¿Ha experimentado dificultades relacionadas con su capacidad de trabajar o mantener un empleo estable debido a su condición de diabetes tipo 2? En caso afirmativo, ¿podría describir cómo ha sido esta experiencia y cómo ha gestionado esta situación?
- ¿Cómo ha sido su experiencia con los diferentes tratamientos disponibles para la diabetes tipo 2?
- ¿Ha tenido cambios en tu estilo de vida debido a la diabetes tipo 2? En caso afirmativo, ¿podría describir estos cambios?
- ¿Qué factores consideras más importantes en tu percepción de calidad de vida como paciente con diabetes tipo 2?
- ¿Qué piensa acerca del autocuidado como factor influyente en la percepción de la calidad de vida?

Dominio Salud Psicológica:

- ¿Qué piensa acerca de cómo sus propios comportamientos, pensamientos y emociones pueden influir en el manejo de la diabetes tipo 2?
- ¿Cree que la vivencia con la enfermedad ha afectado tu bienestar emocional? ¿por qué?

Dominio Relaciones Sociales:

- ¿Qué piensas acerca del apoyo social como factor influyente en el manejo de la diabetes tipo 2?

Dominio Ambiente:

- ¿Ha experimentado dificultades para acceder a los recursos necesarios para el control de su diabetes, como medicamentos, suministros, consultas médicas u otros servicios relacionados, alimentos saludables, etc.? Si es así, ¿Cómo ha sido esta experiencia?
- En caso de haber recibido educación integral sobre la diabetes, ¿podría describir lo que ha significado esto para su calidad de vida?

- **Preguntas adicionales:** Se pueden incluir preguntas adicionales específicas, basadas en los hallazgos preliminares o en áreas de interés adicionales que surjan durante la entrevista

- **Cierre:**

- ¿Qué consejos o recomendaciones darían a otras personas que recientemente han sido diagnosticadas con diabetes crónica?
- ¿Hay algo más que te gustaría compartir o agregar en relación a tu experiencia con la diabetes crónica y su impacto en tu estilo de vida?

- ¿Tienes alguna pregunta o inquietud adicional sobre el estudio?

- **Conclusión:** ¡Muchas gracias por participar en esta entrevista! Sus experiencias y perspectivas son valiosas para este estudio. Si tienes alguna pregunta adicional o hay algo más que desees compartir, favor, lo puede hacer de forma libre y espontánea. Recuerde que sus respuestas serán tratadas de manera confidencial y serán utilizadas sólo con los fines ya mencionados.

Población a la que va dirigido: Personas diagnosticadas con diabetes tipo II

Procesamiento de la Información: Matriz de análisis de entrevistados y Software

Análisis empleado: Análisis del discurso

Tabla 5. Validez.

VALIDEZ			
Aplicable	No aplicable		
Aplicando haciendo los respectivos cambios			
Aspectos Generales	SÍ	NO	Observaciones
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario	x		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación		X	
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial		X	
El número de ítems es suficiente para recoger la información.		X	
En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir			
Validado por:			
Experiencia docente:			
Nivel Académico:			
Fecha:			
Observaciones en general:			

Anexo 3

Tabla 6. *Análisis de datos*

Dimensiones	Número	Categoría	Participantes	Percepciones
Salud Física	1	Comorbilidades	Respuesta de A	<p>Físicas: Soy Hipertenso, y alcoholico.</p> <p>Consumo de Sustancias: <ol style="list-style-type: none"> 1. Soy alcohólico. Además, fumaba cigarrillo de manera ocasional. 2. Aprendí que el alcoholismo es una enfermedad. También la poseo. Que debe ser tratada 3. vida me conservan 25 meses sin consumir licor, sin consumir droga, luchando aún con el cigarrillo </p>
			Respuesta de B	Físicas: Sufro de la presión, pero siempre que me la examina estoy bien. Pero de todas maneras me mandan pastillas, otras no.
			Respuesta de C	<p>Consumo de Sustancias: 1. Sí, yo dejé de consumir mucho alcohol. Yo era un tipo pernicioso, borracho. Hablando mal, mal, mal, degenerado. Antes la señora convivió mucho conmigo. Treinta y tres años vivía con la muchacha. Yo era una porquería de borrachín</p> <p>2. Yo tomaba cuatro, cinco, seis días. Me quedaba hasta ocho días en la calle bebiendo.</p>
			Respuesta de D	<p>Físicas Cuando ya me descubrieron la diabetes porque yo fui a el problema de la artritis entonces el medico me dijo que yo tenía mucho ácido úrico y que se me estaba juntando no era con artritis si no con artrosis degenerativa y me estaba empezando a dañar los dedos</p>
	2	Complicaciones Asociadas a la Enfermedad	Respuesta de A	1. En abril del 2022 tuve que buscar ayuda en el grupo de alcoholicos anónimo porque estaba muy adicto al alhohol y eso

estaba ayudando a que se me inflamaran los pies y la diabetes empeorara. Tampoco puedo jugar futbol como lo hacía porque me mareo.

2. En septiembre del año pasado yo me tomé seis vasados de gaseosa y me comí cuatro churros. Y se me subió el azúcar a 600 y pico. Por poco me voy otra vez de coma diabético. Perdí ocho kilos en menos de tres días. Me enflaquecí del todo. No concebía, no concebía la vida.

Respuesta de
B

Complicaciones Físicas:

1. Así como el desafío con la azúcar. En Medellín cuando me hicieron esta cirugía, sí me, si me detuvieron como quince días sin beber, sin comer, por lo que tenía seguro el azúcar alta. Vivo con dolores pero, también es por la edad.

2. Antes caminaba más y no me dolían mis pies. Ahora sí me duelen mucho mis rodillas, que mi cintura

3. Primero me daba mucho ánimo de irme para la calle, de ir a la reunión con esos alcalde. Ahora que están dando que televisores, que esta lavadora. Ah, ahora Elisa me convida. Ah, yo no voy por allá, vaya usted. Yo siempre digo eso.

Respuesta de
C

Complicaciones Físicas:

1. Hace por ahí tres meses estuve hospitalizado porque me operaron dos veces. Yo pensé que me iban a mochar el pie, más sin embargo no. Me sanaron muy bien, gracias a Dios. Se me hizo un absceso, en los dos. Entonces me lo operaron, y me operaron mal. Porque en una no me sanó bien, y en otra me dejaron puntos por dentro. Entonces tras de que no me dejaron bien, y de los puntos, se me inconó otra vez, me tuvieron que volver a operar.

2. Dos veces que me subió el azúcar como a 500 y pico. Casi me da coma diabético. Eso cuando le sube a uno a un 500, sin palabras.

3. Me fui a comer por allá una arepa con queso. De esa que venden por allá con esa lecherita. Vine y ¡pam! 200 y pico. Me toco inyectarme. Eso es mal que uno mismo busca. No es porque... Pero se le sube todo de una.

	Respuesta de D	<p>1. Yo he sido diabética pero yo nunca he tenido ningún problema como decir de que me dio, como muchas personas que les da como que se desmayan que tienen que ir al hospital que, a mi nunca, yo no he tenido problema tener la diabetes</p> <p>2. Aquí en el hospital yo nunca he ido por problemas.</p>
3	Restricciones	
	Respuesta de A	<p>Restricciones Físicas: Jugar fútbol, porque la diabetes me daba mucho mareo. Ya hoy no, gracias a Dios.</p> <p>Restricciones Alimenticias:</p> <p>1. Hay algo que me ha marcado mucho, es en la forma de comer, porque a mí siempre me ha gustado demasiado comer. Y el impacto que ha generado en mí la diabetes es el límite, es, es, es esa barrera que realmente la diabetes a mí me pone</p> <p>2. Es una lucha diaria para mí la alimentación</p>
	Respuesta de B	<p>Restricciones Físicas: 1. Antes caminaba más, sí. Antes caminaba más y no me dolían mis pies. Ahora sí me duelen mucho mis rodillas, que mi cintura, que... ¡Ay! Me da pereza ir, me da pereza ir por allá en la calle con dolores.</p> <p>2. Si no me dolieran mis pies para estar parada o algo así, ya me iría a trabajar en un restaurante.</p>
	Respuesta de C	<p>Restricciones Físicas: Más que todo me da mucho sueño. O sea, duermo mucho, mantengo es dormido. dormía mucho en la noche, me trasnocho mucho, no duermo en la noche. O sea, ya después de las dos o una de la mañana, empiezo a levantarme, a levantarme, a levantarme. Ya me toca tomar droga para poder dormir a la noche. Porque si no, no duermo</p>
	Respuesta de D	<p>Restricciones físicas 1. Yo no he tenido problema tener la diabetes o que eso me generó que me haya generado problemas incapacidad de pronto como para trabajar o para salir o para hacer algo o para mi propio entorno de vida no... no he tenido</p>

	2. Los médicos siempre me dicen que si yo me mando a arreglar las uñas, que yo misma mantenga mi equipo.
4 Adherencia al Tratamiento	
Respuesta de A	<p>Adherencia inicial de la enfermedad</p> <p>1. Sin embargo, yo nunca hice caso. Yo hice caso omiso a todo eso y seguí tomando. Al mes ya estaba tomando. Al mes y 15 días ya estaba consumiendo drogas. A los dos meses ya estaba fumando, consumiendo droga y tomando alcohol</p> <p>2. Seguí tomando, seguí comiendo desbordado, seguí haciendo lo que me dio la gana.</p> <p>3. Como yo soy una persona enferma del alcoholismo, cierto, es una enfermedad física y mental. El enfermo alcohólico siempre va a creer que no es lo que diga la otra gente sino lo que diga yo. Es como yo tomaba, como yo consumía droga y no me hacía nada. Al otro día estaba bien porque me tomaba las pastillas. Yo creía que podía hacerlo.</p> <p>4. Fue súper complicado tener que adaptarme a tomar tantas pastillas. Y aplicarme insulina, porque realmente los primeros días me aplicaba insulina muy, muy concienciadamente.</p> <p>5. Fue tan difícil la adaptación a los medicamentos o a vivir una vida normal, entre comillas, a pasar a ser obediente y llevar un hábito de vida diferente, que me fui a beber. Yo al mes estaba bebiendo. Y me dejé de tomar las pastas. Porque no sentía nada, me sentía súper bien. Una persona curada, sanada. Pero después ya fui recomponiendo el camino. Y me fui adaptando.</p> <p>6. Eso es una cosa de locos. Yo respiraba esa insulina. Y cuando hablaba yo sentía que estaba expulsando esa insulina.</p> <p>Adherencia actual al tratamiento</p> <p>1. sigo siendo desobediente y terco porque a veces como más de lo normal</p> <p>2. Yo eso lo tengo acá, pero a veces me gana la terquedad y la</p>

necesidad de comer algo más.

3. Pero cuando me he tenido que colocar insulina, yo me la coloco

4. hoy, gracias a Dios, pues ya en mi estilo de vida y en mi calidad de vida me conservan 25 meses sin consumir licor, sin consumir droga, luchando aún con el cigarrillo

5. con el tratamiento yo siempre he sido pues como muy honesto con las pastillas, a las horas que son. Y ya. Pues yo a eso casi no le sumo mucho

6. Yo me he demostrado a mí mismo que cuando he sido obediente con la alimentación, mi vida fluye de una manera diferente a cuando como desbordadamente.

7. Pero realmente la obediencia me ha ayudado mucho en eso. Aunque a veces me desbordo, yo tengo que ser honesto también.

8. Si hoy yo tuviera que luchar contra la diabetes por medio de la comida, yo estuviera muerto. Es tanto que en septiembre del año pasado yo me tomé seis vasados de gaseosa y me comí cuatro churros. Y se me subió el azúcar a 600 y pico. Por poco me voy otra vez de coma diabético. Adherencia inicial al tratamiento.

Ajustes al tratamiento

1. Es que mi diagnóstico no tiene nada que ver con la forma en la que yo llevé la enfermedad. Pero a mí me siguen enviando insulina, claro, la insulina está. Tengo miles, o sea, yo regalo eso.

2. Yo sí soy insulino dependiente, pero como te digo, yo la manejo. Yo me tomo el cuadro de azúcar por la mañana y por la noche. Y si por la mañana estoy bien, ¿para qué me voy a aplicar la insulina? Eso fue lo que me explicó la médica, ¿cierto? Y si por la noche estoy bien, ¿para qué me la aplico?

Percepción del tratamiento

Realmente la insulina es como un venenito. Es como un venenito pequeño que le va introduciendo al cuerpo de uno esas cosas. Eso realmente pues a mí... Pues yo no estoy en contra de eso porque

realmente funciona. A mi mamá le funciona, a mí también me funcionó. Pero yo no comparto esa insulina. Igual es un método de vida. Es una estrategia que usan también para la diabetes y es bueno.

Respuesta de
B

1. Cada tres meses voy a la cita de control. No como mucho dulce. Y si lo hago. El tinto, siempre lo tomo simple, pues sin azúcar. Así bueno, ya me gusta así. Y los frescos, las gaseosas que traen acá, pues yo no tomo eso. De sobremesa tomo agua.
2. Me tomo los medicamentos que me mandan. Cada ratico me la tomo. La tengo en 120, en 130, en 200.
3. Yo madrugaba todos los días a las cuatro, me bañaba y me tomaba la pastilla.
4. Y la insulina. Que me pongo a las seis de la mañana, pues, cuando me levanto, no a las propias seis, me pongo seis centímetros de la azul. Y me tomo estas pastillas. Y por la tarde, eh me pongo las otras seis y tres pastillas de estas, yo le mermo la de la prisión. Ah, pero sí. Y... Ah, porque también me mandaron una para evitar el cardíaco.

Respuesta de
C

1. Cada tres meses me dan la cita. Cada tres meses. Cada mes pido la droga. Y cada tres meses me dan la cita. Terminando los tres meses, me hago los exámenes de glucosa.
 2. Yo lo aplico tres veces al día. Al desayuno me aplico 16. Al almuerzo 16. Y en la noche 46.
 3. Me fui a comer por allá una arepa con queso. De esa que venden por allá con esa lecherita. Vine y ¡pam! 200 y pico. Me toco inyectarme. Eso es mal que uno mismo busca. No es porque... Pero se le sube todo de una.
 4. El examen me lo hago yo faltando por ahí unos ocho o diez días debo hacerme los exámenes de sangre, a ver cómo me salen los exámenes.
-

Respuesta de D	<ol style="list-style-type: none"> 1. Yo vivo mi vida normal, me tomo mis medicamentos 2. Tomándome los medicamentos que me mandan en Sura 3. Vea, de la dieta yo como casi de todo, pero muy... moderada, Y... la cuestión física esa si muy malita, porque a mí no me gusta caminar casi 4. Pues los médicos siempre me dicen que si yo me mando a arreglar las uñas, que yo misma mantenga mi equipo. Pero, o sea, a mí nadie me ha hecho nada, ni nunca he tenido problemas. 5. El tratamiento que me está haciendo Sura, lo uno... Ellos a mí, pues cada vez que yo voy a los controles o cada mes que me toca reclamar el medicamento me lo entregan, no tengo problemas, entonces yo lo estoy tomando bastante bien. 6. todo el tiempo agua. Y yo hago jugos cuando estoy sola, pero los hago sin azúcar. 7. Grasa no, empezando que no soy amante de nada frito casi todo es cocinado. 8. Me cuido mucho de eso, de los dulces, los refrescos y la gaseosa, eso yo no lo consumo. 9. Si no me cuido yo quién me va cuidar 10. Mientras que yo me esté tomando los medicamentos y yo me sienta bien, yo no tengo problema. 		
5 Alternativas de Autocuidado	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="848 1232 993 1289" style="vertical-align: top;">Respuesta de A</td> <td data-bbox="1026 1232 1736 1411"> <ol style="list-style-type: none"> 1. las estrategias más se basan en el día a día, pero basadas en la alimentación 2. las estrategias son, por ejemplo, comer bien, tratar de alimentarme bien, eh, yo me tomo una bebida, aunque hoy no lo estoy haciendo, que son bebidas naturales. Hay una que yo hago </td> </tr> </table>	Respuesta de A	<ol style="list-style-type: none"> 1. las estrategias más se basan en el día a día, pero basadas en la alimentación 2. las estrategias son, por ejemplo, comer bien, tratar de alimentarme bien, eh, yo me tomo una bebida, aunque hoy no lo estoy haciendo, que son bebidas naturales. Hay una que yo hago
Respuesta de A	<ol style="list-style-type: none"> 1. las estrategias más se basan en el día a día, pero basadas en la alimentación 2. las estrategias son, por ejemplo, comer bien, tratar de alimentarme bien, eh, yo me tomo una bebida, aunque hoy no lo estoy haciendo, que son bebidas naturales. Hay una que yo hago 		

con canela y con guanábana. Me mantiene los niveles muy buenos.

3. Hojas de guanábano y canela. Yo la hiervo y esa bebida se la toma uno como por la mañana un vasado y ya. O por la noche.

4. Tratar de no tener rabias, tratar de no tener estreses. Pues tratar no significa que no los tenga. Simplemente trato de vivir al margen de todo eso. Eh, tratar de alimentarme bien.

Respuesta de
B

1. Yo no hago o tomo de esas cosas que me recomiendan en la calle.

2. El tinto, siempre lo tomo simple, pues sin azúcar. Así bueno, ya me gusta así. Y los frescos, las gaseosas que traen acá, pues yo no tomo eso. De sobremesa tomo agua, ya que aquí no hacemos sobremesa.

Respuesta de
C

1. Yo tomo agua de las pepas del aguacate. Muchas veces tomo también...Me dijeron que tomara agua de limón con...Eso es como una...Que parece mucho a la soda. A la soda. Eso es como...bicarbonato, bicarbonato. Agua de limón con bicarbonato en la mañana.

2. Yo tomo agua de limón. Yo mantengo limón para tomar agua de limón todo el día. ¿Y en la comida? Jm, ave maria. Me tengo que tratar de cerrarme la boca.

3. Me le escondo a las panaderías. Porque es que, sinceramente, me da como una devoción de entrar a una panadería a comer.

Respuesta de
D

1. Tomándome los medicamentos que me mandan en Sura y yo tomo muchas aguas de hierbas naturales

2. Yo tomo el agua de la hoja de guanábana tomé el agua de la hoja de la guayaba con el clavo de olor, eh, esta la de la aloe vera la penca sábila son muchas, las rayadura de la pepa del aguacate

3. Una pizquita de azúcar al café, como cuando no me lo quiero

	<p>tomar tan amargo.</p> <p>4. Todo el tiempo agua. Y yo hago jugos cuando estoy sola, pero los hago sin azúcar.</p> <p>5. Grasa no, empezando que no soy amante de nada frito casi todo es cocinado.</p> <p>6. Me cuido mucho de eso, de los dulces, los refrescos y la gaseosa, eso yo no lo consumo.</p> <p>7. Lo que hace que me declararon diabética es muy poquita la carne de res</p>
<p>6 Evolución de la Enfermedad</p>	
<p>Respuesta de A</p>	<p>1. El debut diabético de Víctor fue un coma diabético. Un coma diabético que en tres días casi me mata. Y al segundo día de haber recaído en coma diabético me dio un paro cardíaco donde estuve muerto cuatro minutos y medio. Y después me volvieron a la vida y seguí en coma inducido</p> <p>2. Después de que salí del hospital, yo empecé a jugar como a los tres meses. Y hasta el sol de hoy, a mí nunca me ha dado un mareo. Me ha ido súper bien. Caminando, trotando, jugando fútbol, montando bicicleta.</p> <p>3. La experiencia con el seguimiento ha sido súper buena. Ha sido tan buena que yo ya salía sin azúcar en la sangre.</p> <p>4. Yo llevo un año y medio donde los exámenes de glucosa, sí, la azúcar en la sangre, la glucosa, la propia glía, la hipo, me sale sin azúcar en la sangre.</p>
<p>Respuesta de B</p>	<p>1. En los exámenes que me han hecho, ninguno me ha salido malo. Por ejemplo, el último examen que me hicieron fue el de la retina, porque un médico dice que la diabetes daña mucho la visión.</p> <p>2. En sura pues tampoco han visto la necesidad de que me tengan que mandar insulina, únicamente la metformina y otra pastillita pequeña.</p>

SALUD PSICOLÓGICA	1	Aceptación de la Enfermedad
Respuesta de A	Aceptación actual de la enfermedad	<p>1. ¿Qué significa para mí vivir con esa diabetes? Para mí, realmente, hoy es, es fácil decirlo, porque realmente yo ya acepté esa enfermedad, ¿cierto? Eso es de aceptación. Yo ya acepté esa enfermedad.</p> <p>2. Pero yo realmente pues no tengo ninguna percepción negativa hacia esa enfermedad. Yo ya la acepté.</p> <p>3. yo sigo siendo un diabético, toda la vida lo voy a hacer. Y yo eso lo tengo claro, como te dije al principio, yo acepté esa enfermedad, hace parte de mi vida.</p> <p>4. si yo no hubiera aceptado que soy diabético, posiblemente hoy en día estuviera padeciendo lo que la enfermedad genera. ¿Sí me hago entender? Pero como yo hoy acepté la enfermedad como parte de mi vida, la volví un estilo de mi vida</p> <p>5. Yo soy diabético hoy y diabético para siempre. Entonces yo hoy vivo con esas enfermedades a flote, sabiendo qué puedo, qué no puedo. y que debo hacer para conmigo.</p> <p>6. a través de la aceptación yo he podido pues como que la diabetes en mí no tenga ese poder que yo he visto en otras personas.</p> <p>7. Yo la acepté como una prueba para mí para toda la vida y yo me tengo que cuidar</p> <p>8. después de que acepté la enfermedad del alcoholismo, acepté la enfermedad de la diabetes. La enfermedad de la diabetes yo hoy la acepté con obediencia y sin terquedad.</p> <p>9. Soy una persona diabética, lo acepté. Hace 22 meses más o menos acepté la enfermedad de la diabetes como un hábito de mi vida. Como es mío, es mío. O sea, yo ya me apersoné de esa enfermedad. Antes creía que no.</p>

10. Y esa enfermedad de la diabetes, hermana, es como el alcoholismo. Si yo no aceptaba el alcoholismo, probablemente hoy no estuviera vivo.

11. Yo sé que soy una persona enferma diabéticamente, de que debo estar muy alerta y muy vigilante ante esas situaciones que se me presentan en cuanto a la alimentación, el estrés, la rabia. Todo eso.

Cambio en la aceptación de la enfermedad

1. Es como yo tomaba, como yo consumía droga y no me hacía nada. Al otro día estaba bien porque me tomaba las pastillas. Yo creía que podía hacerlo. Pero vuelvo y le digo, el antes y el después para yo poder aceptar la diabetes fue estando en este proceso.

2. Hace 22 meses más o menos acepté la enfermedad de la diabetes como un hábito de mi vida. Como es mío, es mío. O sea, yo ya me apersoné de esa enfermedad. Antes creía que no.

3. me dan la oportunidad y vuelvo y caigo al licor y a la droga. Ya el 28 de febrero del 2022, como le digo, yo volví a nacer porque ese día toqué otra vez fondo. Ya un fondo muy doloroso. Realmente fueron dos cosas que toqué fondos muy dolorosos. Hoy no me arrepiento. Hoy sé que era una persona enferma, que no tengo la culpa, pero sí soy responsable de todo lo que hice y dije.

Respuesta de
B

1. Lo que me mande el doctor, eso tomo y no me pasa nada. yo la manejo bien. Sí. Porque yo me pongo a pensar, ¿qué me gano con tener rabia y con esa rabia pegarles a los niños si ellos no tienen la culpa de que yo haya tenido esa enfermedad?

Respuesta de
C

1. Yo tengo una diabetes, póngale tipo 3, más o menos, pero gracias a Dios las heridas me han sanado bien. Siempre me han sanado.

Respuesta de
D

1. Yo tengo la diabetes, me dijeron usted es una persona diabética. Como yo no, aunque un médico ahora en SURA, él me decía, porque yo le decía, ay, yo como que no, nunca mantengo

		en mi mente la diabetes
		2. Sí, yo lo acepto, pero, no, eso no me va, me va, como a doblegar, sentirme triste, aburrida. No pienso en eso, yo no.
2	Percepción de la Enfermedad	
	Respuesta de A	<p>1. Pero como yo hoy acepté la enfermedad como parte de mi vida, la volví un estilo de mi vida. Eso es un hábito de vida.</p> <p>2. La diabetes para mí es un regalo de Dios.</p> <p>3. Acepté la enfermedad de la diabetes como un hábito de mi vida. Como es mío, es mío. O sea, yo ya me apersoné de esa enfermedad</p> <p>4. Esa diabetes para mí es un privilegio.</p> <p>5. Yo sé que es una enfermedad terminal.</p> <p>6. La diabetes lo mata a uno.</p> <p>7. En Víctor se ha representado mucho la enfermedad de la diabetes es en la alimentación.</p> <p>8. Eso es una enfermedad. Que no es delito uno padecerla. No es el fin del mundo uno padecerla. No... No es lo último en guaracha, pues, que es que, ay, yo soy diabético, entonces me tengo que limitar.</p>
	Respuesta de B	<p>1. Que es algo malo. Ah, es bastante maluca, porque ay, yo, a mi me gusta mucho la plata y... Oye, le voy a decir... Ay, no, hijueputa vida. No puedo trabajar.</p> <p>2. Que cosa muy mala, que uno no puede estar comiendo cosas dulces, que ni harina.</p>
	Respuesta de C	<p>1. Vivir con diabetes es una enfermedad pues que sinceramente no se la deseo a nadie, porque hay personas que sufren la diabetes y se hacen heridas y no son curativas.</p>

2. Sinceramente el control de la diabetes tiene que ser muy bravo. Y ojalá que todo el mundo se cuide porque sinceramente la diabetes es una enfermedad muy brava. Pero brava, brava.

Respuesta de D

1. yo nunca me... Como, ¿cómo es? Como... Concentrarme en que soy diabética, que estoy enferma. No, es como muy pasajero para mí.

2. No. En ningún momento, en ningún momento, yo después de que me pueda parar, de mi cama, yo funciono todo el día, yo, funciono con él, yo hago todos mis oficios acá, yo voy a la calle y hago mandados y vuelvo

3 **Representaciones acerca de la Calidad de Vida**

Respuesta de A

Ideal de calidad de vida

1. Tener buena alimentación. Tener un techo hoy donde dormir. Tener un empleo. Tener ingresos, ¿cierto? Eso es como una calidad de vida para mí. Hoy es estar bien. Hoy sentirme bien de salud ante esa diabetes, ante la hipertensión, ante el alcoholismo.

Percepción de calidad de vida

1. Hoy, gracias a Dios, pues ya en mi estilo de vida y en mi calidad de vida me conservan 25 meses sin consumir licor, sin consumir droga, luchando aún con el cigarrillo

2. Hoy la calidad de vida mía depende de la enfermedad del alcoholismo, de la diabetes y de la hipertensión. Entonces le voy a hablar de las tres en conjunto. La calidad de vida mía hoy ha cambiado tanto y es por eso. Porque yo acepté esas tres enfermedades como un hábito de mi vida. Yo aprendí a vivir con ellas. ¿Cierto? Que tengo que estar muy vigilante y tengo que estar muy alerta todos los días.

Respuesta de B

1. Que tenga todo lo de la cocina, que no tenga que pensar, ay, que voy a echar a la olla hoy. Ay, que no voy a poner de ropa, que no tengo ropa, o que tengo que lavar esta muda de ropa porque para mañana que me ponga. Eso me puede como una mala

		calidad de vida.
		2. Que no tenga rabias, que estemos bien todos, que toda mi familia esté bien, yo estoy contenta.
	Respuesta de C	1. La calidad de vida se la da uno mismo. Porque si usted busca la enfermedad, porque uno tiene que llevar un control de comidas. ¿Sí me entiende? En el sentido de que usted no puede comer mucho lo que es dulce, tomar la gaseosa. Eh, alimentarse uno bien. No todo tiene que ser demasiada comida, sino un poquito de cada cosa.
		2. Yo todos los días me levanto. Pidiéndole al Señor que no me vaya a dejar por ahí tirado. Que el día que me vaya a llevar, que me lleve de una vez. Que no me deje por ahí así mocho, por ahí tirado. Eso es muy berraco. Uno para ahí tirado con un pie mocho o una mano. No soy capaz de resistir eso.
		3. Yo lo único, le pido a mi Dios que si me deja morir, que me deje morir. Pero no con...no con hambre. Si me lleva que me lleve pero lleno. Yo no aguanto hambre. Yo como. Y demasiado.
	Respuesta de D	1. Es vivir bien, sana y en un ambiente adecuado.
4	Expectativas Sobre la Diabetes	
	Respuesta de A	1. Yo espero que el tratamiento de la diabetes a mí me permita vivir hoy tranquilo, vivir hoy en paz. Yo no espero más nada de esa, de esa enfermedad.
		2. Pero por hoy, yo espero que la diabetes me dé un día más de vida.
		3. Pero yo espero un día más de vida de la diabetes. Y si la diabetes se deja querer, yo la cuido.
	Respuesta de B	1. Que me alivie. Que me alivie.

	Respuesta de C	<p>1. Que me mantenga bien. O sea, que no me defectúe mucho las vistas, los pies, o las manos.</p> <p>2. Yo todos los días me levanto. Pidiéndole al Señor que no me vaya a dejar por ahí tirado. Que el día que me vaya a llevar, que me lleve de una vez. Que no me deje por ahí así mocho, por ahí tirado. Eso es muy berraco. Uno para ahí tirado con un pie mocho o una mano. No soy capaz de resistir eso.</p>
	Respuesta de D	<p>1. Aunque dicen que ese tratamiento que le hacen a uno, por ejemplo esas pastillas, que eso no cura la diabetes, eso es ahí como para tenerlo a uno, como regularlo, mientras que yo me esté tomando los medicamentos y yo me sienta bien, yo no tengo problema.</p>
<p>5</p> <p>Percepción Sobre el Origen de la Enfermedad</p>		
	Respuesta de A	<p>1. Yo la acepté como una prueba para mí para toda la vida y yo me tengo que cuidar. Es que como yo he sido tan terco y tan desobediente, mi Diosito me pone cosas para que yo me pueda cuidar como es</p> <p>2. Yo vengo de una familia diabética. Mi papá y mi mamá son diabéticos. Mi papá ya murió, hace tres años, va para cuatro de haber muerto. Mi mamá está luchando contra esa enfermedad todavía. Entonces, posiblemente, esa era la herencia de Víctor.</p> <p>3. Estaba muy ocupado tomando. Estaba muy ocupado consumiendo drogas. Estaba muy ocupado haciendo cosas del mundo, ¿cierto? Entonces, se le olvidó eso. Y empezó eso, el desborde de los malos hábitos. Por ejemplo, yo desayunaba a las nueve y media de la mañana. Comía a las diez y media de la mañana. A las ocho y media de la mañana, otra vez, o a las once. Almorzaba a las una y media, dos, tres de la tarde. Y yo no almorzaba cosas caseras. Yo almorzaba comidas de restaurantes, comidas de calle, ¿cierto? Todo lo que realmente no se debe comer en exceso. Porque es que todo en exceso es malo. Y yo fui el que me excedí. Y desperté en mí esa enfermedad de la diabetes.</p>

		<p>4. Me excedí en licor, me excedí en droga. Porque el licor me llevó a la diabetes también. Con las malas alimentaciones, con el desborde.</p> <p>5. El estrés, la rabia, la impotencia, el licor, la droga, los malos hábitos, la mala alimentación, las comidas a deshoras. Todo eso se me juntó en una sola semana y casi me mata. Casi me mata. Es más, me mató. Lo que pasa es que me tenían con respirador, pero yo estaba muerto.</p>
	Respuesta de B	<p>1. Quién sabe por qué. Sería porque comía mucho dulce cuando estaba niña. Yo hacía mucho estirado y panelita. Y comía panela, machacaba así, comía. Cuando había quesito me la comía con quesito. Y si no, pues sola. Con una boba comiendo panela sola. Digo, pienso yo así, pero quién sabe.</p> <p>2. Es una enfermedad que me cayó porque yo era muy aliviada. Me cayó de un momento a otro. No sé por qué.</p>
	Respuesta de C	<p>1. Eso es hereditaria. O sea, la azúcar mía es hereditaria. Y de pronto también el consumo de licores. Porque yo, yo cuando era muy joven, yo bebía mucho lo que era la aguardiente. Entonces, no tomaba botella, yo tomaba la garrafa. Pero más que todo, hereditaria. Por ejemplo, mi papá ese diabético, mi tía, la otra tía, casi la mayoría, la única que no es diabética es mi hermana.</p>
	Respuesta de D	<p>1. Pues yo no sé, dicen que muchas veces eso es hereditario. Mi mamá fue diabética. Un hermano mío, murió de diabetes.</p>
6	Relación Emocional con la Enfermedad	
	Respuesta de A	<p>1. Cuando no me salían las cosas. Ira, ¿Sí? Me volvían violento. Me volvían agresivo. ¿Cierto? Todos esos defectos de carácter que hacían en Víctor esa revolución de emociones que me enfermaban, me daban dolor de cabeza, me daban mareo, me daban nacidos, empezaba a sudar. Síntomas que realmente yo no veía en el momento. Porque yo por la noche estaba borracho y se me olvidaba.</p>

2. Porque mi salud dependía mucho de las emociones que sentía en el momento.

3. Hoy la diabetes yo la manejo con mi grado emocional. Porque realmente cuando me está dando rabia algo, yo le entrego y tengo conciencia de lo que realmente está pasando. Y me paro en un punto neutro. No dejo pues que se me desborde la rabia porque va a ser perjudicial para mí, no para X o Y persona. No dejo que la violencia que está arraigada en mí salga y vuelva a llegar a mí. No dejo más tragos como lo hacía antes, hasta el punto de llegar a ahorcar a alguien y casi matarlo, ¿cierto? Por mi borrachera, por mi vicio, bueno, en fin, muchas cosas que hoy la diabetes me permite a mí tener un estilo de vida diferente. Pero realmente el equilibrio emocional en la diabetes es muy importante.

4. Hasta el momento no he caído en un estado depresivo, en un estado triste o aburrido, pues que me vayan a encerrar porque yo soy diabético y que no me puedo comer eso. No, no, no, el pobrecito en mí hoy no está.

5. Yo nunca le había experimentado un dolor tan grande a mi mamá. Pues a lo que me han contado. Esa señora a pie limpio corriendo para el hospital. Ese domingo 9 de febrero a las 5 y media de la mañana corriendo para donde la doctora María José para que me entubaran porque ya yo estaba muerto literal. Eso es mucho dolor. Eso es una cosa que yo todavía le tengo que trabajar demasiado a perdonar.

6. Es duro, es duro uno generar tanto dolor por medio de esas enfermedades.

RELACIONES SOCIALES	1	Significado de las Redes de Apoyo en el Manejo de la Enfermedad	Respuesta de A	1. Le puedo dar el significado, sin embargo, no lo he sentido. El apoyo social en una persona diabética puede ser muy, muy importante. Puede ser muy importante porque es una persona, una persona diabética que no sepa manejar las emociones.
---------------------	---	---	----------------	---

		<p>2. El apoyo social le puede sucumbir muchas cosas a él, a la persona. ¿Cierto? Lo puede sacar de muchos estados. Le puede recordar de que la vida es bonita. ¿Cierto? De que la vida no depende nada más de una enfermedad como la diabetes. De que uno no se debe volver dependiente de que se va a morir por la diabetes.</p>
	Respuesta de B	<p>1. Significa mucho. Que no me den la espalda. Que todos nos sentemos así. Por ejemplo, aquí, así en las navidades, Semana Santa, toda la familia nos reunimos. Una que otra vecina pues como Elisa que se reunió con nosotros en la Semana Santa. Pero muy bueno porque todos nos hablamos, conversamos, chismoseamos. decimos charadas y así.</p>
	Respuesta de C	<p>1. Bastante. Más que todo, por parte de la familia. Porque usted solo, no es lo mismo. Estar con su, por ejemplo, la hija viene, ella me inyecta, ella me toma la glucosa, ella me hace masaje en los pies, la menor. ¿Sí me entiende? A uno le hace falta la familia.</p>
	Respuesta de D	<p>1. En ese sentido, yo no sé. El acompañamiento de los doctores que son los que me tratan. En mi familia, de mis hijos, el que más está pendiente de mi es Felipe</p>
2	Percepción de Redes de Apoyo en la Enfermedad	
	Respuesta de A	<p>1. Pero el primero de abril del 2022 decido buscar ayuda. Estaba solo, me sentía solo. Realmente me había quedado solo. Eh, y busqué ayuda. Busqué ayuda en ese grupo de alcohólicos anónimos y la encontré.</p> <p>2. ¿Un apoyo social es mi señora, mi mamá, mi hermana? Esas mujeres conmigo todos los santos días me dicen no coma tanto. Ese es el apoyo mío.</p> <p>3. Yo nunca le había experimentado un dolor tan grande a mi</p>

mamá. Pues a lo que me han contado. Esa señora a pie limpio corriendo para el hospital. Ese domingo 9 de febrero a las 5 y media de la mañana corriendo para donde la doctora María José para que me entubaran porque ya yo estaba muerto literal.

4. A mi hermana que tiene una vida en Bogotá y tener que salir volada y dejar todo tirado allá. Sus hijas, su nieto, su vida. Para poder seguirme a cuidar allá porque realmente en ese momento yo estaba solo. Yo tenía otra relación y ella se había ido un día antes de la casa y me había dejado tirado literalmente. Por tantos problemas, tanto estrés.

5. Aparece pues Jennifer que era una persona de mi pasado que llevamos 4 años y medio dejados. Aparece en el hospital por obra y gracia del Espíritu Santo. Se dio cuenta. Y yo llegué a las 11 y media y ella llegó a la 1 de la tarde al hospital, y ya se quedó viviendo el proceso conmigo.

6. Entonces como son hermanos alcohólicos... Cuídate, cuídate. Y me llaman la atención. O sea, son muchas recomendaciones. Son opiniones, opiniones que ellos me dan que me cuiden.**5.** Yo sé que es una enfermedad terminal. Que en cualquier momento si yo me descuido, o es la voluntad de Dios, yo me voy a morir. Eso lo tengo claro.

Respuesta de
B

1. A esas viejas les ha dado muy duro. Ay mami, usted haber sufrido esa cosa. Pero así es la vida, la tengo y ya.

2. Que vos estás sufriendo de azúcar. Ah, si hija, si. Que tomate esto, que tomate lo otro.

Respuesta de
C

1. Me aconsejan mucho. Que el dulce, que tomar gaseosa, que el licor, que una cosa que la otra. Yo tengo varios amigos que me aconsejan. Me dicen, me regañan y todo eso. Que mire ya la edad que tengo. Que me cuide. Que me cuide de pronto que vaya. Y de pronto una herida. y me tenga que mochar un pie o una mano. Eso los amigos lo aconsejo mucho a uno.

Respuesta de
D

1. El acompañamiento de los doctores que son los que me tratan. En mi familia, de mis hijos, el que más está pendiente de mi es Felipe

2. Yo no sé, no sé porque por eso le digo, ninguno, el único es

		Felipe y es “Amá si va a ir? Acuérdesse que tiene cita, que tal cosa”, porque como a él le llegan los correos, pero, nadie, ni siquiera me preguntan “ma, cómo está”	
		3. Felipe ha sido el pilar de todo	
AMBIENTE	1	Atención del Sistema de Salud	
		Respuesta de A	<p>1. Antes los psicólogos y los psiquiatras a mí me dijeron que no podía volver a consumir licor, que no podía seguir con los mismos hábitos que traía, que yo consumía droga, que yo fumaba cigarrillos, ¿cierto? Tenía que cambiar esos hábitos, que buscara ayuda porque probablemente tenía problemas.</p> <p>2. A mí siempre me han brindado muy buena atención. Antes le daban prioridad a uno.</p> <p>3. No, para los medicamentos tampoco, nada. No le digo, no. Es que realmente a uno lo tratan bien allá</p>
		Respuesta de D	<p>1. El tratamiento que me está haciendo Sura, lo uno... Ellos a mí, pues cada vez que yo voy a los controles o cada mes que me toca reclamar el medicamento me lo entregan, no tengo problemas, entonces yo lo estoy tomando bastante bien.</p> <p>2. Cuando estaba con Medimas, me mandaban metformina, pero de esa metformina que venden así casi que menudeada, que era como la tableta como a mil pesos. Y fueron como dos años que Medimas no me la dio, Felipe me la compraba porque nunca había.</p> <p>3. Sura sí ha sido muy buena, porque imagínense que en Sura me están dando una caja, me dan 2 cajas de metformina al mes porque me tengo que tomar dos pastillas, entonces son 60.</p>
	2	Conocimiento Sobre la Diabetes	
		Respuesta de A	<p>1. Yo sí soy insulino dependiente, pero como te digo, yo la manejo. Yo me tomo el cuadro de azúcar por la mañana y por la noche. Y si por la mañana estoy bien, ¿para qué me voy a aplicar la insulina? Eso fue lo que me explicó la médica</p>

2. porque en la alimentación pende mucho mi recuperación diaria de la diabetes, aunque yo sé que eso nunca se me va a curar.

3. Una de las cosas que a mí más me recalcaron cuando yo salí del hospital, cuando voy a los controles cada tres meses con ese médico mío, es la alimentación. La alimentación es la base de la diabetes. Si yo me alimento bien, tal vez mi recuperación no sea precaria.

4. A mí me pulcraron en eso. Lo que pasa es que a mí se me olvidó. Hoy es el día que puedo hablar un poquito de la diabetes. No con mucha propiedad, pero sí con un poquito de conocimiento.

5. Que la gente cree que, ah, bueno, yo soy diabético, ay, un mareíto me tomó una pastilla. A los tres o cuatro días me comí un chicharrón, ay, jueputa, me hizo daño la grasa. ¿Sí? Pero no profundiza. Por qué me hace daño la grasa. Si es que yo soy una persona diabética, yo no puedo consumir tanta grasa, ¿cierto? Entonces es eso, la falta de conocimiento es la que nos lleva de pronto a esas recaídas

6. Uno de los mayores hábitos en la vida del diabético es la alimentación.

Respuesta de
B

1. Porque unas veces trae que mochan los pies si uno no se cuida.

Respuesta de
C

1. Sí. De pronto porque muchas veces ya el médico lo coge a uno. Vea, esto así, esto es una cosa, vea. Evite esto, evite esto, evite eso. Mientras que uno, uno nunca ha tenido esa experiencia así con un médico así. O con una persona que lo oriente a uno.

2. Vivir con diabetes es una enfermedad pues que sinceramente no se la deseo a nadie, porque hay personas que sufren la diabetes y se hacen heridas y no son curativas. Como hay personas que sufren diabetes y les sana la herida normal. O sea, es como, se va yendo como a tipos de diabetes, tipo 1, tipo 2, tipo 3

Respuesta de
D

1. Cuando llegué por primera vez a Sura, que me atendían en el Instituto del torax, allá en Medellín, allá sí. Uno no tenía que ir media hora antes de la cita, porque por ahí en un cuarto de hora a uno le daban charlas sobre la alimentación, los cuidados, los

peligros que uno puede tener. Bueno, a ellos le daban mucha charla, le decían también allá, nos decían que en caso tal de algún problema, buscar una sugerencia, nos decían en qué clínicas.

2. La insulina provoca mucho es el desgastamiento de la vista. Lo pone uno a veces, a veces que no, usted no ve. De un momento a otro usted puede quedar ciego. Azúcar, azúcar es una enfermedad muy brava.
