



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO



Facultad de Educación y Humanidades  
Departamento de Ciencias Sociales  
Escuela de Psicología

## **EXPERIENCIAS DE VIVIR CON DIABETES MELLITUS TIPO DOS REPORTADAS POR PERSONAS DE LA PROVINCIA DE ÑUBLE**

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO

---

**AUTOR:  
SÁEZ RIQUELME ALEX DAMIÁN**

**Profesor Guía: Ps. Mercado Aravena Mauricio Alejandro**

**CHILLÁN, 2017**

En estas líneas quiero agradecer a algunas personas que han estado siempre conmigo a lo largo de la vida brindando su apoyo y cariño.

Primero agradecer a mis padres, personas de campo, trabajadoras y sencillas quienes me han enseñado siempre que todo se logra con dedicación, esfuerzo y amor. También por ser quienes siempre me brindaron su apoyo incondicional, estuvieron siempre pendientes por si algo faltaba. ¡Gracias padres míos por todo, ya que todo lo que soy se los debo a ustedes!

También agradecer a mi madrina, a mi Nina quien ha sido un gran apoyo para mí en este proceso universitario. Ella, fue la primera en saber que quería estudiar en la Universidad y sin dudarlo me acompañó e impulsó a seguir mis sueños, abrió las puertas de su hogar, se transformó en mi segunda madre, y siempre tuvo una palabra sabia para mí. ¡Muchas gracias Nina!

Además agradecer a una personita especial que llegó a mi vida hace ya más de un año, por soportar mis mañas, por entregar aliento y alegría. Muchas gracias Alexis por llegar a mi vida y acompañarme en este proceso final.

Finalmente, agradecer a tantas personas que siempre me daban ánimo y cariños, familia en general, amigas y amigos, personas que me demuestran su aprecio y me hacen sentir una persona querida por ustedes.

Muchas gracias a todos...

Alex Damián Sáez Riquelme

## Índice

I. Introducción .....	5
II. Presentación del problema .....	6
II.1. Planteamiento del problema.....	6
II. 2. Justificación.....	7
II.3. Preguntas de investigación primarias y secundarias.....	8
II.3.1. Pregunta primaria.....	8
II.4. Objetivos general y específicos.....	8
II.4.1 Objetivo General .....	8
II.4.2 Objetivos Específicos .....	8
III. Marco referencial .....	9
III.1. Antecedentes teóricos.....	9
III.1.1 Diabetes Mellitus.....	9
III.1.2 Criterios diagnósticos para la diabetes mellitus según su clasificación.....	10
III.1.4. Calidad de vida .....	15
III.1.5. Tratamiento de la DMT2 .....	12
III.1.6. Interferencias generadas por el desarrollo de la enfermedad .....	13
III.1.7 Fases de duelo ante la pérdida de la buena salud .....	14
III.1.7 Formas de apoyo psicosocial.....	18
III.1.8 Creencias sobre la enfermedad crónica.....	22
III.1.9 Enfermedad crónica .....	22
III.1.10 Cambios en los estilos de vida .....	24
III.2. Antecedentes Empíricos .....	26
Políticas a nivel mundial en promoción y prevención del desarrollo de la DMT2.....	26
Prevalencia y políticas públicas a nivel nacional.....	28

Descripción de antecedentes de la Provincia de Ñuble, prevalencia y políticas públicas a nivel provincial enfocados en la DMT2.....	28
III.3. Marco epistemológico .....	30
IV Diseño metodológico.....	32
IV.1. Metodología .....	32
IV.2. Diseño.....	32
IV.3. Técnicas de recolección de información .....	38
IV.4. Población .....	39
IV.5. Análisis de datos propuesto.....	40
IV.6. Criterios de calidad .....	41
IV. 7. Aspectos éticos.....	42
V Presentación de resultados.....	43
VI. Conclusiones.....	55
VII. Conclusión General.....	59
VIII. Referencias Bibliográficas.....	64
IX. Anexos .....	70
IX. 1 Consentimiento informado .....	71
IX.2 Pauta de entrevista para objetivo específico número uno .....	72
IX. 3 Pauta de entrevista para objetivo específico número dos.....	72
IX. 4 Pauta de entrevista para objetivo específico número tres .....	73

## I. Introducción

La presente investigación tuvo como objetivo general caracterizar las experiencias de vivir con diabetes mellitus tipo dos (en adelante, DMT2) reportadas por personas de la provincia de Ñuble. Los objetivos específicos, fueron identificar las creencias sobre su enfermedad que construyen las personas diagnosticadas con DMT2; describir los cambios en el estilo de vida que reportan las personas a partir del diagnóstico de DMT2 y Finalmente analizar las formas de apoyo psicosocial que reconocen las personas como relevantes a partir del diagnóstico de DMT2.

Para llevar a cabo la investigación se utilizó la metodología cualitativa, para así acceder a las experiencias e interacciones de las personas en su contexto natural y en una manera que deje espacio para las particularidades de esas experiencias. Así, en concordancia con el paradigma constructivista, las personas fueron quienes relataron sus experiencias con sus particularidades, todo esto en constante interacción con el sujeto investigador.

El diseño metodológico empleado en este estudio fue el diseño fundamentado, debido a la escasez de estudios y teoría respecto del tema en nuestro país. No se precisó la utilización de un método de investigación apelando a la flexibilidad que otorga la investigación cualitativa para prescindir de ésta durante el proceso de investigación. Finalmente, con los datos recopilados se efectuó un análisis utilizando el método comparativo constante que dio origen a categorías conceptuales, ordenadas y presentadas en los resultados. A partir de éstos, se realizó el proceso de construcción de una conclusión general para demostrar el proceso inductivo de la presente investigación.

Esta investigación desprende ciertos lineamientos enfocados en la psicología de la salud, área de la ciencia psicológica que podría utilizar el conocimiento que se obtuvo específicamente en el trabajo clínico con pacientes recientemente diagnosticados con alguna enfermedad crónica, realizando un trabajo apropiado de contención, psicoeducación y sentar las bases para lograr una correcta adherencia al tratamiento de las personas.

## **II. Presentación del problema**

### **II.1. Planteamiento del problema**

La Diabetes Mellitus tipo II es una enfermedad crónica no transmisible que engloba un grupo de trastornos metabólicos causados por una deficiencia total o parcial de insulina. Se puede presentar en todos los grupos de edad, y puede afectar la calidad de vida, el estado funcional y el sentido de bienestar de las personas que la padecen, así como de su familia (Ledón, 2012).

Desde el enfoque médico, la generación de esta enfermedad acarrea diversas complicaciones y efectos secundarios a nivel físico como las complicaciones a corto plazo relacionadas a la hipoglicemia o la hiperglicemia. Como también a largo plazo (enfermedad cardiovascular, neuropatía, nefropatía y retinopatía), por lo que afecta tanto la duración como la calidad de la vida. Esta enfermedad representa hoy un gran problema de salud, y se ubica como cuarta causa de muerte a nivel global (Ledón, 2012).

En esta enfermedad se ha trabajado y se han considerado las interferencias a nivel psicosocial desde el enfoque cuantitativo, por ejemplo en trabajo realizados por Ortiz y Ortiz (2007) los cuales se han enfocado en medir la relación de la depresión, estrés con sus formas de afrontamiento y apoyo social que mantienen las personas con la adherencia al tratamiento. Ledón (2012) menciona que no se ha profundizado en las interferencias en la familia, grupo de amigos y en el ámbito laboral, tampoco se realiza un abordaje psicológico en los tratamientos estandarizados por el Ministerio de Salud para personas con esta enfermedad crónica en donde se ayude al diagnosticado a procesar adecuadamente el impacto del desarrollo de una enfermedad crónica ni tampoco se realiza un trabajo adecuado de creación de bases para promover la adherencia al tratamiento.

Por otra parte a nivel social, las relaciones pueden verse deterioradas, pues la persona con diabetes puede manifestar limitaciones para desarrollar algunas tareas, favoreciendo un conflicto laboral o doméstico. López (2015) menciona que la participación en eventos sociales se ve igualmente afectada, sobre todo por las limitaciones en el consumo de ciertas sustancias habituales en las celebraciones como azúcares, tabaco o alcohol. Y

todo ello sin hablar de las consecuencias económicas, debidas al gasto que repercute esta enfermedad y su tratamiento.

Es por todo lo antes mencionado que en esta investigación se trabajó en mostrar desde el punto de vista de la investigación cualitativa y desde la psicología, los alcances que conlleva el vivir con esta enfermedad.

## **II. 2. Justificación**

En el ámbito de la relevancia social se considera importante conocer desde el punto de vista de las personas que presentan esta enfermedad cuál fue su experiencia; qué tan contenidos/as, informados/as y acogidos/as se sintieron. Pero no solamente desde el punto de vista individual, sino también a nivel psicosocial. Ante esto, es importante conocer los aspectos psicosociales que envuelven a la/el paciente diagnosticado/a, y como éstos se adaptan a los cambios de las personas que surgen posteriores a su diagnóstico (Blanco y Rodríguez, 2007).

Además, con este trabajo aporta a la psicología de la salud reconociendo y significando las diversas implicancias y características más allá de lo orgánico, enfocándose desde el punto de vista psicológico. También para poder identificar los aspectos que interfieren o favorecen la adherencia al tratamiento, ya que en los/las pacientes crónicos, la adherencia a las recomendaciones médicas es fundamental para alcanzar y mantener un cierto nivel de bienestar (Pozo, Morillejo y Hernández, 2005 en Blanco y Rodríguez, 2007).

También desde la psicología de la salud, se busca conocer los cambios en la calidad de vida enfocada en la salud de las personas (Labiano, 2010) el cual se puede identificar por el estilo de vida que las personas desarrollen, el apoyo familiar y social que perciban y también por los efectos de una enfermedad determinada, las cuales se pueden expresar por las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social.

## **II.3. Preguntas de investigación primarias y secundarias**

### **II.3.1. Pregunta primaria**

¿Cuáles son las características de vivir con DMT2 que reportan personas de la Provincia de Ñuble?

### **II.3.2. Preguntas secundarias**

¿Qué creencias sobre su enfermedad construyen las personas diagnosticadas con DMT2?

¿Qué cambios en sus estilos de vida reportan las personas a partir del diagnóstico de DMT2?

¿Qué redes de apoyo psicosocial identifican las personas como relevantes a partir del diagnóstico de DMT2?

## **II.4. Objetivos general y específicos**

### **II.4.1 Objetivo General**

Caracterizar las experiencias de vivir con DMT2 reportadas por personas de la provincia de Ñuble.

### **II.4.2 Objetivos Específicos**

Identificar las creencias sobre su enfermedad que construyen las personas diagnosticadas con DMT2.

Describir los cambios en el estilo de vida que reportan las personas a partir del diagnóstico de DMT2.

Analizar las formas de apoyo psicosocial que reconocen las personas como relevantes a partir del diagnóstico de DMT2.

### **III. Marco referencial**

#### **III.1. Antecedentes teóricos**

##### **III.1.1 Diabetes Mellitus**

La diabetes mellitus es un grupo de alteraciones metabólicas que se caracteriza por ser un exceso de azúcar de manera crónica, debido a un defecto en la liberación de insulina, a un defecto en la acción de la insulina, o por efecto de ambas causas (Rojas, Molina y Rodríguez, 2012) También coexisten alteraciones en el metabolismo de las grasas y de las proteínas en el caso de la diabetes mellitus tipo dos (en adelante DMT2) (Rojas, Molina y Rodríguez, 2012) Los altos niveles de azúcar en la sangre de manera sostenida en el tiempo se asocia con daño, disfunción y falla de varios órganos y sistemas, especialmente riñones, ojos, nervios, corazón y vasos sanguíneos (Rojas, Molina y Rodríguez, 2012) .

En esta enfermedad crónica, existen diferentes clasificaciones, la diabetes se puede clasificar en prediabetes, diabetes mellitus tipo 1, diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) y la diabetes gestacional (Rojas, Molina y Rodríguez, 2012).

La prediabetes es un estado intermedio entre las concentraciones normales de glucemia y la DMT2 (Rojas, Molina y Rodríguez, 2012).

En niños y adolescentes existe la tendencia a desarrollarse la diabetes mellitus tipo uno, por lo que también es denominada diabetes juvenil, esta enfermedad se caracteriza a ser dependiente de la insulina y propensa a complicaciones como la cetoacidosis (Almaguer, Miguel, Será, Mariño y Oliveros, 2012) Las personas afectadas por la diabetes juvenil tienen que auto-administrarse la insulina que su organismo necesita, lo cual provoca un fuerte rechazo inicial, puesto que supone generalmente, tener que inyectarse dos veces al día (Mussi, 2010)

La DMT2 es más frecuente en personas obesas que presentan resistencia a la insulina, puede tratarse con hipoglucemiantes orales y no es propensa a la cetoacidosis; comprende del 90-95% de todos los casos de diabetes. Es más frecuente en personas de edad media que sobrepasan los 40 años (Almaguer, Miguel, Será, Mariño y Oliveros, 2012).

La cetoacidosis es una complicación grave aguda de la diabetes caracterizada por altos niveles de glucosa en sangre y en la orina, que provoca deshidratación, disminución del ph

sanguíneo, vómitos, dolor abdominal, aumento de la frecuencia respiratoria y si no se corrige produce la muerte (Almaguer, Miguel, Será, Mariño y Oliveros, 2012).

Finalmente, la diabetes mellitus gestacional se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa con inicio o reconocida por primera vez durante el embarazo. Aunque la mayoría de los casos se resuelven con el parto, la definición se aplica si persiste o no después de la gestación. Afecta alrededor del 7% de todos los embarazos (Almaguer, Miguel, Será, Mariño y Oliveros, 2012).

### **III.1.2 Criterios diagnósticos para la diabetes mellitus según su clasificación**

La Organización Mundial de la Salud (2012) recomienda que para el diagnóstico de prediabetes que es un estado intermedio entre las concentraciones normales de glucemia y la DMT2 la glucosa basal alterada debe estar en rangos entre 6,1-6,9 mmol/l en ayunas y glucemia a las 2 h de una carga oral menor que 7,8 mmol/l (140 mg/dl), y la diabetes se diagnostica cuando la glucemia en ayunas es mayor o igual que 7,0 mmol/l (126 mg/dl) o de 11,1 mmol/l (200 mg/dl) a las 2 horas de una carga oral de glucosa.

El diagnóstico de diabetes gestacional requiere la determinación en las mujeres, como mínimo de dos de los siguientes valores de glucosa en plasma: ayunas  $\geq 5,3$  mmol/l, una hora  $\geq 10,0$  mmol/l, dos hora  $\geq 8,6$  mmol/l y tres horas  $\geq 7,8$  mmol/l (Almaguer, Miguel, Será, Mariño y Oliveros, 2012).

### **III.1.3. Diabetes Mellitus tipo dos**

La DMT2 es una enfermedad crónica no transmisible que engloba un grupo de trastornos metabólicos causados por una deficiencia parcial de insulina (Ledón, 2012). Para Durán, Rivera y Franco (2001) la DMT2 es una enfermedad en la que el sujeto presenta alteraciones y una relativa o absoluta deficiencia de la liberación de insulina con grados variables de resistencia a ésta. La insulina es una hormona liberada por las células pancreáticas en respuesta a niveles elevados de nutrientes en sangre, controlando funciones energéticas críticas como el metabolismo de la glucosa y de lípidos (Olivares y Arellano, 2008). Estos autores también indican que la insulina es la encargada de mantener la concentración de glucosa en la sangre en rangos normales que oscila entre

70 y 180 mg/dl de glucosa en sangre (OMS, 2010) favoreciendo la entrada y el almacenamiento de este nutriente en los músculos y tejidos (Olivares y Arellano, 2008).

La DMT2 se puede presentar en todos los grupos de edad, y puede afectar la calidad de vida de las personas (Ledón, 2012).

La respuesta al diagnóstico de una enfermedad crónica siempre tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas (Vinaccia y Orozco, 2005). La gran cantidad de aspectos psicosociales que hacen parte de los cuidados en las enfermedades crónicas surge de las respuestas individuales de los pacientes, las familias, los amigos y la sociedad, frente al diagnóstico y al pronóstico de una enfermedad crónica (Vinaccia y Orozco, 2005).

Al enfocarse en algunas etapas evolutivas del desarrollo humano, se observa que la adolescencia es una etapa sensible y difícil de superar, por lo que al sumar la presencia de diabetes mellitus más las características psicológicas propias del adolescente es probable que surjan frustraciones y ansiedad, asociadas a una enfermedad crónica difícil de llevar (Mussi, 2010).

Gottlien (1991, visto en Mussi, 2010) indica que los adolescentes tienen una necesidad especial de sentirse normales, por lo que experimentan fuertes reacciones frente a los acontecimientos estresantes que les hacen parecer desviados. A nivel psicológico los/las adolescentes tienden a sentir miedo al dolor y a la dependencia de por vida, surgen además creencias irracionales sobre el efecto del consumo de medicamentos, también existe temor a los cambios, a las privaciones alimenticias y a las consecuencias en las relaciones sociales y familiares (Mussi, 2010).

En la adultez, la DMT2 suscita modificaciones en áreas significativas de la vida como el trabajo, la familia, la pareja, la sexualidad, relaciones interpersonales y con la comunidad (Ledón, 2012) El carácter crónico de la DMT2 define uno de los mayores impactos sobre los procesos de identidad y de vida, pues los sujetos sienten que han dejado de ser "sanos/as" para convertirse en "enfermos/as" (Ledón, 2012). Otros cambios a nivel psicológico tienen que ver con la sensación de falta de control sobre la enfermedad, los temores e inseguridades respecto a la salud y el cuerpo, la pérdida o disminución de motivaciones, la inquietud o nerviosismo, la aprehensión, los trastornos del sueño y de los patrones nutricionales (Ledón, 2012) También por la hostilidad, la labilidad emocional, las manifestaciones psicosomáticas (dermatológicas, gastrointestinales y cardiovasculares), las dificultades en los procesos de reconstrucción de la imagen corporal, de la autoestima,

y en algunos procesos cognoscitivos (memoria, atención, concentración), el aislamiento social, así como la pérdida del sentido de la vida (Ledón, 2012).

No resulta sorprendente entonces que la co-ocurrencia de síntomas depresivos y DMT2 incida en una peor calidad de vida (Ledón, 2012).

#### **III.1.4. Tratamiento de la DMT2**

Mediavilla (2015) menciona que se deben considerar diversos aspectos al recomendar un tratamiento a las personas que hayan desarrollado DMT2. Por ejemplo, se ha de considerar los aspectos fisiopatológicos, los efectos secundarios de los medicamentos, la comorbilidad y las preferencias de la persona (Mediavilla, 2015). Antes de comenzar el tratamiento farmacológico de la DMT2 se deben tomar medidas no farmacológicas como las modificaciones a los estilos de vida donde se debe mantener una alimentación equilibrada, se debe realizar actividad física y control del peso, lo cual contribuirá al manejo adecuado de la enfermedad (Mediavilla, 2015). La alimentación equilibrada y variada se debe mantener a lo largo de toda la vida del/la paciente, se aconseja una dieta hipocalórica junto con un adecuado programa de ejercicio físico para facilitar el control de la glicemia, los factores de riesgo cardiovascular, la pérdida de peso, el perfil lipídico y el grado de bienestar (OMS, 2016). En este sentido, Murillo (2015) menciona que las personas por lo general atribuyen que el problema se podría resolver reduciendo o eliminando los azúcares de la alimentación. Pero esto no es suficiente para controlar la diabetes correctamente, ya que los alimentos que contienen hidratos de carbono son los que aumentarán los niveles de glucosa en sangre.

Murillo (2015) menciona que la cantidad de hidratos de carbono se debe adaptar a cada persona según sus características personales y especialmente sus niveles de actividad física. Así las cantidades de alimentos como pan, arroz, pasta o legumbres se deberán aumentar en personas que realizan ejercicio físico de forma habitual y reducir en aquellos otros más sedentarios. De esta forma Las personas que siguen tratamiento con insulina o medicación oral que pueda dar lugar a hipoglucemias deberán prestar especial atención, manteniendo cantidades de hidratos de carbono similares en cada una de las comida del día. Con ello, se evitarán desequilibrios que puedan causar hipoglucemia o hiperglucemia (Murillo, 2015).

En el ámbito de la actividad física se debe animar a las personas a realizar al menos 150 minutos a la semana de ejercicio aeróbico de intensidad moderada, o de ejercicio contra resistencia tres veces por semana (Mediavilla, 2015).

La meta del tratamiento debe individualizarse caso a caso, ya que las personas en los extremos de la vida suelen ser más vulnerables a los efectos de la hipoglicemia. La meta del tratamiento en la gran mayoría de los pacientes diabéticos es lograr un nivel de HbA1c inferior a 7% reportados en el exámen de hemoglobina glicosilada (MINSAL, 2010). Si no se consiguen las metas de control glicémico, se debe iniciar tratamiento farmacológico (Gil, Sil, Domínguez, Torres y Medina, 2013) donde se debe evaluar la función renal y la comorbilidad asociada (Gil y otros, 2013). Este tratamiento consiste en la ingesta de medicamentos hipoglucemiantes, los cuales producen una disminución de los niveles de glicemia luego de su administración por vía oral. El más utilizado es la Metformina (Gil y otros, 2013). Cuando el control glicémico no sea adecuado se debe añadir sulfonilureas, y en una tercera etapa, si no se logra cumplir con el control glicémico se debe utilizar insulina inyectable (Gil y otros, 2013).

### **III.1.5. Interferencias generadas por el desarrollo de la enfermedad**

La DMT2 genera profundos impactos o interferencias relacionadas con las complicaciones a corto y largo plazo (Ledón, 2012). Para denominarse complicación a corto plazo, la enfermedad debe estar diagnosticada durante un año, y se manifiesta a través de la hipoglicemia que es la baja de glucosa en sangre, esta se presenta cuando existen niveles de glicemia menores a 60 mg/dl, o la hiperglicemia que son alzas de glucosa en sangre y se observa cuando en ayuno existen niveles de glucosa sobre 126 mg/dl o también luego de dos horas después de comer hay un nivel del 200 mg/dl de azúcar en sangre. Los rangos normales de glucosa en sangre para una persona con DMT2 son de 70 a 180 mg/dl dos horas después de haber comido (MINSAL, 2010).

Por otra parte para ser denominada complicación de largo plazo, el diagnóstico debe estar realizado hace más de cinco años y se observa a través de problemas renales graves, problemas a la visión o a través de daños graves al sistema circulatorio (Sabag, Álvarez, Celiz, Gómez, 2006).

La DMT2 También afecta en la psiquis de las personas donde pueden expresar con relativa frecuencia sintomatología psicopatológica, especialmente ansiedad, depresión, sentimientos de culpabilidad y auto-reproches cuando no se cumple con las indicaciones encomendadas (Pereira y otros, 2009, vistos en Ledón, 2012).

Pineda y otros (2004) mencionan que en algunos casos se presenta depresión de diversa gravedad, tanto en el período de duelo que acompaña al conocimiento del diagnóstico, como por los cambios de hábitos que implica el manejo de la enfermedad. También se asocia con ansiedad, rabia, hostilidad y vulnerabilidad. Asimismo se ha observado una gran tendencia a las preocupaciones, experiencias de enojo y frustración; culpa, tristeza, desesperación y un inadecuado manejo del estrés (Pineda y otros, 2004).

### **III.1.6 Fases de duelo ante la pérdida de la buena salud**

Kübler-Ross (2005, vista en Miaja y Moral, 2015) indica que el duelo es una reacción natural y necesaria ante la pérdida de un ser querido (familiar, amigo o mascota) o de una condición civil (divorcio), judicial (privación de la libertad) o de salud (enfermedad crónica). Desde el punto de vista del constructivismo, el duelo es un proceso emocional y como tal tiene que ver con cómo las personas construyen los acontecimientos que ocurren alrededor suyo (Fernández y Rodríguez, 2002). Dicha construcción depende de creencias y valores propios de la cultura, ya que se asume que no existe un programa de conducta innato, independiente de dichos valores culturales (Fernández y Rodríguez, 2002). Para estos autores “duelo es el proceso por el que quien lo realiza es capaz de reconstruir su mundo sin el objeto perdido” (...) “Se trata de dotar de un nuevo sentido los elementos con los que el sujeto debe construir su realidad” (Fernández y Rodríguez, 2002, p. 102).

Miaja y Moral (2005) consideran que los síntomas emocionales y conductuales evidenciados por las personas que padecen alguna enfermedad crónica son reacciones adaptativas ante la enfermedad, y no trastornos psicopatológicos, ya que paulatinamente los pacientes se van acostumbrando a los cambios y pérdidas que van viviendo y con ello van disminuyendo las reacciones desadaptativas.

Ante estas definiciones es posible mencionar entonces que la pérdida de la buena salud genera en algunas personas sentimientos similares al proceso de duelo. Se define por duelo ante la pérdida de la salud como “un conjunto de reacciones físicas, emocionales y sociales producidas por una pérdida en general, y puede oscilar desde un sentimiento de

tristeza, hasta la desolación, que, en los casos más graves puede durar años e incluso toda la vida (Echeburúa, 2004 visto en Echeburúa, De corral y Amor, 2005, p. 165).

Las fases por las cuales pueden pasar una personas al conocer la presencia de alguna enfermedad crónica en su vida según Kübler-Ross (2005, vista en Miaja y Moral, 2015, p.p. 5-6 ) son:

“La *negación* se refiere a la imposibilidad de reconocer como un hecho real que se padezca la enfermedad (“*No creo estar enfermo*”). La *ira* es definida como una reacción emocional de hostilidad, envidia y resentimiento por haber perdido la salud y es dirigida hacia todo el entorno, ya sea personal sanitario, familiares, amistades, incluso hacia Dios (“*¿Por qué a mí?, es injusto tener está enfermedad*”). El *pacto/negociación* se refiere a hacer promesas para alcanzar metas terapéuticas, de supervivencia o desarrollo personal (“*Dios, prometo ser una mejor persona, si me ayudas a recuperar mi salud*”). La *depresión* se refiere a sentimientos de un profundo vacío y dolor, adoptándose una actitud de claudicación ante la enfermedad (“*Siento que no hay nada por lo que luchar*”). La *aceptación* es definida como el reconocimiento de la enfermedad y situación de dolor y limitaciones que conlleva, sin buscar culpables, ni adoptar una posición de derrota, sino asumir una actitud responsable de lucha y supervivencia (“*Acepto el hecho de tener la enfermedad y hago todo lo posible por adaptarme a los cambios que involucra la enfermedad*”).”

### **III.1.7. Calidad de vida**

Se entiende que la calidad de vida es un estado y un proceso resultado de la interacción de múltiples dimensiones o subsistemas (Salas y Garzón, 2013). Este concepto es resultante de una construcción personal subjetiva e interactiva donde se articulan múltiples componentes (Labiano, 2010) como las dimensiones biológicas, con aspectos subjetivos (emociones, motivaciones, valores, pensamientos, procesamiento y estructuración de la

realidad), así como con el entorno físico (ambiente, territorio) y la calidad de las interacciones sociales (Labiano, 2010).

Dennis, Williams, Giangreco y Cloninger (1993, vistos en Salas y Garzón, 2013) indican que existen dos formas de medir o definir la calidad de vida, los enfoques cuantitativos, cuyo propósito es operacionalizar la calidad de vida y enfoques cualitativos que adoptan una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos, problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente (Salas y Garzón, 2013). Desde lo cuantitativo se pueden considerar indicadores Sociales que se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda (Salas y Garzón, 2013). Indicadores psicológicos que hablan de las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales; y Ecológicos que se refieren al ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente (Salas y Garzón, 2013).

Desde otro punto de vista la Organización Mundial de la Salud (2010), menciona que la Calidad de Vida se define como el estado de completo bienestar físico, mental y social de una persona, y no es solo la ausencia de síntomas o de una afección determinada. En el ámbito del bienestar físico influyen hábitos de alimentación saludable y la práctica de la actividad física (Labiano, 2010) en la alimentación saludable es necesario mantener pautas de alimentación adecuadas, la comida diaria determina lo que ocurre en el cuerpo a nivel celular y metabólico, donde se originan los procesos vitales y donde también se pueden originar enfermedades (Cantón, 2001). La actividad física puede controlar o prevenir problemáticas de la presión arterial, obesidad, dolores de cabeza, diabetes y otras diversas afecciones (Labiano, 2010); la actividad física contribuye a quemar calorías, contrarrestar enfermedades asociadas a la obesidad, ayuda a controlar el apetito, aumenta y acelera la tasa metabólica (Cantón, 2001).

En el ámbito del bienestar psicológico Ardila (2003), menciona que la persona necesita sentirse sana, productiva, segura y también debe ser capaz de expresar sus emociones y compartir su intimidad.

Finalmente, en el ámbito del bienestar social Singer (1996, visto en Labiano, 2010), menciona que un componente fundamental de la calidad de vida de las personas, es la

capacidad de mantener relaciones positivas y de desarrollar sentimientos de empatía, afecto por otros y lograr un sentimiento de intimidad, así como dar orientación y guía a otros.

Patrick y Erickson (1993, vistos en Robles, 2010), entienden el concepto calidad de vida como el valor asignado a la duración de la vida con sus modificaciones por impedimentos, estados funcionales, oportunidades sociales, que es influido por las enfermedades, lesiones o tratamientos. En relación a la DMT2 que es una enfermedad metabólica crónica con consecuencias, tratamientos complicados, que por cierto es de altísima prevalencia en la población, afecta de forma importante en la calidad de vida de las personas que la desarrollan (Robles, 2010).

La promoción y facilitación de la calidad de vida individual y colectiva deben tenerse cada vez más en cuenta tanto en la prevención de la enfermedad como en la planificación sanitaria (Kaplan 1994, visto en Salas y Garzón, 2013) Existe evidencia empírica de que la calidad de vida se puede mejorar actuando tanto en forma preventiva como a través del tratamiento de la enfermedad (Spilker, 1990, visto en Salas y Garzón, 2013).

Argyle y Evans (1993, vistos en Salas y Garzón, 2013), mencionan que algunas estrategias para aumentar la calidad de vida son el desarrollo de la autoeficacia y la autoestima, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y de solución de problemas para mejorar el nivel general de funcionamiento, por ejemplo pensar en hechos agradables, ver películas divertidas, escuchar música alegre, decirse autoinstrucciones positivas, aumentar las actividades agradables, tener buenas relaciones con los demás, contar con sistemas de apoyo social adecuados, participar en actividades de ocio y trabajo satisfactorias.

Desde el punto de vista de la salud, existe el concepto de calidad de vida enfocada en salud, la cual según Salas y Garzón (2013) es la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social.

La práctica médica tiene como meta preservar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades. En este sentido, las personas con enfermedad crónica requieren evaluaciones con relación a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida (Velarde y Avila, 2002).

Ante esto la atención en salud se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la calidad de vida de la persona (Salas y Garzón, 2013). Son muchos los clínicos e investigadores que plantean la utilización de la calidad de vida relacionada con la salud como un indicador de evaluación, fundamentalmente en las enfermedades crónicas, ya que las mediciones clínico/fisiológicas tradicionales proveen información para el clínico, pero tienen un limitado interés para el paciente, ofreciendo a menudo un correlato pobre de la capacidad funcional y el bienestar, áreas que son más familiares y que despiertan mayor interés en los pacientes.

Si se habla de la forma de evaluar la calidad de vida debe reconocerse que existen diversas maneras de cuantificarlas (Salas y Garzón, 2013). Las medidas varían desde aquellas que son objetivas y fáciles de medir, como la muerte; otras que se basan en parámetros clínicos o de laboratorio (insuficiencia de un órgano), hasta aquellas que se basan en juicios subjetivos (Velarde y Ávila, 2002)

Debido a que algunos de los componentes de la calidad de vida no pueden ser observados directamente, éstos se evalúan a través de cuestionarios que contienen grupos de preguntas, como por ejemplo The Diabetes Quality of Life: DQOL (Parkerson, Connis y Broadhead, 1993) y The Diabetes Specific Quality of Life Scale for patients With Type I Diabetes: DSQOLS (Bott, Muhlhauser y Overmann, 1998) ambos validados en Estados Unidos y Alemania respectivamente (Velarde y Ávila, 2002)

En teoría, se asume que hay un valor verdadero de la calidad de vida y que puede medirse indirectamente por medio de escalas confiables y que constituyen una herramienta complementaria para evaluar la respuesta al tratamiento (Velarde y Ávila, 2002).

### **III.1.8 Formas de apoyo psicosocial**

#### **III.1.7.1. Apoyo psicosocial**

Se puede deducir que las personas se encuentran en constante intercambio con el medio que les rodea a través de las conductas, el intercambio con el entorno y éste cambiando a la persona (Blanco y Rodríguez, 2007). Lo que produce una interacción que se origina entre la persona y el contexto que lo rodea, y donde interfieren y apoyan los grupos

sociales de referencia sumado a las características físicas y sociales del entorno, en conjunto con necesidades, motivaciones y recursos psicológicos que la propia persona percibe de sí (Blanco y Rodríguez, 2007). Un ejemplo concreto de esto, es la creación de alguna red de apoyo psicosocial. En el ámbito de las personas que han desarrollado DMT2, surge la necesidad de formar redes de apoyo psicosocial, las cuales pueden materializarse como grupos de apoyo psicosocial en diabetes, el cual Seevers (1991, visto en Mussi, 2010), lo define como un conjunto de personas diabéticas, y/o su familia o cuidadores, que se reúnen de forma regular con el objetivo de cubrir necesidades de educación y/o de apoyo social. En donde se busca la implicación de la familia y de las personas relacionadas con el cuidado de la diabetes, lo que resalta el hecho de que esta enfermedad, como cualquier otra afección crónica, no afecta únicamente al paciente (Mussi, 2010). Por otro lado, la educación es un elemento importante, que debe ser considerada como una labor continua, no limitado a un programa de conocimientos básicos, ya que constantemente se realizan avances y además, la situación del diabético cambia tanto en distintas fases de la enfermedad como en el transcurso del ciclo vital (Barra, 2003).

Frente al diagnóstico de la enfermedad crónica es necesario que las personas reciban en su contexto psicosocial el apoyo o contención necesarios para integrar el nuevo estilo de vida que deberán comenzar. Para eso se necesitará del apoyo que su grupo de referencia pueda brindar o las demás redes que puedan existir para favorecer el bienestar de la persona diagnosticada con DMT2 (Ledón, 2012). Con el fin de satisfacer diversas necesidades como la necesidad de tener el apoyo de otros diabéticos para estar seguros de ser normales y comprobar que otros utilizan las mismas estrategias (Mussi, 2010), la necesidad de expresar sentimientos y pensamientos tanto para sí mismos como dirigidos al equipo médico, la familia, los compañeros de trabajo y los amigos (Musii, 2010), la necesidad de desarrollar habilidades específicas para manejar directamente los conflictos interpersonales y el estrés resultante con el objeto de poder resolver los problemas de adherencia sin experimentar excesiva dependencia del equipo médico (Mussi, 2010).

Considerando lo expuesto se entiende como apoyo psicosocial a los procesos interactivos en donde se obtiene ayuda emocional, instrumental y afectiva de la red social que rodea, teniendo un efecto protector sobre la salud y amortiguador del estrés que supone una

enfermedad (Ponce, Velázquez, Márquez, López y Bellido, 2009). Este generará un efecto protector o benefactor sobre múltiples parámetros relacionados con la salud (Barra, 2003).

### **III.1.7.2 Redes de apoyo psicosocial**

Fuster (1997, visto en Arias, 2009), menciona que el apoyo social se constituyó como modelo teórico y como campo de investigación en la década del '70. Es entonces cuando se produce un redescubrimiento del valor de las redes de apoyo y se consolida. El trabajo basado en el apoyo social tuvo desde sus orígenes una fuerte tradición antropológica y se centró fundamentalmente en el estudio de aquellos que se encontraban en desventaja social o que sufrían diversas prácticas de discriminación (Arias, 2009).

Específicamente, en el campo de la Psicología, los conceptos de red social y apoyo psicosocial se han desarrollado y aplicado a diversas prácticas de índole preventivas y terapéuticas tanto en el abordaje de familias, como de grupos, instituciones y comunidades resaltando su utilidad para la resolución de situaciones críticas (Arias, 2009). Montero (2012), indican que la red de apoyo psicosocial es un soporte donde los individuos encuentran protección y apoyo, lo que permite la satisfacción de necesidades gracias al soporte ofrecido en el contacto con el otro. También mencionan que es una forma de organización social donde se produce el intercambio continuo de ideas, servicios, objetos y modos de hacer (Montero, 2012).

Existen diferentes tipos de redes las cuales se clasifican según los actores involucrados como redes interpersonales, que son las que se establecen entre diferentes miembros de la comunidad que no se encuentran en ningún grupo organizado (Montero y Goncalvez, 2012). También existen las redes intergrupales, que están constituidas por diferentes grupos organizados de la comunidad o externos a esta (Montero y Gocalves, 2012).

Por otro lado, las redes según su funcionamiento pueden ser circunstanciales o estables. Las redes circunstanciales son las que se activan en un momento particular para solventar una situación específica y que desaparecen una vez resuelta esa situación y las redes estables son las que mantienen los mecanismos de relación e intercambio de manera permanente y que se activan con frecuencia por situaciones emergentes (por ejemplo aparición de una enfermedad) o para ejecutar proyectos (Montero y Gocalves, 2012).

Finalmente, según su estructura, Montero (2012) indica que existen redes espontáneas o institucionalizadas. Las redes espontáneas son aquellas de carácter flexible e inductivo donde las relaciones de los actores se establecen de modo natural en el espacio de lo cotidiano en cambio las redes institucionalizadas son de carácter formal y deductivo, porque su estructura y organización están establecidas. En este caso, se puede mencionar a las redes que tienen como fin el brindar la atención, información y apoyo en caso de presentarse una enfermedad como por ejemplo los centros de salud familiar, hospitales comunitarios o los hospitales de la macro red de salud. Los cuales se encuentran establecidos bajo normas y criterios establecidos por el Ministerio de Salud de Chile.

Desde otro enfoque, Sluzki (2014), define a la red de apoyo como un tejido relacional estable pero en evolución que comprende a familiares y amigos, también son las relaciones de estudios y las que resultan de la participación en las organizaciones comunales formales e informales incluyendo las religiosas, las sociales como juntas de vecinos, grupos de autoayuda, las recreativas como los centros de madres, clubes deportivos, etc., y vocacionales como grupos de catecismos, conventos, seminarios entre otras.

Para este autor, la red de apoyo cumple un papel de ayuda a proveer sentido de vida, retroalimenta cotidianamente las desviaciones de la salud, propicia actividades que se asocian positivamente con sobrevida y que orientan al cuidado y a la promoción de la salud Sluzki (1998, visto en Arias, 2009).

La red de apoyo puede ser evaluada en lo que respecta a sus características estructurales, funcionalidad y atributos de los vínculos que la componen (Arias, 2009).

“Las características estructurales se refieren a la cantidad de personas que la conforman, la interrelación entre los miembros, la ubicación de relaciones en los cuadrantes y círculos del mapa de red” (Sluzki 1996, visto en Arias 2009, p. 156).

Sluzki, (1998 visto en Clemente, 2003) hace dos distinciones básicas de la red de apoyo y las subdivide en: a) Apoyo diario psicológico b) apoyo instrumental. El Apoyo diario psicológico es la interacción placentera que brinda apoyo de crisis cuando hay situaciones conflictivas donde se ayuda a adaptarse a la situación crítica (Sluzki, 1998 visto en Clemente, 2003). El apoyo instrumental se refiere al apoyo material el cual se ofrece de

manera diaria y se colabora con material tangible en momentos de crisis (Sluzki, 1998 visto en Clemente, 2003).

Por lo expuesto, se considera al apoyo social como un concepto complejo que incluye múltiples fenómenos como demostrar cariño, ayudar a alguien a pertenecer a asociaciones comunitarias, sentirse querido, acompañado y brindar ayuda en caso de enfermedad (Clemente, 2003).

### **III.1.8 Enfermedad crónica**

Para la OMS (2003, en Blanco y Rodríguez 2007) se consideran crónicas las enfermedades que sean permanentes en el tiempo, que conduzcan a una incapacidad residual, que sean causadas por una alteración patológica no reversible y que además deben requerir de la/el paciente un entrenamiento para su rehabilitación, siendo necesario un largo período de seguimiento y cuidados médicos.

Bishop (2005, visto en Avendaño y Barra, 2008) menciona que enfrentarse a una enfermedad crónica es un evento estresante y un gran desafío adaptativo, que implica cambios en el estilo de vida y un proceso de ajuste, a veces de por vida a diversos cambios físicos, psicológicos, sociales y ambientales que conlleva la enfermedad y su tratamiento, pudiendo eventualmente generar una incapacidad permanente en quien la padece. También Grau (2005, visto en Avendaño y Barra, 2008), indica que el diagnóstico de una enfermedad crónica resulta una experiencia inesperada, traumática y desestabilizadora.

Ante el diagnóstico de la enfermedad, el sistema de salud garantiza a las personas tratamiento farmacológico que permite retrasar o disminuir los efectos de vivir con ella, pero no se encarga de intervenir en los aspectos psicosociales que conlleva (Ledón, 2012).

### **III.1.9 Creencias sobre la enfermedad crónica**

Resulta importante conocer cuáles son las ideas o creencias que las personas tienen de su enfermedad para explicar y predecir el comportamiento preventivo en salud, considerándose éste como el resultado de una función interactiva de ciertas creencias que

las personas tienen (Cabrera, Tascón y Lucumí, 2001). Estas creencias se desarrollan desde un punto de vista cognitivo/perceptivo, otorgando una valoración subjetiva de una determinada enfermedad (Soto, Lacoste, Papenfuss y Gutierrez, 2013). En términos de salud, el valor subjetivo será el deseo de evitar la enfermedad o padecimiento o la prevención o mejoría de la salud (Soto, Lacoste, Papenfuss y Gutierrez, 2013).

Considerando lo antes mencionado, se utilizará el modelo de creencias en salud, el cual, es uno de los primeros enfoques conceptuales que se han desarrollado para explicar por qué las personas se involucran o no en ciertas conductas relacionadas con la salud (Barra, 2003).

El modelo de creencias en salud se propuso para explicar y predecir el comportamiento preventivo en salud o la adherencia al tratamiento, considerando el resultado de una función interactiva de ciertas percepciones u opiniones que las personas forman en torno al desarrollo de una enfermedad (Cabrera, Tascón y Lucumí, 2001). El modelo indica que para evitar la aparición de una enfermedad, la persona necesita creer varias cosas. Que la persona es susceptible de sufrir alguna enfermedad, que la ocurrencia de la enfermedad puede tener una severidad moderada en su vida y que tomar una acción factible y eficaz en particular puede ser benéfico al reducir la susceptibilidad o su severidad, superando o representando mayor importancia que las barreras psicológicas acerca de costos, conveniencia, dolor, incomodidad del examen o de la acción preventiva (Cabrera, Tascón y Lucumí, 2001).

Para estos autores la susceptibilidad consiste en una percepción subjetiva del riesgo de contraer una determinada condición de salud como por ejemplo el desarrollo de DM2 e incluye la aceptación de diagnósticos, la valoración personal de nuevas susceptibilidades, entre otras. La severidad se relaciona con la percepción individual de cuán dañina es la enfermedad, de su no-intervención o tratamiento cuando se presenta. En diversos estudios esta dimensión ha sido dividida en la severidad de la enfermedad en particular y la severidad de los efectos físicos, socioeconómicos y mentales que puede causar a la persona (Cabrera, Tascón y Lucumí, 2001).

Por otra parte, Barra (2003) menciona que una persona puede desarrollar una mejor conducta en salud o adherencia al tratamiento de una enfermedad crónica si la persona cree que el tratamiento será efectivo y que los beneficios serán mayores a los costos. Sumándose además la autoeficacia percibida individualmente, que según Cid, Orellana y

Barriga (2010) es la sensación de competencia total de la persona que la habilita para enfrentar nuevas tareas y hacer frente a una gran variedad de situaciones difíciles, lo que hace más probable iniciar y mantener una conducta especialmente en enfermedades que implica un cambio notorio en los estilos de vida.

El modelo de creencias en salud ha servido de base para efectuar una amplia variedad de investigaciones y programas de prevención e interés, en temas como prevención del Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), para predecir adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas entre otros (Barra, 2003).

### **III.1.10 Cambios en los estilos de vida**

El desarrollo de DMT2 exige de quienes la generan readecuaciones en sus estilos de vida, requieren de una atención esmerada, cotidiana, considerando varios aspectos a la misma vez; exige modificar costumbres, hábitos y creencias, que probablemente han jugado un rol importante en los procesos de identidad de los sujetos, desde el punto de vista personal, familiar y social (Ledón, 2012) Las enfermedades crónicas reducen la calidad de vida de las personas, provocan un desajuste en las relaciones sociales, ocasionan un importante incremento del estrés y en muchas ocasiones entorpecen las actividades de la vida diaria, (Blanco y Rodríguez, 2007). Ante esto, surgen cambios en sus estilos de vida que deberán ser abordados a nivel individual donde la persona es concebida como protagonista del control sobre el cambio de comportamiento, control que tendría sobre la “cognición” y sobre sus intenciones y motivaciones, desde el principio hasta el final del proceso de cambio inclusive. En este modo individual, se debe de conocer cuál es la actitud de las personas ante el diagnóstico y ajuste a una enfermedad crónica. La actitud se define según Álvarez (2010) como un juicio evaluativo de un objeto social, donde las personas en el mundo social hacen evaluaciones ante los diferentes fenómenos de la realidad. Zanna y Rempel (1988, vistos en Álvarez, 2010 ) incluyen en la actitud una estructura tripartita, en la cual uno de sus componentes, el cognitivo, se relaciona con las creencias que tiene el individuo respecto al objeto social o a una determinada práctica o hábito de salud (consumo de alimentación balanceada, consulta médica regular, entre otras). Dentro del modelo de la actitud, dicho componente tiene un efecto de primacía sobre el segundo componente (el “afectivo”), es decir, los sentimientos que se

experimentan frente a dicho objeto o comportamiento que se practica –para el caso, un comportamiento saludable o no saludable–; el tercer componente es la “intención de acción”, la que puede convertirse o no en una práctica saludable.

Por otra parte, a nivel social los cambios se originan produciendo, obteniendo y fortaleciendo nuevos recursos conducentes a los cambios deseados por las mismas personas en su entorno más cercano (Montero, 2006) la definición anterior habla de cómo las personas diagnosticadas elaboran aprovechando los recursos que tienen a mano para poder adaptarse a un nuevo estilo de vida, apoyadas/os por su red más cercana, en conjunto a la red de ayuda comunitaria que pudiese existir. Montero (2006) a través de la psicología social comunitaria intenta fortalecer los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y así lograr que los individuos ejerzan ese control sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan.

Investigaciones anteriores realizadas por Rondón (2011) el cual menciona que en el área de la DMT2 se demuestra la importancia de las variables psicosociales como factores de riesgos o protectores en la enfermedad y que el tratamiento médico de la DMT2 consiste en ejercer un control externo sobre la glucosa. También Ledón (2012) Indica que los procesos de salud y de atención de salud de personas que viven con DMT2 incluyen un grupo de momentos, etapas y experiencias con potencial para causar severos impactos desde el punto de vista psicológico y social. Entre ellos se encuentran el inicio de la enfermedad, la comunicación del diagnóstico, los aspectos involucrados en el auto-manejo para lograr el control de la DMT2, los momentos de descompensación metabólica, la aparición de complicaciones, en especial las crónicas, y la interacción del sujeto con diferentes actores sociales, dentro de los que cabe destacar la familia y las/os proveedoras/es de salud.

En el aspecto de las redes de apoyo psicosocial, Martínez y Torres (2013) indican que las familias en general refuerzan positivamente las conductas adecuadas del paciente con respecto de su tratamiento, lo cual redundará en un apoyo positivo sobre su salud.

López y Ávalos (2013) relatan que en el último tiempo se ha suscitado un enorme interés científico y académico en torno a los aspectos psicosociales y de la calidad de vida en las personas con enfermedades crónicas, especialmente con DMT2. Para los investigadores de esta enfermedad, la aproximación terapéutica en el tratamiento debe incluir la

comprensión de sus ramificaciones sociales, psicológicas y psiquiátricas si se desea alcanzar el bienestar del paciente y la prevención de complicaciones.

### **III.2. Antecedentes Empíricos**

#### **Políticas a nivel mundial en promoción y prevención del desarrollo de la DMT2**

La Organización Mundial de la Salud (2016) trabaja en estimular y apoyar la adopción de medidas eficaces de vigilancia, prevención y control de la diabetes y sus complicaciones, especialmente en países de ingresos bajos y medios. Con este fin, la OMS formula directrices científicas sobre la prevención de las principales enfermedades no transmisibles incluida la diabetes. Elabora normas y criterios sobre el diagnóstico y la atención a la enfermedad, realiza informes preventivos como el Informe Mundial sobre la diabetes donde se ofrece una visión general de la carga de la enfermedad y de las intervenciones disponibles para prevenirla y tratarla, así como recomendaciones farmacológicas y de atención para los gobiernos, las personas, la sociedad civil y el sector privado (OMS, 2016).

También fomenta la toma de conciencia sobre la epidemia mundial, en particular mediante la conmemoración del Día Mundial de la Diabetes el 14 de noviembre de cada año (OMS, 2016)

Por último también realiza tareas de vigilancia a sus factores de riesgo (OMS, 2016) enseñando medidas simples relacionadas con la adquisición de estilos de vida eficaces para prevenir la DMT2 o retrasar su aparición. En este sentido la OMS (2016) refiere que para ayudar a prevenir la diabetes de tipo 2 y sus complicaciones se debe: alcanzar y mantener un peso corporal saludable, mantenerse activo físicamente realizando al menos 30 minutos de actividad física de intensidad moderada la mayoría de los días de la semana; para controlar el peso puede ser necesaria una actividad más intensa. Indica que se debe consumir una dieta saludable, que se debe evitar el azúcar y las grasas saturadas, y que se debe evitar el consumo de tabaco puesto que propicia la aparición de diabetes y enfermedades cardiovasculares.

En cuanto a las redes de apoyo disponibles a nivel mundial para personas con DMT2 existen numerosas organizaciones que se dedican a acompañar a las personas que desarrollan esta enfermedad, trabajando y actuando enérgicamente para crear una conciencia social y un amplio conocimiento de la DMT2, siempre promoviendo la colaboración entre las diferentes entidades que trabajan por y para las personas con la enfermedad. Realizando orientaciones alimentarias, entrega de herramientas necesarias para prevenirla, y que buscan la plena integración de las personas diagnosticadas en todos los ámbitos de la vida (Fundación para la Diabetes [en adelante FPD], 2017).

En España, existe la una fundación denominada “Fundación para la Diabetes”, constituida al amparo de la Ley 30/94 del 24 de noviembre de 1994, esta se establece como una organización de naturaleza fundacional sin ánimo de lucro y de interés general, cuyo ámbito de actuación es todo el territorio español (FPD, 2017) Esta organización realiza orientaciones alimentarias, entrega de herramientas necesarias para prevenir la enfermedad, y buscan la plena integración de las personas diagnosticadas en todos los ámbitos de la vida (FPD, 2017). Algunas actividades que realizan son las campañas de sensibilización social para prevenir el diagnóstico de la enfermedad, realizan campañas on-line para prevenir la DMT2, educación en alimentación saludable entre otros (FPD, 2017)

En México, existe la Federación Mexicana de Diabetes A.C. la cual es una organización que afilia asociaciones en el territorio nacional mexicano con el propósito de difundir información confiable, para promover educación en Diabetes dirigida a personas con esta condición de vida, población en general y profesionales de la salud; con la finalidad de lograr diagnósticos oportunos, prevenir nuevos casos y evitar complicaciones propias de la Diabetes Mellitus (FMD, 2017). Esta organización busca lograr cambios en el estilo de vida de las personas con Diabetes, familiares y población en riesgo (FMD, 2017) También realiza capacitación para profesionales de la salud, para que cuente con información actualizada de los tratamientos y conocimientos de otros puntos, además del tema farmacológico (FMD, 2017) La organización busca implementar en la población mexicana los 7 hábitos de control para lograr un buen control de su condición de vida y evitar complicaciones derivadas de la Diabetes: Alimentación saludable, Mantenerse activo, medir constantemente los niveles de glucosa, seguir el tratamiento médico, aprender a

enfrentar retos cotidianos, tomar una actitud positiva y reducir riesgos de empeoramiento de la enfermedad (FMD,2017)

### **Prevalencia y políticas públicas a nivel nacional**

A nivel nacional la prevalencia de diabetes se estima entre 4,2% y 9,4% según las encuestas realizadas los años 2003 y 2006, por el Ministerio de Salud (MINSAL, 2010). En cuanto a regiones del país en el periodo 2009-2010, las regiones con mayores prevalencias son (ajustadas por edad y sexo) las regiones de La Araucanía 12,7%, O'Higgins 12,6% y Atacama 10,6%. Las menores prevalencias encontradas se observan en las regiones de Magallanes con 5,1%; Los Lagos con 6,1%; y la Región de Aysén con 6,5%. La Región Metropolitana tiene una prevalencia estimada de 9,2%. (MINSAL, 2010).

Debido a la gran prevalencia de la enfermedad en la población chilena, es que el Ministerio de Salud ha tenido que desarrollar diversos planes de tratamiento garantizados por el estado a la población, cubiertos por las garantías explícitas de salud o plan AUGE, el cual garantiza a la población la atención y tratamientos adecuados para su diagnóstico (MINSAL, 2010). Así, todo beneficiario dentro de 45 días desde la primera consulta con glicemia elevada, tendría acceso a confirmación diagnóstica, si se encuentra con DMT2 la persona tendrá acceso a tratamiento, incluyendo el tratamiento del pie diabético (MINSAL, 2010). El auge garantiza a los y las beneficiarias y beneficiarios el inicio del tratamiento dentro de 24 horas desde la confirmación diagnóstica. Además tendrán atención por especialista dentro de 90 días desde la derivación, según indicación médica (MINSAL, 2010). Este tratamiento, tiene como objetivo el manejo de el/la paciente con DMT2, en la prevención de las complicaciones crónicas de la enfermedad cardiovascular que es la principal causa de mortalidad de los pacientes (MINSAL, 2010).

### **Descripción de antecedentes de la Provincia de Ñuble, prevalencia y políticas públicas a nivel provincial enfocados en la DMT2.**

La investigación se llevó a cabo en la provincia de Ñuble, la cual cuenta con una población total de 438.103 habitantes, de los cuales 217.024 son hombres y 221.079 son mujeres. Esta provincia es una de las que posee mayores índices de ruralidad en la región, mayor concentración de pequeños productores y menor crecimiento demográfico de las cuatro provincias de la región del Bío-Bío (Fawas y Vallejos, 2008). Ñuble posee una población

rural de 152.995 habitantes, correspondiente a un 35% del total de la población rural de la provincia. Por otro lado, el 45% de la población rural de la región pertenece a Ñuble, muy por encima de los índices a nivel país, además de presentar indicadores socioeconómicos por debajo de la media regional y nacional (Fawas y Vallejos, 2008).

La población ha mantenido por décadas una significativa migración rural-urbana, lo que se refleja en una alta concentración de la población en centros urbanos, lo que ha producido que las políticas públicas se centren en las ciudades, observándose con ello grandes brechas en cuanto a oportunidades entre las zonas rural y urbana, y también respecto al acceso a servicios básicos como infraestructura, educación y salud de calidad, entre otros (Ministerio de Agricultura, 2013).

En el ámbito de la DMT2, algunos datos obtenidos en el Ministerio de Salud indican que alrededor de 29.000 personas se encuentran diagnosticadas con la enfermedad en la provincia de Ñuble (MINSAL, 2015). Todas las personas con Diabetes tienen garantizado el acceso oportuno al tratamiento farmacológico para esta enfermedad en la red de atención primaria. La iniciativa, conocida como Fondo de Farmacia, es uno de los compromisos del gobierno central para el sector salud y se encuentra plenamente operativo en los hospitales comunitarios, centros de salud familiar y postas de salud rural de la provincia, el cual garantiza el acceso universal de las personas diagnosticadas al tratamiento farmacológico recomendado (MINSAL, 2015).

En cuanto a las redes de apoyo que se puedan mencionar a nivel provincial se ha hecho difícil poder acceder a ellas. Se presentan solamente agrupaciones de diabéticos dependientes a programas de salud cardiovascular de los distintos CESFAM de la provincia, el cual facilita la difusión de información relevante de los cuidados que deben seguir sus miembros. Información que se entregará dependiendo del nivel de participación que reporten las directivas de los grupos, la cual, generalmente es baja.

También como redes de apoyo se pueden mencionar los diferentes centros de salud de la provincia. Según datos del Servicio de Salud Ñuble (2017), la red cuenta con 28 CESFAM los cuales buscan ser el primer y más permanente contacto de las familias de un sector determinado con el equipo de salud, busca entregar cuidado continuo de salud a todos los

miembros de la familia, en sus distintas edades y desarrollar acciones para mantener sanas y prevenir enfermedades en las personas (SSÑ, 2017) También cuenta con seis Centros Comunitarios de Salud familiar los cuales buscan entregar atención y fortalecer la participación comunitaria y las acciones de promoción de la salud para que las personas sean protagonistas del mejoramiento de su calidad de vida (SSÑ, 2017) y una red de cinco hospitales Comunitarios de Salud Familiar los cuales al igual que los CESFAM brindan atención ambulatoria, actividades de prevención y promoción de la salud, la atención de familias por sectores, pero también responden cuando las personas enferman manteniendo servicios de hospitalización (SSÑ,2017).

### **III.3. Marco epistemológico**

El constructivismo es en primer lugar, una perspectiva epistemológica que intenta explicar y comprender la naturaleza del mundo, cómo se genera y cómo cambia (Cubero, 2005) Se entiende así al conocimiento del mundo como un proceso de construcción genuina del sujeto, y por tanto no es un conocimiento innato ni una copia de la realidad, por lo que se opone al objetivismo, en cuanto no es posible acceder completamente, sino parcialmente, a la realidad o en cuanto esa realidad es inaccesible directamente y sólo es posible por la propia experiencia (Munné, 1999).

El constructivismo plantea que cada persona estructura su conocimiento del mundo a través de un patrón único, conectando cada nuevo hecho, experiencia o entendimiento en una estructura que crece de manera subjetiva y que lleva a la persona a establecer relaciones racionales y significativas con el mundo (Munné,1999).

Para el constructivismo, el conocimiento es una construcción subjetiva, en la que la realidad deja de ser una entidad absoluta, como entidad independiente o externa a nosotros mismos (Cubero, 2005) Así, este paradigma asume que el conocimiento del mundo supone una perspectiva relativa sobre la realidad (Pozo, 1996; Pozo, Pérez y Mateos, 1997, vistos en Cubero, 2005) y que ésta no puede ser conocida en sí misma, sino a través de los mecanismos de los que disponen las personas (Delval, 1994, 1997, visto en Cubero, 2005), de modo que sus conductas determinan lo que conocen y cómo lo conocen en función de sus propias experiencias. Ante esto todo cambio en la organización cognitiva es una construcción personal a partir de sus experiencias, en las que las personas ponen en juego sus capacidades y las amplían (Cubero, 2005)

Delval (2001) menciona que uno de los rasgos esenciales del constructivismo es concebir que el conocimiento es una actividad adaptativa que prolonga las formas de adaptación biológica, por lo tanto la inteligencia sigue las mismas reglas que otros procesos de adaptación y a su vez el conocimiento de la realidad se instaura desde las transformaciones que cada sujeto ejecute sobre ella; por lo tanto las operaciones o conductas que se realicen determinan lo que se conoce y/o cómo se conoce, y en consecuencia la realidad indiscutiblemente siempre será conocida a través de los mecanismos que dispone cada sujeto, es decir, nunca podrá ser conocida en sí misma (Delval, 2001). En otras palabras, la realidad se encuentra en la mente de cada sujeto y por lo mismo no existe una realidad objetiva y única, en tanto quien experimenta, construye sus experiencias y creencias a partir de esquemas mentales, donde no existe un mundo más real que otro (Stojanovic, 2002).

El constructivismo reconoce toda forma de saber desde la consideración de un sujeto activo, con historia, que interactúa con otros sujetos y con el mundo que lo rodea, y no como una copia mecánica y replicable de algo preexistente (López, 2010). Dicho sujeto nace con sus reflejos y capacidades perceptivas que le permitan una primera interacción con la realidad y en la medida que se desarrolla va aplicando dichas capacidades a las cosas y situaciones que lo rodean; a su vez va construyendo su conocimiento e inteligencia, es decir, el sujeto incorpora la realidad a sus conductas y va modificando sus esquemas de acción, para ampliarlos y producir otros nuevos (Delval, 2001). En la vida de una persona que cree encontrarse con un estado de salud sano, enterarse de que ha desarrollado una enfermedad que le acompañará para toda la vida origina cambios a nivel cognitivo, conductual y emocional, por lo que la persona tendrá que realizar ciertos cambios en todas esas áreas de su vida para poder adaptarse a nuevas formas de vivir y desenvolverse. Son estos cambios o formas de vida que se deberán modificar y que generan ciertas experiencias que son importantes, es lo que epistemológicamente se quiere conocer debido a que el ser humano crea y construye su realidad de manera personal (Onnetto, 2004).

## **IV Diseño metodológico**

### **IV.1. Metodología**

La investigación se enmarcó dentro de la Investigación Cualitativa. La metodología cualitativa rescata el escenario habitual y cotidiano de las personas, y busca la aproximación a sus prácticas e interacciones constantes y triviales. El objeto se estudia en su complejidad, totalidad y en su contexto cotidiano (Flick, 2012). Esta metodología se interesa por acceder a las experiencias, interacciones y documentos en su contexto natural y en una manera que deje espacio para las particularidades de esas experiencias (Gibbs, 2012). Así, en concordancia con el paradigma constructivista, las personas fueron quienes relataron sus experiencias con sus particularidades, todo esto en constante interacción con el sujeto investigador. Una de las principales características de la metodología cualitativa, es que se enfoca en la producción de datos descriptivos, ya sean narraciones o datos obtenidos en entrevistas o también a través de la conducta observable. Además, enfatiza en la flexibilidad metodológica durante el transcurso de la investigación (Quecedo y Castaño, 2002). Al enfocarse en datos descriptivos, la investigación utilizó las respuestas otorgadas por las personas, recabadas a través de las entrevistas realizadas. Los/las entrevistados/os fueron el eje central de la obtención de la información ya que contaban con la instancia de compartir sus experiencias, transformándolas en fuentes de gran importancia para la investigación.

### **IV.2. Diseño.**

El diseño que se utilizó en la presente investigación corresponde al diseño fundamentado, también llamado Teoría Fundamentada. La Teoría Fundamentada (en adelante TF) es definida por Carrero, Soriano y Trinidad (2012), como una “Aproximación que propone un método de análisis, el cual implica la utilización de un conjunto de técnicas sistemáticamente aplicadas” (p. 15). Corbin y Strauss, (1994) citados en Rodríguez, Gil y García, (1999) la definen como una “Metodología general para desarrollar teoría, la cual está fundamentada en la recogida y análisis sistemáticos de los datos. Esta teoría se desarrolla durante la investigación y se realiza a través de una continua interacción entre

el análisis y la recogida de datos”. La característica principal de la teoría fundamentada es la fundamentación de los conceptos en los datos. En este diseño de investigación no se parte de una demarcación a priori del objeto que se estudiará, sino que los conceptos son construidos y probados en terreno en el proceso de investigación, esto quiere decir que los conceptos se construyen a partir de los datos obtenidos en el campo de investigación, siendo los conceptos representaciones abstractas de los datos brutos (Raymond, 2005). Este método de análisis extrae de las experiencias vividas por las personas aspectos significativos, a partir de los cuales se van generando y relacionando conceptos o proposiciones teóricas (Andrade, De Carvalho, Luzia y Soares de Lima, 2009) y el investigador espera construir lo que las personas ven como su realidad social (Rodríguez, Gil y García, 1999). El producto final de esto es una formulación teórica, que constituyen generalizaciones de tipo conceptuales y no meras descripciones de lo que ocurre, que permitan explicar los diversos fenómenos y/o procesos sociales (Carrero, Soriano y Trinidad, 2012). Estas generalizaciones conceptuales no son inmutables, sino que están sujetas a modificaciones continuamente desde los datos y las acciones en donde se aplican. La finalidad de la TF, es el desarrollo de teorías que puedan explicar el fenómeno estudiado (Arantzamendi, Gordo, López Dicastillo y Vivar, 2010). Un fenómeno se entiende como patrones repetidos de acontecimientos, sucesos, acciones, que representen lo que las personas hacen ya sea estando solas o acompañadas, como una forma de respuesta a un problema o situación en la que se encuentren (Corbin y Strauss, 2002).

Por lo tanto, el objeto de investigación de la TF a grandes rasgos es la vida social, interesándose en cualquier área de conocimiento (Clarke, citado en Raymond, 2005). Es muy probable que este objeto varíe desde el inicio al término de la investigación, siguiendo el camino trazado por el investigador o investigadora y sus fuentes (Raymond, 2005). Este diseño de investigación desarrolla los conceptos y proposiciones teóricas desde una lógica inductiva, es decir, basado en la realidad tal como se presenta, buscando mantener los significados que expresan las personas (Campo-Redondo, 2009). Por lo anterior, es posible afirmar que la teoría surge luego de que se recogen los datos (Carrero, Soriano y Trinidad, 2012).

Hay tres elementos fundamentales para elaborar la teoría desde la TF: el método comparativo constante, el muestreo teórico, y el criterio de saturación teórica, los cuales deben aplicarse sistemáticamente (Corbin y Strauss, 2002).

El muestreo teórico, es una estrategia de análisis que se va produciendo a medida que emergen los datos en el campo de investigación. La finalidad de éste es encontrar información que sea destacada para las formulaciones teóricas que se buscan generar. Al principio el muestreo es mayormente abierto, en donde el investigador busca en diversas situaciones información que pueda ser de utilidad para la investigación. A medida que se van analizando los datos, los resultados deben utilizarse para dirigir la investigación a otras localizaciones que permitan expandir las interpretaciones de los datos (Carrero, Soriano y Trinidad, 2012). Según Rodríguez, Gil y García (1999) el muestreo teórico es una estrategia de selección vinculada a la fase de interpretación de los datos en la investigación. Se busca identificar información y los informantes concretos quedan en segundo plano. Los datos nuevos dan origen a nuevas explicaciones que requieren de información que se debe rechazar, comprobar, verificar e integrar como parte de la interpretación del problema planteado. Se elige un nuevo caso en la medida que aporta datos nuevos y significativos para explicar las proposiciones planteadas hasta ese momento. Lo determinante en esta selección es la capacidad de los y las informantes de brindar una manera diferente de interpretar la realidad respecto a lo ya conocido. El muestreo teórico no finaliza hasta que dejen de surgir nuevos conceptos, es decir, hasta que se produzca la saturación de los datos. El procedimiento de este muestreo consiste en codificar los incidentes por medio del método comparativo constante desde el inicio de la recogida de datos y en la medida que éstos vayan apareciendo. Este muestreo se detiene cuando el código está saturado, elaborado e integrado en una teoría emergente y se utiliza para comprobar el marco teórico, no como una verificación de hipótesis previas (Corbin y Strauss, 2002).

Respecto de la saturación teórica, se trata de un criterio por el cual el/la investigador/a detiene el muestreo de los grupos de datos pertenecientes a diversas categorías. Esto quiere decir que la saturación se produce cuando no se encuentra información nueva que permita al investigador ya sea el desarrollo de nuevas características o cualidades de una categoría existente o generar nuevas categorías. Rodríguez, Gil y García (1999)

consideran la saturación teórica como el criterio para saber cuándo detenerse en el proceso de selección de los diferentes informantes, relacionados con una determinada categoría de análisis. Lo anterior significa la imposibilidad para encontrar nuevos datos que aporten nuevas propiedades a una categoría. La saturación se genera en conjunto con la recogida y análisis de los datos, lo cual comienza cuando el investigador codifica inmediatamente cuando surge una nueva categoría y se añaden características y propiedades hasta que la categoría esté saturada. Por lo cual, cuando una categoría ya está saturada no se vuelven a buscar nuevos datos que puedan aportar características o cualidades a esa categoría. En la teoría fundamentada, no se comparan poblaciones, sino la creación de diversas ideas que a su vez contienen patrones de comportamientos y actitudes. El análisis se guía por el muestreo teórico y la saturación teórica de las categorías (Corbin y Strauss, 2002).

Otro elemento relevante en el desarrollo de la teoría fundamentada, es el método comparativo constante, el cual permite sostener el criterio de saturación teórica. El método de comparación constante consiste en la búsqueda de diferencias y similitudes a través del análisis de los incidentes de los datos recogidos. Los incidentes se entienden como alguna porción del contenido de un dato en el que aparece una palabra clave o tema que se considera importante para responder al objetivo de la investigación (Carrero, Soriano y Trinidad, 2012). En el método comparativo constante, el investigador codifica y analiza los datos simultáneamente para desarrollar los conceptos (García, Gil y Rodríguez, 1999). El método comparativo constante no busca comprobar una hipótesis, sino que se busca generar categorías de tipo conceptuales y propiedades para estas categorías. Para la práctica de este método se distinguen cuatro etapas: la primera es la "comparación de incidentes y su categorización". En esta etapa se comparan constantemente los incidentes, construyendo las categorías que sean necesarias. Los incidentes se comparan con nuevos incidentes que surjan, agregándolos a categorías ya existentes o creando nuevas categorías. La segunda etapa es la integración de categorías y sus propiedades, ya que las categorías al inicio se encuentran inconexas; y a través del conocimiento de las propiedades de éstas y sus constantes comparaciones, dichas categorías se integran. La tercera etapa consiste en la reducción de la teoría, donde el investigador va descubriendo regularidades en las categorías como también en sus propiedades. La teoría se va produciendo a partir de un grupo reducido de categorías de alto nivel conceptual (Carrero,

Soriano y Trinidad, 2012). El método comparativo constante se realiza en conjunto con la codificación de los datos (Jones, Manzelli y Pecheny, 2004). Corbin y Strauss (2002) definen tres tipos de codificación dentro de la teoría fundamentada: codificación abierta, axial y selectiva. En la codificación abierta se realiza la identificación de conceptos en los datos, como también sus propiedades y dimensiones. El concepto es una representación acerca de un fenómeno, acontecimiento, acción, etc., que el investigador logra identificar como relevante en los datos que posee. Al hacer esto, se busca reunir estos acontecimientos, fenómenos, bajo una etiqueta o nombre que permita una clasificación común. A medida que se van identificando conceptos en los datos, también se va observando si hay acontecimientos, sucesos, acciones que compartan características comunes con otros acontecimientos, y si se produce esto, se le otorga un mismo código. Entonces, inicialmente se lee el texto y se van identificando los conceptos y observando si poseen características comunes para otorgarles un mismo código. Luego el investigador debe agrupar los conceptos en categorías, lo que significa que los conceptos se van agrupando en un orden más abstracto, basado en la potencial capacidad de explicar lo que está sucediendo. Las categorías agrupan los conceptos que representan los fenómenos. Al definir las categorías, éstas podrán desarrollarse a través de sus propiedades y dimensiones. Las propiedades son las características generales o específicas de una categoría, mientras que las dimensiones representan la ubicación de una determinada propiedad en un continuo o rango. Se produce la especificación de una categoría por medio de las definiciones de sus características particulares. La diferenciación de las categorías se produce al ir bosquejando sus propiedades y dimensiones. En la codificación axial se van generando las relaciones de las categorías con sus subcategorías, a través de sus propiedades y dimensiones lo cual permite observar cómo se vinculan unas con otras. Estas relaciones no son descriptivas, sino que conceptuales. Las subcategorías responden a las preguntas sobre los fenómenos como: ¿Cuándo?, ¿Dónde?, ¿Por qué?, ¿Quién?, ¿Cómo? y ¿Qué consecuencias?. Esto permite producir explicaciones precisas y más completas acerca de los fenómenos. Entonces, este tipo de codificación se produce en torno a un eje de la categoría, para una profundización de ésta.

Strauss (2002) establece algunas tareas básicas en la codificación axial: (a) acomodar las propiedades de una categoría y sus dimensiones, tarea que comienza durante la

codificación abierta; (b) identificar la variedad de condiciones, acciones/ interacciones y consecuencias asociadas a un fenómeno; (c) relacionar una categoría con sus subcategorías por medio de oraciones que denotan las relaciones de unas con otras; y (d) buscar claves en los datos que denoten como se pueden relacionar las categorías principales entre sí.

Corbin y Strauss (2002), mencionan que para distinguir u organizar las relaciones de las categorías, se utiliza un esquema organizativo llamado paradigma. El paradigma es una herramienta analítica que ayuda al orden sistemático de los datos de forma que la estructura y el proceso puedan integrarse. Los componentes del paradigma son: las condiciones, las acciones/ interacciones y las consecuencias.

Las condiciones tienen que ver con las respuestas a las preguntas, ¿Por qué?, ¿Dónde?, ¿Cuándo? y ¿Cómo?. Éstas tienen que ver con la estructura, situaciones en donde están insertos los fenómenos. Estas condiciones deben descubrirse en los datos y para que el investigador las considere pertinentes debe identificar alguna vinculación con el fenómeno estudiado, y ser explicado de alguna forma. Las condiciones pueden ser causales, intervinientes y contextuales. Las condiciones causales son acontecimientos que ejercen influencia en los fenómenos. Sobre las condiciones intervinientes, éstas suelen surgir de los acontecimientos inesperados y alteran en alguna medida las condiciones causales en un fenómeno. Mientras que las contextuales, son condiciones específicas que se encuentran en un tiempo y espacio, que permiten crear circunstancias a los cuales las personas o grupos responden por medios de acciones o interacciones (Corbin y Strauss, 2002).

Acerca de las acciones- interacciones, son las respuestas ejercidas por los sujetos o grupos a problemas que emergen bajo las condiciones. Tiene que ver sobre el cómo las personas manejan diversas situaciones, siendo realizados a propósito para la resolución de un problema. Al hacer estas acciones moldean el fenómeno de alguna forma. Finalmente las consecuencia, siempre que haya una acción para manejar alguna situación, habrán consecuencias las cuales pueden ser buscadas o no. Distinguir y explicar cómo las consecuencias afectan el fenómeno estudiado nos permite tener

explicaciones más completas. Pueden ser singulares o múltiples, visibles para algunos pero no para otros, ser inmediatas o acumulativas, reversibles o no reversibles, impredecibles o predecibles. Pueden generar un impacto pequeño a más amplio. El investigador debe percibir estas cosas lo máximo que pueda. Es en la codificación axial donde se construye la teoría (Corbin y Strauss, 2002).

Por último en la codificación selectiva, se produce la integración de la teoría. Esta integración se da a partir de la interacción entre el investigador y los datos. Para realizar la integración lo primero es determinar una categoría central. Esta categoría representa el tema principal de la investigación. Debe ser capaz de reunir las demás categorías, aparecer en los datos frecuentemente, esto quiere decir que en casi todos los casos debe existir algún tipo de indicador que oriente hacia la categoría central y las explicaciones que se generan a partir de la relación entre las categorías, deben poseer una lógica (Corbin y Strauss, 2002).

La elección de este diseño de investigación, se justifica debido a que el fenómeno de las experiencias de personas diagnosticadas con DMT2 es una realidad escasamente investigada en Chile a nivel personal y psicosocial. En nuestro país, es una temática que está siendo visibilizada y estudiada desde un enfoque biomédico, en comparación a otros países como España, México y Cuba. En relación a esto, la teoría fundamentada brinda un modelo de análisis de los datos que permite conceptualizar, realizar abstracciones que puedan explicar este fenómeno en base a los datos que se obtengan del campo de estudio, contribuyendo a la elaboración de conocimiento contextualizado en el país.

### **IV.3. Técnicas de recolección de información**

Para la investigación se utilizó la entrevista semiestructurada para los tres objetivos. Se entiende a la entrevista semiestructurada en profundidad como un método para reconstruir las teorías subjetivas. Flick, (2012) menciona que el entrevistado tiene un caudal complejo de conocimientos sobre el asunto en estudio, que incluye supuestos explícitos que la persona puede expresar ante una pregunta. La entrevista semiestructurada tiene como objetivo el adentrarse en la vida del otro, penetrar y detallar en lo trascendente, descifrar y comprender los gustos, los miedos, las satisfacciones, las angustias, zozobras y alegrías significativas y relevantes del entrevistado; consiste en construir paso a paso y

minuciosamente la experiencia del otro (Robles, 2011) Esta técnica es un encuentro reiterado cara a cara entre el investigador y los informantes (Robles, 2011) El entrevistador es un instrumento más de análisis, explora, detalla y rastrea por medio de preguntas, cuál es la información más relevante para los intereses de la investigación, por medio de ellas se conoce a la gente lo suficiente para comprender qué quieren decir, y con ello, crear una atmósfera en la cual es probable que se expresen libremente (Robles, 2011).

También se hace necesario mencionar que originalmente se aplicarían grupos focales para la captación de las Representaciones Sociales, pero viendo la emergencia y rumbo de la investigación, se optó por eliminar el tercer instrumento, propiciando abarcar mayor población con los otros artefactos de captación de información.

#### **IV.4. Población**

Para la selección de la población se utilizó el método de muestreo en cadena o bola de nieve (Hernández, Fernández y Baptista, 2006) donde se identifican participantes clave y se agregan a la investigación, se les pregunta si conocen a otras personas que puedan proporcionar mayor información, y una vez obtenida, se agrega los datos también.

Para hacer efectivo este método, el investigador se acercó a diversos sectores de la Provincia, específicamente Pinto, San Ignacio y Chillán. Donde en las instalaciones de los diferentes Centros de salud familiar el investigador tomó contacto con personas que esperaban control cardiovascular y se les solicitó la colaboración para el trabajo de investigación, las cuales accedieron e invitaron a otras personas a participar.

En cuanto a los criterios de inclusión las personas debían ser mayores de 18 años para cumplir con el criterio de autonomía legal para su participación, poseer diagnóstico de Diabetes mellitus tipo dos con una antigüedad mayor a 12 meses, poseer una libreta de atención del centro de salud para verificar la información del diagnóstico e ingreso al tratamiento.

Los criterios de exclusión corresponden a mantener un diagnóstico de Diabetes mellitus tipo uno, Diabetes gestacional o resistencia a la insulina. También ser menor de 18 años, y encontrarse con el diagnóstico durante un período inferior a 12 meses.

La muestra con la cual se trabajó para la resolución de los tres objetivos específicos fue:

Hombre 1, 58 años, 12 años con diagnóstico, Chillán.

Mujer 1, 52 años, 15 años con diagnóstico, San Ignacio.

Mujer 2, 49 años, 2 años con diagnóstico, Chillán.

Mujer 3, 52 años, 10 años con diagnóstico, Chillán.

Mujer 4, 64 años, 12 años con diagnóstico, San Ignacio.

Hombre, 65 años, 1 año con diagnóstico, Pinto.

#### **IV.5. Análisis de datos propuesto**

El método comparativo constante consiste en la búsqueda de diferencias y similitudes a través del análisis de los incidentes de los datos recogidos. Los incidentes se entienden como alguna porción del contenido de un dato en el que aparece una palabra clave o tema que se considera importante para responder al objetivo de la investigación (Carrero, Soriano y Trinidad, 2012). En el método comparativo constante, el investigador codifica y analiza los datos simultáneamente para desarrollar los conceptos (García, Gil y Rodríguez, 1999). El método comparativo constante no busca comprobar una hipótesis, sino que se busca generar categorías de tipo conceptuales y propiedades para estas categorías. Para la práctica de este método se distinguen cuatro etapas: la primera es la "comparación de incidentes y su categorización". En esta etapa se comparan constantemente los incidentes, construyendo las categorías que sean necesarias. Los incidentes se comparan con nuevos incidentes que surjan, agregándolos a categorías ya existentes o creando nuevas categorías. La segunda etapa es la "integración de categorías y sus propiedades", ya que las categorías al inicio se encuentran inconexas; y a través del conocimiento de las propiedades de éstas y sus constantes comparaciones, dichas categorías se integran. La

tercera etapa consiste en la reducción de la teoría, donde el investigador va descubriendo regularidades en las categorías como también en sus propiedades. La cuarta etapa consiste en la integración de la información con el fin de relacionar las categorías surgidas desde la codificación (Fernández, 2006). Este método fue elegido ya que el tema que se trabajará tiene un abordaje médico, lo que hace que a nivel de nuestra disciplina no existan categorías a priori. Y, al utilizar este método de análisis de datos, se generará teoría lo cual contribuirá a la ciencia psicológica.

#### **IV.6. Criterios de calidad**

Con el fin de dar cuenta del proceso de investigación de una manera comprensible, permitiendo saber qué, cómo y bajo qué premisas se hizo, se consideran los siguientes aspectos:

La auditabilidad como criterio de calidad apunta a la credibilidad de los resultados, considerando la posibilidad de que la investigación sea lo más clara, pudiendo comunicar los resultados con una visión integrada y lógica. Es necesario, que el investigador pueda verificar y responder de acuerdo a los requerimientos de la investigación, haciendo necesario la flexibilidad y creatividad para responder a ellos (Castillo y Vásquez, 2003). Como dispositivos, se realizó una descripción detallada del proceso metodológico a seguir, así también transparentar los cambios realizados durante el proceso. Además, se utilizó un sistema de referencia pertinente que permita al/a lector/a de esta investigación realizar una revisión bibliográfica. En este trabajo se utilizó el formato de citas y referencias de la APA.

En relación a la coherencia interna, ésta permitió que cada parte de esta investigación sea concordante entre sí. Esta congruencia se observa mediante la pregunta de investigación, los instrumentos a utilizar, las técnicas y el análisis de datos. Para que exista dicha coherencia, es necesario realizar la triangulación de marcos y la realización de una matriz de coherencia como dispositivos (Ruiz, 2012)

El criterio de credibilidad, que según Rada (2006) se logra cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes del estudio, recolecta información que produce hallazgos y luego éstos son reconocidos por los

informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. Este criterio se refiere a cómo los resultados de un estudio son verdaderos para las personas que fueron estudiadas, y para quienes lo han experimentado, o han estado en contacto con el fenómeno investigado. Como dispositivos se utilizó el resguardo de las notas de campo que surgieron de las acciones y de las interacciones durante la investigación, el uso de transcripciones textuales de las entrevistas para respaldar los significados e interpretaciones presentadas en los resultados del estudio, uso de la triangulación en la recolección de datos para determinar la congruencia entre los resultados.

Finalmente, el criterio de autenticidad es un requisito importante debido a que permite evidenciar los fenómenos y las experiencias humanas, tal y como son percibidas por los sujetos. Se refiere a la aproximación que los resultados de una investigación deben tener en relación con el fenómeno observado, así el investigador evita realizar conjeturas *a priori* sobre la realidad estudiada (Noreña, Alcaraz, Moreno, Rojas y Rebolledo, 2012). Para resguardar la autenticidad es importante que se reconozca como “verdaderos” los datos obtenidos por parte de los participantes, para eso se realizará una retroalimentación hacia los participantes una vez obtenidos los resultados.

#### **IV. 7. Aspectos éticos**

Consentimiento informado, conferirá tanto a la persona, como a quien investiga, la cautela de poseer un respaldo que asegure la compatibilidad con los valores, preferencias e intereses de las personas participantes, así como la decisión de manera autónoma en la participación. Mediante este documento, se espera transparentar el proceso asegurando a las participantes (González, 2002).

En relación al valor social y científico, corresponde al valor otorgado por la investigación. Esta deberá producir aportes que mejoren la calidad de vida de las personas o su bienestar subjetivos (González, 2002). En cuanto al valor científico, asegura la confiabilidad en la calidad de los resultados, de los cuales se espera generar aporte disciplinar (González, 2002), como dispositivo para el valor social y científico, se pretende

dar a conocer los resultados de esta investigación buscando la promoción y prevención dentro del contexto social.

En la voluntariedad la persona elige todo lo que va a suceder en la investigación, sin coherción ni ningún tipo de presión. Los participantes aceptan de manera libre las condiciones de esta investigación (González, 2002). El dispositivo a utilizar será el consentimiento informado.

Finalmente, en el cuidado de la propiedad intelectual se trata de realizar el trabajo teórico e investigativo de forma cuidadosa evitando el plagio de la información (Laguna et al. 2007). Se resguardará mediante la correcta utilización de los criterios de la APA en su sexta edición frente a la utilización de citas y referencias.

## **V. Presentación de resultados**

La presente tesis tiene como objetivo general el caracterizar las experiencias de vivir con DMT2 reportadas por personas de la provincia de Ñuble.

El objetivo específico número uno corresponde a identificar las creencias sobre su enfermedad que construyen las personas diagnosticadas con DMT2, para responder la pregunta de investigación ¿Qué creencias sobre su enfermedad construyen las personas diagnosticadas con DMT2? Para esto se realizó una entrevista semiestructurada la cual arrojó los siguientes resultados (Ver en anexo 2, página 74).

Ante el diagnóstico de la enfermedad, las personas viven un proceso compuesto por diversas fases, las cuales son: el desarrollo de una fase similar al duelo que se presenta los primeros meses posteriores al diagnóstico de la enfermedad, hasta que cruzan por la etapa de aprendizaje. Finalmente se desarrolla la etapa de adaptación llevando a la cotidianeidad las experiencias de vida con la enfermedad crónica.

Se entiende que cada persona tiene sus propias creencias y modos de actuar ante algún hecho de pérdida, en este caso, la pérdida de la buena salud. Este acontecimiento genera en algunas personas sentimientos similares al proceso de duelo. Se define por duelo como un conjunto de reacciones de tipo físico, emocional y social producido por la pérdida de un ser próximo o una pérdida en general, y que puede oscilar desde un sentimiento transitorio

de tristeza, hasta una completa desolación, que, en los casos más graves puede durar años e incluso toda la vida (Echeburúa, 2004 visto en Echeburúa, De corral y Amor, 2005).

Análogamente a las fases del duelo las personas refieren cruzar por un período de crisis, el cual se caracteriza por sentir cierta incredulidad, preocupación y negación del desarrollo de la enfermedad.

*“Temor, miedo, desesperanza. Me negaba a creer en que tenía esto, tenía miedo a morirme y que nada podía hacer” (Hombre, 65 años)*

*“En el momento me dio miedo de morirme y me dije que si no me cuidaba me iba a llevar más rápido a la muerte” (mujer, 52 años)*

*“yo lo único que pensaba era en morirme, no quería tener la enfermedad, me negaba a creerlo” (Hombre, 65 años)*

*“Tuve susto, mucha preocupación y de no saber cómo iba a enfrentar esto. Fue tremendo fue como si me hubiese dicho que tenía cáncer, tenía susto, preocupación, rabia” (mujer, 64 años).*

Las personas mencionan que la enfermedad es considerada un castigo, producto de los malos hábitos que anteriormente mantenían, como por ejemplo el alto consumo de alimentos ricos en azúcar.

*“Pero también yo me reprochaba harto, me decía por qué no me cuide, por qué no hice caso si yo sabía que hacer para prevenir. También me acuerdo que ese año yo hice hartas mermeladas caseras de muchas frutas más o menos en septiembre del mismo año no me quedaba ninguna mermelada, me las había comido todas, entonces yo le eché la culpa a eso, que por haberme comido todos esos dulces yo desarrollé diabetes.” (Mujer, 64 años)*

Posterior a esto, las personas avanzan a una etapa de resignación y aceptación caracterizada por la intención de enfrentar la enfermedad. En esta instancia se realiza una serie de toma de decisiones respecto a lo que hay que hacer, buscando información adecuada respecto a la enfermedad y recapacitando frente a cómo enfrentar el avance de la DMT2, buscando ayuda psicológica y comenzando a asistir periódicamente a los controles de salud cardiovascular.

*“Después ya lo fui aceptando y comprendiendo que esto va a estar hasta que yo me vaya, que para esto no hay solución sino que tratamiento. Fui a médico a Chillán y Concepción, y después me metí en el auge en el consultorio y ya ahora no me pierdo los controles” (Mujer, 64 años)*

*“Después de unas dos semanas como que empecé a aceptarlo, como que toda esa negación que tenía empezó a calmarse y me empecé a informar para saber de qué se trataba todo esto” (Hombre, 65 años)*

Para finalizar la etapa de duelo, las personas desarrollan una fase de aprendizaje en pro del enfrentamiento a la enfermedad. Esta fase se caracteriza por realizar diversas actividades para conocer su enfermedad, la cual lo hacen buscando información y ayuda en los centros de salud y conociendo el grado de interferencia de la enfermedad en sus órganos a largo plazo.

*“Fui al consultorio y pedí ayuda psicológica (...) entonces fui y como te decía pedí consulta con la psicóloga del consultorio. Ahí ella como que me ayudó harto y empecé a ¿Cómo es que me decía ella? Emmmmm ah! Empoderarme de mi salud” (Hombre, 58 años).*

*“La empecé a enfrentar pensando que tenía que salir adelante, y que no tenía que morirme porque y en el fondo no quería morirme” (Mujer, 52 años).*

En la segunda fase, la de adaptación, las personas comienzan a desarrollar cambios a nivel cognitivo, específicamente un cambio en sus creencias respecto a la enfermedad. Las creencias que existían previamente respecto a la enfermedad comienzan a contrastarse y a cambiar, producto de la experiencia que la misma enfermedad les va entregando. Algunas de las creencias previas que existían antes del diagnóstico de la DMT2 tienen referencia con los efectos de ésta en el cuerpo.

*“ohhh... estoy condenada ya, no hay vuelta atrás...ahora me van a empezar a cortar de a pedacitos como a mi mamá”  
(Mujer, 49 años).*

*“sabía que era una enfermedad grave que había que cuidarse demasiado (...) que era una enfermedad muy rápida, que me iba a adelgazar, que tenía muchas complicaciones” (Mujer, 52 años).*

Luego comienzan a surgir nuevas creencias respecto a la enfermedad, ya que el tiempo ha ayudado en la adquisición de nuevos conocimientos y las mismas personas reportan que se van acostumbrando a vivir con DMT2 y lo toman como algo cotidiano, dando paso a la adquisición final de la categoría cotidianeidad. Esta nueva categoría hace alusión a la forma que las personas observan, mantienen y viven con la enfermedad. Las personas reportan que toman costumbre, que su vida retoma cierta normalidad, con la única diferencia de que en la actualidad deben mantener ciertos hábitos y realizar ciertas acciones como sus exámenes rutinarios y la ingesta de medicamentos (la cual se abordará en el próximo objetivo de manera más detallada) con el objeto de mantener niveles adecuados de hemoglobina glicosilada según las prescripciones médicas.

*“Pero hasta acá bueno los primeros días me costó, pero ahora estoy acostumbrada, lo tomé como algo normal en mi vida”  
(Mujer, 52 años.)*

*“Eso sí, yo no estoy siempre pensando en esto, es un tema que ya cuando tengo que hacerme los exámenes, tengo que ir a doctor, pero no es algo que esté constantemente pensándolo”  
(Mujer, 64 años).*

El objetivo específico número dos corresponde a describir los cambios en el estilo de vida que reportan las personas a partir del diagnóstico de DMT2. Para responder la pregunta de investigación ¿Qué cambios en sus estilos de vida reportan las personas a partir del diagnóstico de DMT2? Para esto se realizó una entrevista semiestructurada la cual arrojó los siguientes resultados. (Ver anexo 3. Página 74).

El desarrollo de DMT2 exige de quienes la generan readecuaciones en sus estilos de vida, requieren de una atención esmerada, cotidiana, considerando varios aspectos a la misma vez; exige modificar costumbres, hábitos y creencias, que probablemente han jugado un rol importante en los procesos de identidad de los sujetos, desde el punto de vista personal, familiar y social (Ledón, 2012)

En la presente investigación se obtiene que los cambios de las personas una vez diagnosticados con DMT2 se pueden describir con las siguientes categorías. Categoría Alimentación, la cual se caracteriza por el cambio en el consumo de los alimentos mediante los horarios que generalmente son cada cuatro horas y respetando las porciones de los alimentos.

*“En cuanto a la comida no es que coma menos sino que como a las horas que corresponden” (Hombre, 58 años)*

*“trato de no comer tanto” “en la alimentación en los primeros años de mi enfermedad fueron estrictos porque pasaba hambre, comía muy poco” (Mujer, 52 años)*

Murillo (2015) menciona que las personas por lo general atribuyen que el problema de la DMT2 se podría resolver reduciendo o eliminando los azúcares de la alimentación. Pero esto no es suficiente para controlar la diabetes correctamente ya que los alimentos que contienen hidratos de carbono son los que aumentarían los niveles de glucosa en sangre.

El otro cambio en el consumo de los alimentos se relaciona con el rechazo a consumir productos ricos en azúcar, ya que habitualmente eliminan el consumo de tortas, mermeladas y endulzantes. Se puede mencionar también que este nuevo hábito se comienza a compartir en el núcleo familiar, el cual apoya la decisión de la persona y que se refleja por ejemplo en las celebraciones familiares y reuniones con amistades.

*“Ahora yo te puedo contar una anécdota, yo por ejemplo ahora para mis cumpleaños no me compro torta, no hay torta...”*  
(Mujer, 64 años).

*“Torta... dulces, como en menor cantidad de esas cosas”*  
(Hombre, 58 años)

*“Este año celebramos nuestros cumpleaños con otra cosa. Para que así no me tentara yo”* (Hombre, 65 años)

*“No me gusta lo dulce, de verdad. – uno le atribuye harto a los dulces la diabetes, que a las tortas, los dulces- ¡Claro y no es así poh! Pero lo raro es que no me gusta ahora lo dulce, no puedo verla, no hay caso no quiero. Un rechazo a lo dulce, que no me gusta lo dulce”* (Mujer, 49 años)

*“Cuidar de no consumir cosas que tengan azúcar o tanta sal y por ejemplo el té se lo toman sin azúcar y sin endulzante”*  
(Mujer, 52 años)

Otra categoría que se puede mencionar es la que tiene relación con el consumo diario de medicamentos, el cual se realiza de forma habitual, con el objeto de ayudar al páncreas a liberar insulina.

*“Me tuve que acostumbrar a tomar remedios todos los días para que mi cuerpo ande bien (...) me compré también un pastillero para tomarme mis remedios y tenerlos ordenados”* (hombre, 65 años).

*“Tomarme mis medicamentos para que el cuerpo esté mejor, y para que ayude a liberar insulina al cuerpo”* (mujer, 52 años)

Tal como menciona Ledón (2012) ante el diagnóstico de la enfermedad, el sistema de salud garantiza a las personas tratamiento farmacológico que permite retrasar o disminuir los efectos de vivir con DMT2.

El objetivo específico número tres corresponde a analizar las formas de apoyo psicosocial que reconocen las personas como relevantes a partir del diagnóstico de DMT2 para responder la pregunta de investigación ¿Qué redes de apoyo psicosocial Identifican las personas como relevantes a partir del diagnóstico de DMT2? Para esto, se realizó una entrevista semiestructurada la cual arrojó los siguientes resultados: (Revisar entrevista en anexo 4, página 75).

Las personas se encuentran en constante intercambio con el medio que les rodea a través de las conductas, la comunicación con el entorno y la persona (Blanco y Rodríguez, 2007). Lo que produce una interacción entre la persona y el contexto que lo rodea, y donde interfieren y apoyan los grupos sociales de referencia sumado a las características físicas y sociales que rodea a las personas, en conjunto con necesidades, motivaciones y recursos psicológicos que la propia persona percibe de sí (Blanco y Rodríguez, 2007).

Considerando estos aspectos, mediante la utilización de la entrevista semiestructurada se logró obtener las siguientes categorías: redes primarias que brindan ayuda, redes secundarias que brindan información y surge la categoría emergente de redes de prevención.

Para Sluzki (1998, visto en Arias, 2009) la red de apoyo cumple un papel que ayuda a proveer sentido de vida, retroalimenta cotidianamente las desviaciones de la salud, propicia actividades que se asocian positivamente con sobriedad y que orientan al cuidado y a la promoción de la salud.

Redes primarias que brindan ayuda: en la investigación se obtiene que las personas diagnosticadas con DMT2 reconocen como relevantes a las redes de apoyo primarias, específicamente las compuestas por su familia nuclear (esposa, esposo, hijos e hijas).

*“Mi hijo, porque pienso que él siempre está pendiente de mí, me pregunta todos los días, mamita se tomó los remedios? O cosas así, siento que tenemos mucha conexión con mi hijo” (Mujer, 52 años)*

*“Mi familia me apoya en el ámbito de la alimentación ya que como te decía sus hábitos alimenticios también cambiaron y a*

*la vez me dicen que no coma tantas cosas para que no me haga mal, por otro lado también me acompañan a realizar actividad física” (Mujer, 52 años).*

*“Se preocupan de que no coma ciertas cosas, un hijo me ayuda en no hacerme rabiar. En que haga actividad, mi nieto me saca a bailar” (Mujer, 64 años).*

*“Me apoyan en salir por ejemplo ¡oye! ¿Qué hora es? Vamos a caminar!! –pero yo no quiero salir sola- no poh si yo voy contigo vamos por O’higgins y nos damos la vuelta por Collín y después nos venimos a casa ya vamos vamos!! Entonces en eso me acompañan” (Mujer, 64 años).*

*“Se informan sobre los síntomas y que deben hacer en caso de que los esté sintiendo, mi hijo que vive conmigo tiene 36 años y él sabe qué hacer en caso de que me vaya a desmayar o sobre todo cuando me tomo la pastilla porque no valgo nada con un remedio que me tomo” (Mujer, 64 años).*

*“Se preocupan de mí, conversan conmigo, cambiamos hábitos en la comida y se fijan cuando tengo control, a pesar que yo estoy muy pendiente de eso” (Hombre, 65 años)*

La red de apoyo cumple un papel de ayuda a proveer sentido de vida, retroalimenta cotidianamente las desviaciones de la salud, propicia actividades que se asocian positivamente con sobrevida y que orientan al cuidado y a la promoción de la salud, Sluzki (1998, visto en Arias, 2009).

En este sentido, se logra obtener que la red primaria de las personas cumplen como función el brindar la ayuda necesaria en casos de urgencias de salud, en cuanto a los cuidados y mantención de los hábitos alimenticios, conductas de adherencia (consumo de medicamentos, realización de actividad física) y buscando la información necesaria en el

caso de no conocerla adecuadamente para brindar una mejor atención de las personas con DMT2.

Redes secundarias que brindan información: también, reconocen como importante la presencia de redes de apoyo secundarias, específicamente las pertenecientes al centro de salud familiar.

*“Generalmente voy al cesfam donde me controlo de la diabetes, ahí me guían sobre qué tengo que hacer” (Mujer, 52 años)*

*“En el cesfam me dan información, me dan los remedios y me han ayudado ene a ajustarme a tener que vivir con la enfermedad” (Hombre, 65 años)*

*“el cesfam, ahí me enseñan harto y me han ayudado mucho”  
(Hombre, 65 años)*

Montero (2012), indican que existen redes institucionalizadas, las cuales son de carácter formal y deductivo y que su estructura y organización se encuentran establecidas. En este sentido, se menciona al centro de salud familiar, el cual se encuentra establecido bajo normas y criterios indicados bajo las indicaciones del ministerio de salud (MINSAL, 2010), y que según las personas entrevistadas realizan un trabajo de entrega de alguna información relevante para su salud, también es ahí donde se produce en la mayor medida el diagnóstico de la enfermedad y el tratamiento farmacológico otorgado por las garantías explícitas de salud.

Redes de prevención: se logra identificar la necesidad de existencia de otro tipo de redes que no dependan de los centros de salud familiar y que cumplan una labor de apoyo, información y prevención de la enfermedad.

En el ámbito de las personas que han desarrollado DMT2, surge la necesidad de formar redes de apoyo psicosocial, las cuales pueden materializarse como grupos de apoyo psicosocial en diabetes, el cual Seevers (1991, visto en Mussi, 2010) lo define como un conjunto de personas diabéticas, y/o su familia o cuidadores, que se reúnen de forma regular con el objetivo de cubrir necesidades de educación y/o de apoyo social.

*“No las hay. Solo lo que se refiere a consultorios y el hospital pero eso desde el punto de vista de la salud. Pero desde lo psicológico, o de ayuda o educación que la gente pudiese recibir no hay en Chillán, sería bueno poder hacer algo así”  
(Mujer, 52 años)*

*“una red efectiva, sana y acorde a las necesidades. Para que así la gente sepa que hacer, dónde pedir ayuda y cómo hacerlo para sentirse mejor” (Hombre, 65 años)*

*“Las redes nos ayudan a sentirnos más contenidos para poder enfrentar este tipo de enfermedad y así poder adquirir información respecto de estas enfermedades. Porque hay mucha información médica respecto de los cuidados que se deben de tener o del medicamento que se debe consumir pero atención, contención he información respecto de cómo llevar la enfermedad hay muy poca” (Mujer, 52 años)*

*“Tiene mucha importancia, estaríamos bien informaos y loh ayudarían harto poh – ¿en qué sentido?- en cómo llevar la diabeti, en no amargarse, en eso... en contenernos, en todo*

*eso... y nos enseñarían porque a uno le queda lo que aprende ahí no mah y no sabe cómo eh la enfermedah realmente”*  
*(Mujer, 48 años)*

En este sentido, los entrevistados indican que es muy importante la implicación de la familia y de las personas relacionadas con el cuidado de la diabetes, Mussi (2010), resalta el hecho de que esta enfermedad, como cualquier otra afección crónica, no afecta únicamente al paciente.

Por otro lado, la educación es un elemento importante, que debe ser considerada como una labor continua, no limitado a un programa de conocimientos básicos, ya que constantemente se realizan avances y además, la situación del diabético cambia tanto en distintas fases de la enfermedad como en el transcurso del ciclo vital (Barra, 2003).

La idea de las personas entrevistadas es que existan grupos de voluntarios o de personas que posean conocimiento de la enfermedad para realizar un trabajo de apoyo, contención y educación en las personas recientemente diagnosticadas con DMT2 y que además realicen trabajos de prevención en la ciudadanía para concientizar a las personas respecto a la relevancia de mantener estilos de vida saludables y así evitar la aparición de la enfermedad a largo plazo.

Además, consideran importante que en las redes de apoyo secundarias se agregue al tratamiento ya establecido por las normativas del ministerio de salud, el trabajo de los psicólogos y psicólogas, el cual indican que sería de gran relevancia ya que la ayuda y la contención psicológica no es abordada especialmente en los primeros meses de la enfermedad. Algunas características que debiese poseer este trabajo psicológico tiene que ver con el acompañamiento adecuado de las personas para abordar de buena forma el diagnóstico de la enfermedad, que contenga, brinde apoyo y sea un aporte para ellos y ellas. También, las personas consideran que el trabajo desde el punto de vista de la psicología, serviría demasiado en el proceso de toma de conciencia de los usuarios y usuarias respecto a los cuidados y cambios que deben desarrollar, para que así exista una mejor adherencia al tratamiento y también para que las creencias previas respecto a la enfermedad (como queda demostrado en esta investigación) pase más rápido hacia la

fase de creencias nuevas, para así evitar un deterioro de la salud, producto de los efectos de la enfermedad y facilitar de mejor forma la adaptación positiva hacia los cambios que deben realizar.

*“Menos mal estaba yendo con la psicóloga que me iba encaminando para que no me hiciera mal todo los cambios que tuve. Como que ella me ayudó mucho en eso, la contención que tuve fue muy buena y en el momento preciso” (Hombre, 65 años).*

*“Uno debería tener un apoyo psicológico porque ¿el doctor que hace? No te toma ni la glicemia... el doctor anota y hasta luego, porque el doctor ni si quiera te ausculta, entonces es muy importante porque las personas nos desorientamos cuando nos dicen que tenemos diabetes. A mí me pasó que cuando me diagnosticaron el doctor me dijo... tú tienes que cuidarte, hacer esto blah blah blah... que se yo... porque mira me dijo, “tu puedes cruzar la calle y vas a morir pero no es así con la diabetes, tienes que tenerlo muy claro” –me dijo- “si tú no te cuidas te amputamos las piernas”. Lo mismo me dijo un doctor en Concepción “si tú no te cuidas, te amputamos” entonces con esa terapia de shock quien no toma conciencia. Por eso es importante el apoyo psicológico, porque no te explican, no te enseñan, no brindan una información adecuada...” (Mujer, 64 años).*

## VI. Conclusiones

El objetivo específico número uno de la investigación corresponde a Identificar las creencias sobre su enfermedad que construyen las personas diagnosticadas con DMT2 para responder a la pregunta de investigación ¿Qué creencias sobre su enfermedad construyen las personas diagnosticadas con DMT2?.

Respecto a las creencias que las personas mantienen sobre la DMT2, éstas se van construyendo en el día a día con la información que obtienen gracias a las experiencias que mantienen con familiares o personas cercanas que alguna vez han desarrollado la enfermedad. Las creencias que se dominan tienen que ver con respecto a ciertas opiniones que se transmiten oralmente, como por ejemplo que es una enfermedad difícil de llevar en su tratamiento, que partes de su cuerpo serán extirpadas ya que no pueden realizarse heridas y éstas no sanarán, lo que desencadenará en gangrenas y posteriores amputaciones, situaciones que afectarían directamente con su calidad de vida.

Se obtiene además que frente a la realidad del diagnóstico de la enfermedad las personas cruzan por dos etapas, las cuales se denominarán etapa de duelo compuesta por las sub etapas de crisis y castigo, sub etapa resignación y sub etapa aprendizaje. La primera sub etapa se inicia con una crisis caracterizada por un profundo temor a la cercanía con la muerte, negación, desesperanza e incluso sentimientos de rabia e impotencia. Además, las personas generan la creencia de que la enfermedad es un castigo, consecuencia de los malos hábitos que mantenían. Al avanzar el tiempo, las personas inician la sub etapa resignación y aceptación frente a la enfermedad. Es aquí donde se comienza a tomar ciertas decisiones y reflexiones respecto a lo que hay que hacer y se caracteriza en que estas decisiones, reflexiones y actividades que se llevan a cabo son a nivel personal. En esta instancia, las personas comprenden que la enfermedad los acompañará durante toda su vida, que no existe una solución a la enfermedad crónica sino que un tratamiento el cual les ayudaría a estar mejor. También, se toma la decisión de acercarse a los centros de salud para solicitar mayor información médica. Instancia donde comienza la última sub etapa de duelo frente al diagnóstico de la enfermedad, esta se caracteriza en que ya no es a nivel individual, sino que se realiza en constante interacción con el medio que les rodea,

es en conjunto a la familia y amigos sumado a la información médica o técnica que pueda recibir en los centros de salud, esta sub etapa se denomina de aprendizaje.

En segunda instancia una vez superada la etapa de duelo y sus sub etapas, surge la etapa de adaptación, donde las personas comienzan a desarrollar cambios a nivel cognitivo y las creencias que existían previamente se comienzan a contrastar con la experiencia. Comienzan a surgir nuevas creencias respecto a la enfermedad, que se enriquecen con el conocimiento adquirido en la sub etapa de aprendizaje, se va generando la cotidianeidad, donde las personas retoman un ritmo de vida habitual, el cual ha sumado ciertos hábitos y estilos de vida nuevos. En esta fase las personas reconocen el impacto que ha generado en sus vidas el diagnóstico de la enfermedad, pero también reconocen que es algo que puede ser llevadero, que necesita de mayores cuidados y que si se siguen las indicaciones que se entregan se puede mantener una buena calidad de vida.

El objetivo específico número dos corresponde a describir los cambios en el estilo de vida que reportan las personas a partir del diagnóstico de la DMT2. Para responder a la pregunta secundaria ¿qué cambios en sus estilos de vida reportan las personas a partir del diagnóstico de DMT2?.

En este objetivo se obtiene que los cambios reportados por las personas correspondan principalmente a los relacionados con la alimentación y con el consumo diario de medicamentos.

En cuanto a los cambios en la alimentación se obtiene que las personas respeten horarios de las comidas que consumen, el cual es de aproximadamente cada cuatro horas para evitar algún posible malestar, esto lleva a que las personas perciban un orden en su alimentación muy diferente a la que mantenían antes de ser diagnosticados con la enfermedad. También se obtiene que las personas rechazan el consumo de productos altos en azúcar, como las mermeladas, chocolates, dulces o pasteles. Este nuevo hábito en la gran mayoría de los casos es compartido por la familia, para que así la persona diagnosticada se sienta apoyada. En este aspecto, llama la atención de que muchos de los entrevistados mencionan que para la conmemoración de su cumpleaños ya no es celebrado con pasteles, conducta que es vista como un simbolismo de preocupación por

su salud frente a la creencia que se posee de que al eliminar el consumo de alimentos ricos en azúcar se podría eliminar el problema de la enfermedad crónica.

El consumo de medicamentos es otro de los cambios identificados, el cual se realiza de forma habitual para así evitar los síntomas propios del alza de azúcar en sangre, para que “el cuerpo ande bien”. Las personas no reconocen que el medicamento que consumen diariamente ayuda al páncreas a liberar insulina, más bien lo realizan de forma mecánica simplemente por la indicación médica.

El objetivo específico número tres corresponde a analizar las formas de apoyo psicosocial que reconocen las personas como relevantes a partir del diagnóstico de DMT2, para responder a la pregunta de investigación ¿Qué redes de apoyo psicosocial identifican las personas como relevantes a partir del diagnóstico de DMT2?

Se obtiene que las personas identifican con un mayor grado de importancia las redes de apoyo primarias ya que quienes las componen son las personas más significativas y cercanas para ellos y ellas. Quienes componen las redes primarias cumplen un rol muy importante, ya que las personas diagnosticadas mencionan que son ellas y ellos quienes se encuentran al pendiente de sus necesidades y contención, apoyan en la adquisición y mantención de nuevos estilos de vida y refuerzan a las personas diagnosticadas a mantenerlas. También cuidan del consumo de ciertos alimentos, ayudan a la persona a mejorar su estado de ánimo, también son las personas que se encargan de conocer ciertos síntomas y lo que deben hacer en caso de lo que sienta la persona diabética. Además la red de apoyo primaria es la que se encarga de acudir en el auxilio del diabético en caso de presentar alguna urgencia y también a generar conductas de adherencia al tratamiento.

Las redes secundarias en esta instancia son consideradas como fuente de información, específicamente los centros de salud son quienes se encargan de cumplir este rol, la información entregada en este tipo de redes corresponde al aspecto biomédico, como por ejemplo la importancia de la administración del hipoglucemiante, la importancia de realizar ciertos cambios de hábitos importantes para mejorar la calidad de vida, además de entregar la atención biomédica requerida en el tratamiento de la enfermedad crónica.

En este objetivo llama la atención la necesidad explícita de las personas respecto a la falta de redes de apoyo que realicen otro tipo de labores, enfocadas en la prevención de la enfermedad y que también brinde apoyo a las personas y sus familias una vez diagnosticadas con la enfermedad crónica. Barra (2003) menciona que es muy importante la educación como uno de los aspectos a considerar en los pacientes diabéticos, ya que en esta enfermedad como en otras enfermedades crónicas se está en constante cambio y en diversas fases, razón por la cual es necesario mantener siempre cierto grado de conocimiento. Conocimiento que al parecer de las personas entrevistadas debe compartirse en la ciudadanía para concientizar a la población respecto a la relevancia de mantener estilos de vida saludables y así evitar la aparición de la enfermedad a largo plazo.

En otro aspecto, las personas otorgan gran importancia al apoyo psicológico en el tratamiento de la enfermedad crónica, ya que en la etapa de diagnóstico de la enfermedad las personas reportan (y queda de manifiesto en el objetivo número uno) desajustes en su vida, y que dependerá de los recursos psicológicos y el apoyo adecuado la elaboración correcta de las fases detectadas, por el contrario, si no se cuentan con estos recursos se puede generar dificultades que lleven a la persona a no adherir al tratamiento, a no tomar consciencia respecto la importancia de generar cambios en los estilos de vida, o a desarrollar incluso algún trastorno afectivo.

Para las personas entrevistadas este acompañamiento debiese encontrarse en conjunto al tratamiento biomédico que reciben en los centros de salud, para así brindar una atención adecuada a los diabéticos y diabéticas en concordancia al modelo de salud familiar que ha desarrollado el ministerio de salud. Algunas características a mencionar son: que contenga, brinde apoyo, que sea un aporte en la toma de consciencia respecto a los cuidados y cambios que deban desarrollar para lograr adherencia al tratamiento y para acompañar en el proceso de duelo que se reporta y así generar nuevas creencias, con el objetivo último de generar una adaptación positiva hacia los cambios esperables.

## **VII. Conclusión General.**

Tras el proceso de investigación y al realizar una comparación con la información existente se puede concluir que en el ámbito de la enfermedad crónica existe investigación enfocada en el punto de vista biomédico, el cual enfatiza en los aspectos de salud comenzando por el tratamiento farmacológico sumado a las recomendaciones de cambios en el estilo de vida, recomendaciones que las personas diagnosticadas con DMT2 deberían seguir para facilitar el tratamiento y retrasar el deterioro de la calidad de vida de las personas una vez diagnosticados con la enfermedad.

Al realizar un contraste con los relatos de las personas entrevistadas, éstas mencionan que ante el proceso de diagnóstico ocurren ciertas situaciones las cuales a juicio del investigador no se han trabajado en las investigaciones existentes, situación que da cabida al trabajo realizado para visibilizar las experiencias que se detallan a continuación.

En primera instancia se presenta en las personas el cruce por diferentes etapas las cuales se originan debido a una serie de creencias que se comparten en la sociedad respecto a la enfermedad, creencias que hablan de excesos de azúcar en la sangre que originan mucho daño en diversas partes del cuerpo las cuales pueden terminar en amputaciones, o que por el sólo hecho de desarrollar la enfermedad se encuentran a un paso de la muerte. Estas creencias muchas veces originan en la personas estados afectivos que desestructuran su vida y que les hace pasar por etapas similares al duelo ante la noticia, noticia que muchas veces mueve profundamente su vida y que les hace sentir desvalidos, desanimados y muy preocupados por el futuro. Luego de pasado un tiempo, las personas elaboran la noticia y comienzan a tomar ciertas decisiones y a realizar actividades para aprender respecto a su enfermedad y así adaptarse a nuevos cambios que surgen. Comienzan a solicitar ayuda, reciben el apoyo y la contención de la familia o amigos o también se acercan a los centros de salud a solicitar información.

Ante esto, se generan interrogantes respecto a cómo es esta atención y cómo son entregadas las recomendaciones, de qué forma son pesquisadas o cómo se puede hacer un seguimiento para evaluar el cumplimiento de dichas recomendaciones.

Tras estas interrogantes se puede mencionar que las personas consideran que la información es entregada muchas veces de una forma poco asertiva, poco contenedora, de forma somera y superficial, factores que interfieren en la adherencia al tratamiento e incluso no ayuda a algunas personas a generar consciencia respecto al tratamiento que deberían seguir, desencadenando en ellos y ellas un peligro en la calidad de vida a futuro. No obstante, existen también otros factores que interfieren en que la gran mayoría de las personas se ajusten a vivir con la enfermedad y generen ciertos cambios, los cuales se detallarán más adelante.

Luego de que se haya elaborado el proceso de ajuste de las personas a la enfermedad, surgen en ellos y sus familias ciertos cambios en sus estilos de vida que deberán mantener constantemente. Como por ejemplo en la alimentación, la cual deberá ser más ordenada en cuanto a tiempos y cantidades. Se sabe que según las recomendaciones entregadas por la Organización Mundial de la Salud (2016) la cual indica que la alimentación debería ser equilibrada y variada, manteniendo una dieta hipocalórica junto con un adecuado programa de ejercicio físico para facilitar el control de la glicemia, los factores de riesgo cardiovascular, la pérdida de peso, el perfil lipídico y el grado de bienestar. En este aspecto el investigador reconoce la falta de experticia en el proceso de entrevista ya que no ahondó mayoritariamente en estos aspectos, razón por la cual otorga espacio a enriquecimiento de este aspecto para investigaciones futuras, con el objeto de comprender desde la misma experiencia y relatos de las personas, como desarrollan estos cambios en el estilo de vida, ya que en este proceso sólo se identificó cuáles eran esos cambios pero no detalladamente. No obstante a lo anterior, las personas reportan un cambio muy importante el cual mantiene relación con la creencia del exceso de azúcar en la sangre, y que al eliminar el consumo de alimentos ricos en azúcar la enfermedad debería desaparecer. Ante esto, las personas indican que han dejado de consumir productos ricos en azúcar, como mermeladas, chocolates, dulces o pasteles. Este nuevo hábito en la gran mayoría de los casos es compartido por la familia, para que así la persona diagnosticada se sienta apoyada. En este aspecto, llama la atención de que muchos de los entrevistados mencionan que para la conmemoración de su cumpleaños ya no es celebrado con pasteles, conducta que es vista como un simbolismo de preocupación por su salud frente a la creencia mencionada anteriormente.

Otro cambio en el estilo de vida que reportan las personas corresponde al consumo diario de medicamentos. Gil, Sil, Domínguez, Torres y Medina (2013) mencionan que la ingesta de medicamentos hipoglucemiantes produce una disminución de los niveles de glicemia luego de su administración por vía oral. Los participantes reconocen la importancia de la ingesta del medicamento ya que según ellos el cuerpo anda mejor. Llama la atención la poca educación, información y la poca relevancia que las personas le otorgan a la ingesta de medicamentos hipoglucemiantes. Considerando que uno de los factores importantes dentro de la adherencia al tratamiento es que las personas deben conocer cómo es su tratamiento y la utilidad que representa el uso de ciertos medicamentos (Barra, 2003). Ante esto se desprende la idea de implementar medidas educativas mediante consejerías entregadas por el profesional psicólogo/a, bajo el alero de los conceptos claves de la psicología de la salud, el cual permitiría entregar mayor y mejor información en un tiempo adecuado y bajo criterios de calidad en atención con técnicas asertivas y facilitadoras del enriquecimiento personal.

Frente al diagnóstico de la enfermedad crónica es necesario que las personas reciban en su contexto psicosocial el apoyo o contención necesarios para integrar el nuevo estilo de vida que deberán comenzar. Para eso se necesitará del apoyo que su grupo de referencia pueda brindar o las demás redes que puedan existir para favorecer el bienestar de la persona diagnosticada con DMT2 (Ledón, 2012).

En este aspecto cumple un rol fundamental el apoyo psicosocial el cual contribuirá en la contención y ayuda a la persona diagnosticada con la enfermedad crónica. Para efectos de esta investigación se intentó analizar las formas de apoyo psicosocial que reconocen las personas con la enfermedad crónica. Las personas reconocen como redes importantes para ellos las compuestas por su familia más cercana (hijos, cónyuges o amigos cercanos), red primaria que cumple un rol fundamental desde el diagnóstico de la enfermedad, ya que es ésta quien contiene, apoya y cuida al diagnosticado. Ocupa un rol muy importante ya que gracias a esta red la persona logra soportar las fases de inicio de la enfermedad y acompaña en la búsqueda de ayuda o de aprendizaje. También esta red de apoyo es quien ayuda en los cambios de estilo de vida, empatizando y realizando diversas actividades para motivar al diabético en su proceso de cambio. Por ejemplo quienes conforman esta red son las personas que tratan de realizar actividad física, motiva

en los cambios de alimentación y ayuda en recordar la ingesta diaria de los medicamentos. También en algunas instancias las personas de esta red buscan información en redes sociales o de diferentes medios para intentar informar a la persona diagnosticada y así motivarle a acudir a la otra red que se reconoce como importante, la red secundaria compuesta específicamente por los Centros de Salud Familiar, son éstos centros los encargados de realizar el proceso formal de atención médica, bajo los estándares entregados por el Ministerio de Salud. Es en este lugar donde la persona con DMT2 obtiene cierta información respecto a su enfermedad y el tratamiento farmacológico para disminuir el riesgo del empeoramiento de la calidad de vida. No obstante, los entrevistados/as mencionan la falta de espacios y tiempos adecuados para conseguir la información necesaria, ya que bajo el modelo de salud familiar de la atención primaria el tiempo y el trabajo realizado por los médicos y demás profesionales es muy limitado y poco asertivo. Razón por la cual muchas veces las personas no generan adherencia al tratamiento, ya que la calidad de la atención recibida no es la óptima. Ante esto, los participantes mencionan la necesidad de que existan en la provincia diversas agrupaciones o entidades que realicen un trabajo integral en la ciudadanía. Empíricamente se observa que existen experiencias similares en España y México, en donde se realiza un trabajo de promoción y prevención de la enfermedad crónica, además de realizar el trabajo de contención y abordaje psicológico a las personas que son diagnosticadas con DMT2. En Chile, sólo se trabaja desde el enfoque biomédico bajo el amparo del Ministerio de salud el cual facilita la atención bajo las garantías explícitas de salud, dejando de lado cualquier otro aspecto psicosocial importante para la población.

Es por esto que se vuelve relevante desde lo psicosocial el aporte que pueda realizar el psicólogo, el cual pudiese fomentar la creación de redes y grupos que realicen el trabajo que se necesita: abordaje, apoyo, contención e información a la ciudadanía respecto a la importancia de prevenir y educar respecto al riesgo de desarrollar DMT2 o de lo contrario si ya se presenta en las personas ayudarlas a conocer más respecto a su enfermedad, generar adherencia y motivarles a realizar cambios en sus estilos de vida, conductas importantes para generar adaptación y ajustes adecuados en torno a la enfermedad.

Para finalizar el proceso de investigación considero que es de importancia mencionar el anclaje que se realizó desde el punto de vista epistemológico y el método utilizado para lograr teoría y contribuir tanto disciplinar como socialmente.

El paradigma constructivista menciona que quien domina la experiencia, crea y conoce su realidad tal cual es, es precisamente el objeto de estudio (Cubero, 2005). Ante esto, mediante la investigación cualitativa se accedió a la realidad, experiencias y vivencias de las personas diagnosticadas con DMT2. Utilizando la técnica de la entrevista para recolectar la información necesaria, actividad que se transformó en el rol principal del investigador en relación al objeto de estudio, para luego mediante el diseño fundamentado estructurar el conocimiento y lograr la teoría para contribuir a la ciencia psicológica y así cumplir con el aporte disciplinario.

Por otra parte, desde el punto de vista social, con la presente investigación se da cabida a la opinión que expresan las personas respecto a la enfermedad, a la atención que reciben, a las necesidades que ellos identifican como importantes y que a su parecer hacen falta para mejorar en atención de calidad y que se logre una más integral. Por último se considera la falta de apoyo e información hacia la comunidad por parte de otros tipos de redes ajenas a las de los centros de salud respecto a la enfermedad crónica, para trabajar en promoción y prevención de la considerada según la OMS (2016) como una de las enfermedades con mayor prevalencia en el mundo. En este aspecto, utilizando la teoría fundamentada mediante el análisis de datos, con el método comparativo constante, se buscó las similitudes y diferencias existentes entre la teoría y los relatos de las personas con el fin último de generar nuevos conceptos y propiedades para lo que ya existe y así lograr el enriquecimiento de los marcos teóricos utilizados.

## VIII. Referencias Bibliográficas

1. Adich.cl. (2017). Asociación de Diabéticos de Chile.  
[online] disponible en <http://www.adich.cl> recuperado el 5 mayo de 2017.
2. Almaguer, A., Miguel, P., Será, C., Mariño, A y Oliveros, R (2012)  
Actualización sobre diabetes mellitus. *Correo científico médico*. 16 (2).
3. Alvarez, L. (2010). Modelos biológicos del cambio: de los modelos centrados en el individuo a los modelos psicosociales en psicología de la salud. *Psicología y salud*. 20(1): p.p. 97-102.
4. Andrade, M., De Carvalho, C. y Soares de Lima, S. (2009). Teoría Fundamentada en los datos – aspectos conceptuales y operacionales: Metodología posible de ser aplicada en la investigación en la enfermería. *Revista Latino- am enfermagem*. 17, (4).
5. Ardila, R. (2003), Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 35 (2): p. 161-164.
6. Arias, C. (2009), La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. *Revista de psicología da Imed*. 1 (1): p. 147-158.
7. Arantzamendi, M., Gordo, C., López-Dicastillo, O. y Vivar, C. (2010). La teoría fundamentada como metodología de investigación cualitativa de enfermería. 17, (4).
8. Barra, E. (2003), Psicología de la salud. Mediterráneo: Santiago, Chile.
9. Blanco, A. y Rodríguez, J. (2007). Intervención psicosocial. Madrid, España: Pearson educación S.A.
10. Cabrera, A., Tascón, G. y Lucumí, D. (2001), Creencias en salud: historia, constructos y aportes al modelo. *Revista facultad nacional de salud pública*. 19(1): p.p 90-101
11. Cantón, E. (2001). Deporte, salud, bienestar y calidad de vida. *Cuadernos de psicología del deporte*. 1 (1): p. 27-38.
12. Carrero, V., Soriano, R. y Trinidad, A. (2012). Teoría Fundamentada *Grounded Theory* El desarrollo de teoría desde la generalización conceptual. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
13. Cid, O., Orellana, A. y Barriga, A. (2010), Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Revista médica de Chile*. 138:p.p. 551-557

14. Clemente, M. (2003). Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica. *Interdisciplinaria*. 20 (1): p. 30-60.
15. Corbin, J. y Strauss, A. (2002). Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia.
16. Cubero, R. (2005) Elementos bases para un construccionismo social. *Avances en psicología latinoamericana*. 23:p.p. 43-61.
17. Delval, J. (2001). Hoy todos son constructivistas. *Educere*, octubre-diciembre, 353-359.
18. Díaz, R. (2002). Psicología social de las Américas. México: Pearson educación.
19. Diabetes, F. (2017). Fundación para la Diabetes. [Online] Fundaciondiabetes.org. disponible en <http://www.fundaciondiabetes.org/> recuperado el 6 mayo de 2017.
20. Durán, B., Rivera, B. y Franco, E. (2001). Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, 43(3), pp.233-236.
21. Echeburúa, E. y De Corral, P. (2005). La resistencia humana ante los traumas del duelo. *Covite*. p.p 159-189. Recuperado de [https://scholar.google.cl/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=echebur%C3%BAa%2C+de+corral+y+amor+2005&btnG](https://scholar.google.cl/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=echebur%C3%BAa%2C+de+corral+y+amor+2005&btnG)
22. Fawas, M. y Vallejos, M. 2008). Construyendo participación ciudadana a nivel local: La experiencia de los pequeños productores agropecuarios de la provincia de Nuble. *Theoria*, Vol. 17.
23. Fernández, A. y Rodríguez, V. (2002). Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de atención primaria (I): el proceso de duelo. *Dinámica familiar*. 12 (3):p.p 218-235. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113157682002000300008&script=sci\\_arttext&lng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113157682002000300008&script=sci_arttext&lng=en)
24. Fernández, L. (2006). ¿Cómo analizar los datos cualitativos?. Recuperado de: <http://www.ub.edu/ice/recerca/pdf/ficha7-cast.pdf>

25. Flick, U. (2012). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid, España: Ediciones Morata.
26. Fmdiabetes.org. (2017). Federación Mexicana de Diabetes. [Online] disponible en <http://fmdiabetes.org/>.
27. García de la Cruz, J. y Zarco, J. (2008). *La familia discapacitada*. España: Omagraf S.L.
28. García, J. (2006). Aportaciones de la Teoría de las Atribuciones Causales a la Comprensión de la Motivación para el Rendimiento Escolar. *Ensayos*, Vol. 21, pp. 217-232.
29. Gil, O.; Sil, M.; Domínguez, F.; Torres, J. y Medina, D. (2013). Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo dos. *Revista médica del instituto mexicano del seguro social*. 51 (1): p. 104-119.
30. González, M. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista iberoamericana de educación*. (29), pp. 85-103.
31. Guzmán, J., Huenchuan, S. y Montes de Oca, V. (2003). *Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual*. *Notas de población*, 29 (77): p. 35-71.
32. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*, 5ta. Ed. México: McGrawHill.
33. Jones, D., Manzelli, H. y Pecheny, M. (2004). Grounded Theory. Una aplicación de la teoría fundamentada a la salud. *Revista Cinta de Moebio* 19: 38- 54.
34. Labiano, M. (2010). Estrategias de mejoramiento de la calidad de vida. *Psicología de la salud y calidad de vida*. 3 (1): p. 299-336.
35. Laguna, S., Caballero, C., Lewis, V., Mazuera, S., Salamanca, J., Daza, W. y Fourzall, A. (2007). Consideraciones éticas en la publicación de investigaciones científicas. *Salud uninorte*. 23 (1): p.p 64-78.
36. Ledón, L. (2012). Psychosocial impact of diabetes mellitus, experiences, meanings, and responses to disease. *Revista Cubana de Endocrinología*, 23(1), 76-97.
37. López, C. y Avalos, M. (2013). Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. *Revista Cubana Salud Pública*. 39 (2): p. 331-345.

38. López, R. (2010). Para una conceptualización del constructivismo. *Revista Mad.* (23); 25-30.
39. Martínez, B. y Torres, L. (2007), Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulino dependiente. *Psicología y salud*, 17(2):229-240.
40. Mediavilla, J. (2015). Guías Clínicas. Diabetes mellitus. *Guías clínicas Semergen*. P. 3-55.
41. Miaja, M. y Moral, J. (2015). Predictores de respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud. *Revista internacional de psicología*. 14 (2): p.p 1-37. Recuperado de: [https://scholar.google.cl/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=presencia+de+duelo+ante+la+perdida+de+la+buena+salud+MIAJA+Y+MORAL&btnG](https://scholar.google.cl/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=presencia+de+duelo+ante+la+perdida+de+la+buena+salud+MIAJA+Y+MORAL&btnG)
42. Ministerio de Agricultura. (2013). Visión, logros y desafíos. Mundo rural para Chile en el siglo XXI. Fundación para la innovación agraria.
43. Ministerio de salud (2015), Guía clínica diabetes mellitus tipo 2. Santiago. Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c3e23d1e04001011f011398.pdf>
44. Modelo integral de salud: familiar y comunitario. Centros de salud familiar y hospitales comunitarios en Ñuble. Servicio de salud Ñuble. <http://www.serviciodesaludnuble.cl/sitio/>
45. Montero, M. (2012) Introducción a la psicología comunitaria: desarrollo, conceptos y procesos. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
46. Munné, F (1999) Constructivismo, construccionismo y complejidad: la debilidad de la crítica en la psicología construccionista. *Revista de Psicología Social* 14 (2-3): 131-144.
47. Mussi, C.(2010) Enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes y cáncer. *Psicología de la salud y calidad de vida*. 3:p.p 113-148.
48. Noreña, A., Alcaraz, N., Rojas, J. y Rebolledo, D. (2012). Aplicabilidad de criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichán*, vol.12, n.3, pp. 263-274. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php.?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972012000300006](http://www.scielo.org.co/scielo.php.?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000300006)
49. Olivares, J. y Arellano, A. (2008). Bases moleculares de las acciones de la insulina. *Revista de educación bioquímica*. 27 (1):p.p 9-18.

50. Onnetto, H (2004). Constructivismo en psicología. *Pharos*. 11(1); 37-49.
51. Organización mundial de la salud (2010), estudio de prevalencia de la diabetes tipo 2 y sus factores de riesgo: reporte técnico. El paso, Texas. Recuperado de: [http://www.who.int/nmh/publications/diabetes\\_report\\_mexico/es/](http://www.who.int/nmh/publications/diabetes_report_mexico/es/)
52. Pineda, N, Bermúdez, V, Cano, C, Ambard, M, Mengual, E, Medina, M, Leal, E, Martínez, Y, y Cano, R. (2004). Aspectos Psicológicos y Personales en el manejo de la Diabetes Mellitus. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 23(1), 13-17.
53. Ponce, J., López, L., Velásquez, A., Márquez, E., Bellido, M. y Cruz, F. (2009). Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes. *Index de Enfermería*, 18(4), 224-228.
54. Quecedo, R. y Castaño, C. (2002). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de psicodidáctica*, 14. Recuperado de: [http:// www.Redalyc.org/articulo.oa?id=17501402](http://www.Redalyc.org/articulo.oa?id=17501402)
55. Rada, D. (2006). Credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad en investigación cualitativa. *Revista Ipasme*. Recuperado de: [http:// revistas.Upel.Edu.Ve/index.php/sinopsis\\_educativa/article/view/3539/1715](http://revistas.Upel.Edu.Ve/index.php/sinopsis_educativa/article/view/3539/1715)
56. Raymond, E. (2005). La teorización anclada (grounded theory) como método de investigación en ciencias sociales: en la encrucijada de dos paradigmas. *Cinta Moebio*. 23: pp. 217-227.
57. Robles, R.(2010) Manejo de enfermedades crónicas y terminales. *Psicología de la salud y calidad de vida*. 3:p.p 249-275.
58. Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1999). Metodología de la investigación cualitativa. Málaga, España: Ediciones Aljibe.
59. Rojas, E., Molina, R. y Rodríguez, C. (2012). Definición, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. *Revista venezolana de endocrinología y metabolismo*. 10 (1): p.p 7-12.
60. Rondón, J. (2011). Variables psicosociales implicadas en el mantenimiento y control de la Diabetes Mellitus: aspectos conceptuales, investigaciones y hallazgos. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. 14(2):126-162.
61. Ruiz, J. (2012). Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto.

62. Salas, C. y Garzón, M. (2013). La noción de calidad de vida y su medición. *CES Salud pública*. 4: p.p 36-46.
63. Servicio de Salud Ñuble (2017). Mas de 96 mil personas en Ñuble reciben tratamiento gratuito para la diabetes e hipertensión a través del fondo de farmacia. Chillán, Chile: página del Servicio de Salud Ñuble. Recuperado de: [http:// www. Serviciodesaludnuble.cl/sitio/mas-de-96-mil-personas-e-nuble-reciben-tratamiento-gratuito-para-la-diabetes-e-hipertension-a-traves-del-fondo-de- farmacia/](http://www.serviciodesaludnuble.cl/sitio/mas-de-96-mil-personas-e-nuble-reciben-tratamiento-gratuito-para-la-diabetes-e-hipertension-a-traves-del-fondo-de-farmacia/)
64. Sluzki. (2014). Personal social networks and health: conceptual and clinical implications of their reciprocal impact. *Families, systems and health*. 28 (1):1-18.
65. Strauss, A. y Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Universidad de Antioquía, Colombia.
66. Stojanovic, L. (2002). El paradigma constructivista en el diseño de actividades y productos informáticos para ambientes de aprendizaje "on-line". *Revista de Pedagogía*. 22(66); 73-98.
67. Soto, F., Lacoste, J., Papenfuss, R. y Gutierrez, A. (2013). El modelo de creencias en salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. *Revista española de salud pública*. 71:p.p 335-341.
68. Velarde, E. y Ávila, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud pública de México*. 44 (4): p.p. 349-361.
69. Vinaccia, S. y Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Perspectivas en psicología*. 1 (2):p.p.125-137.

## **IX. Anexos**

## IX. 1 Consentimiento informado



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO



### Consentimiento Informado

El siguiente documento tiene como finalidad informar sobre el contexto de su participación y características de la investigación, para así orientar su decisión a participar en este trabajo de investigación. La investigación busca caracterizar las experiencias de vivir con DMT2 reportadas por personas de Ñuble.

Para esto se utilizará la entrevista como técnica recolectora de información, razón por la cual usted será quien otorgue la información necesaria para realizar este trabajo investigativo. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. La información obtenida será de uso exclusivo para la investigación, el cual sólo podrá ser revisado por el académico supervisor y el estudiante. Las entrevistas serán grabadas sólo para fines de transcripción y facilitar el trabajo. Su participación es voluntaria y anónima. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Usted puede retirarse cuando lo estime conveniente. El desarrollo de este proceso no acarrea ningún beneficio ni perjuicio a su integridad física o psicológica. Tampoco genera gastos aparentes, salvo los de la locomoción para llegar al lugar de encuentro, los cuales deberán ser asumidos por usted.

Desde ya le agradezco su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, me han indicado también que tendré que responder preguntas de una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 60 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Alex Sáez Riquelme al teléfono +56981469000.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

\_\_\_\_\_  
Estudiante tesista

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Participante

Autorizo grabación de las entrevistas SI \_\_\_ NO \_\_\_

## **IX.2 Pauta de entrevista para objetivo específico número uno**

**Objetivo Específico 1:** Identificar las creencias sobre su enfermedad que construyen las personas diagnosticadas con DMT2.

1. ¿Qué me podría decir respecto del padecimiento de DMT2?
2. ¿Qué ideas surgieron una vez diagnosticado con la enfermedad?
3. ¿Cómo enfrentó el desarrollo de la enfermedad?
4. ¿Cuáles fueron las sensaciones que surgieron los primeros días después del diagnóstico?
5. ¿Qué tan preparado se siente para enfrentar la progresión de esta enfermedad?
6. ¿Qué características le puede asignar a la enfermedad?

## **IX. 3 Pauta de entrevista para objetivo específico número dos**

**Objetivo específico 2:** Describir los cambios psicosociales que reportan las personas a partir del diagnóstico de DMT2.

1. ¿Qué hábitos o costumbres mantenía antes de ser diagnosticado con diabetes?
2. ¿Qué hábitos o costumbres mantiene ahora que ha sido diagnosticado con diabetes?
3. ¿Qué pensamientos o ideas han surgido en usted, su familia y sus amigos en torno al desarrollo de la enfermedad?
4. ¿Es posible mencionar algunos cambios que pudiese haber desarrollado ante la evolución de la enfermedad? Descríbamelos

5. ¿Qué reflexión puede construir en torno a los cambios que usted pueda reconocer que ha realizado en su vida producto a la evolución de la enfermedad?

#### **IX. 4 Pauta de entrevista para objetivo específico número tres**

**Objetivo específico 3:** Analizar las formas de apoyo psicosocial que reconocen las personas como relevantes a partir del diagnóstico de DMT2.

1. ¿Existen factores externos a usted que le hayan ayudado en el transcurso de la enfermedad? Descríbalos.
2. ¿De qué manera su familia ha brindado apoyo para enfrentar su estado de salud? Descríbame.
3. ¿Qué persona identifica como significativa para poder obtener ayuda en caso de ser necesario?
4. Al presentarse alguna problemática referente a su salud, o reporta alguna necesidad, ¿a qué grupo u organización recurre?
5. ¿Conoce la existencia de alguna red a nivel de su sector, comuna o ciudad que apoye a las personas con diabetes?
6. ¿Considera usted necesaria la existencia de redes de apoyo a personas con DMT2? ¿Qué importancia le otorga usted a esto?
7. ¿Podría construir alguna reflexión respecto a la ayuda que le pueden brindar los grupos ya sean familiares, comunales o las redes macro de atención?

