



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

**SIGNIFICADO DEL TRATAMIENTO EN ADULTOS MAYORES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRO EN ENFERMERÍA

(EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA)

PRESENTA:

JESUS RAMON MERINO DE LA ROSA

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. MA. SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CIUDAD DE MÉXICO

MAYO 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



VNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

DR. ISIDRO AVILA MARTÍNEZ
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR, UNAM.
P R E S E N T E:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día 26 de febrero del 2016, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Educación en Enfermería) del alumno JESÚS RAMÓN MERINO DE LA ROSA con número de cuenta 305043715, con la tesis titulada:

"SIGNIFICADO DEL TRATAMIENTO EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2"

bajo la dirección del(a) Doctora María Susana González Velázquez

Presidente : Doctora Virginia Reyes Audiffred
Vocal : Doctora María Susana González Velázquez
Secretario : Doctora Diana Cecilia Tapia Pancardo
Suplente : Doctor Marco Antonio Cardoso Gómez
Suplente : Doctor José Salvador Sapien López

Sin otro particular, quedo de usted.

A T E N T A M E N T E
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
CD.MEX., a 7 de abril del 2016

DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA



C.c.p. Expediente del interesado

**COORDINACIÓN DEL POSGRADO
DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

JEG-F6

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo se llevó a cabo gracias al apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), institución que otorgó la beca para cursar los estudios de Maestría en Enfermería en la U.N.A.M. durante el periodo 2014-2015. Número de becario: 590376.

A todos aquellos profesores y administrativos del Programa de Maestría en Enfermería U.N.A.M. quienes con su influencia, experiencia y apoyo fueron parte importante para la realización de esta investigación.

A la Maestra Elsa Correa Muñoz, por su valioso apoyo, por haber creído en mí y ser una parte fundamental para que haya podido cursar los estudios de Maestría.

A la Doctora Susana González Velázquez por su asesoría, apoyo y confianza brindada a lo largo de estos dos años, por creer en mí y ser una excelente profesional y por su calidad humana.

A la Doctora Virginia Reyes Audiffred, por su valiosa e invaluable colaboración para este proyecto, por su apoyo sincero e incondicional y por su gran calidad humana y profesional.

A todos aquellos seres, personas, amigos y familiares que me apoyaron en formas diferentes a concluir mis estudios y para la realización de este proyecto, están en mi mente y en mi corazón.

DEDICATORIAS

A mis padres Silvia de la Rosa y Ramón Merino, así como a mi hermana Alejandra Merino; por ser el motor que me impulsa a vencer todos los obstáculos y propósitos a lo largo de mi vida; por su amor, apoyo y entrega incondicional en todos los aspectos de mi vida, porque fueron parte importante para la conclusión de este proyecto.

A Daniel Nequiz, por ser el mejor hermano que pude haber tenido, por ser siempre una fuente de desahogo en los momentos complicados, por su particular apoyo para la conclusión de este trabajo y otros logros personales.

A Gustavo Martínez, Jonatan Castro, Saul Castro y Alejandro Castro, por ser una importante de red apoyo en los momentos necesarios e importantes, por su sincera amistad y compañía. Por su apoyo y lealtad.

Finalmente, a Dios y a todos aquellos seres que me brindan su amor para encontrar la luz en los momentos de oscuridad. Gracias infinitas por las oportunidades, bendiciones y por ayudarme a encontrar mi camino y a evolucionar con cada experiencia vivida.

ÍNDICE

1. DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO.....	7
2. REVISIÓN DEL ESTADO DEL ARTE.....	8
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
3.1 Importancia del estudio.....	12
3.2 Propósito de la investigación.....	14
3.3 Objetivos.....	14
3.4 Pregunta de investigación.....	15
3.5 Marco conceptual/referencial.....	15
3.5.1 Panorama epidemiológico de la diabetes mellitus	15
3.5.2 Generalidades de la diabetes mellitus tipo 2 en el anciano	17
3.5.2.1 Epidemiología	17
3.5.2.2 Fisiopatología.....	18
3.5.2.3 Tratamiento.	19
3.5.3 El adulto mayor en la sociedad.....	23
3.5.3.1 Pobreza y vulnerabilidad de la gente mayor	24
3.5.3.2 Vulnerabilidad y dependencia del adulto mayor	25
3.5.3.3 Familia y red social del adulto mayor	26
3.5.3.3.1 La familia: un sistema de protección informal para el adulto mayor	26
3.5.3.3.2 Red social del adulto mayor.....	27
3.5.4 Entendiendo el significado a partir de la Teoría de los Constructos Personales	28
3.5.4.1 Postura filosófica	29
3.5.4.2 Hechos y conclusiones.....	30
3.5.4.3 El significado de los acontecimientos.....	31
3.5.4.4 Postulado básico	32
3.5.4.4.1 Corolario de construcción.....	32
3.5.4.4.2 Corolario de individualidad	33
3.5.4.4.3 Corolario de organización.....	33
3.5.4.4.4 Corolario de dicotomía.....	34
3.5.4.4.5 Corolario de elección	35
3.5.4.4.6 Corolario de rango	36
3.5.4.4.7 Corolario de experiencia.....	36
3.5.4.4.8 Corolario de modulación.....	37
3.5.4.4.9 Corolario de fragmentación.....	38
3.5.4.4.10 Corolario de comunalidad	38
3.5.4.4.11 Corolario de socialidad	39
4 METODOLOGÍA.....	40
4.1 Diseño	40
4.2 Contexto o lugar donde se realizó el estudio.....	41
4.3 Participantes	42

4.4 Técnicas de recolección de la información.....	44
4.5 Análisis de los datos. Rigor Metodológico	45
4.6 Protección de la intimidad.....	51
4.7 Consideraciones éticas del estudio	52
5 RESULTADOS Y DISCUSIÓN	56
A. EL MUNDO VIVIDO	56
A1. Aceptar la realidad de la enfermedad	58
A2. Las dos caras del miedo	60
A3. Redes de apoyo informales.....	63
B. EL APEGO AL TRATAMIENTO	66
B1. Vivencias con los servicios de salud.....	67
B2. Aprendizajes relacionados al tratamiento	70
B3. Empoderamiento.....	72
6 CONCLUSIONES.....	77
6.1 Aportaciones	77
6.1.1 Aportaciones a la disciplina	77
6.1.2 Aportaciones a la práctica	78
6.1.3 Aportaciones a la investigación	80
6.1.4 Aportaciones a las políticas públicas	82
7 ANEXOS	84
7.1 Carta de consentimiento informado.....	84
7.2 Condicionantes sociales de la diabetes mellitus tipo 2 para el cumplimiento o no cumplimiento del tratamiento.	85
7.3 Temporalización	86
8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89

1. DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO.

El interés por realizar la presente investigación surge, en primera instancia, por los antecedentes heredofamiliares del propio investigador relacionados a la diabetes mellitus tipo 2 (DMT2). Posteriormente, de la experiencia previa en el trabajo con adultos mayores durante el servicio social y las actividades profesionales en el campo laboral, lo que a la vez motivó el haber cursado un Diplomado en Gerontología.

A raíz de estas experiencias previas, así como de lo observado durante el ejercicio de la práctica profesional, es importante resaltar que se identificaron ciertos desencuentros entre los objetivos establecidos por parte de los programas de intervención para prevenir y controlar la diabetes mellitus tipo 2 en el adulto mayor, con lo observado en la práctica diaria de la profesión, ya que las cifras señalan el incremento de los índices de morbimortalidad de la población adulta, el aumento en la incidencia de la enfermedad en adultos mayores, el aumento de las complicaciones que generan discapacidad y limitaciones funcionales para realizar actividades básicas e instrumentales para la vida diaria (ABVD y AIVD, respectivamente), el aumento de los costos para el tratamiento de la enfermedad y sus complicaciones, así como la disminución en la calidad de vida de los adultos mayores, entre otros aspectos. Es decir, que a pesar de la existencia e implementación de programas para prevenir, controlar y limitar complicaciones de la diabetes, muchas personas recurren al no cumplimiento del tratamiento aun cuando puedan estar conscientes e informados sobre el impacto y las repercusiones que esto trae para su salud.

Como consecuencia del predominio biológico en los escenarios clínicos de atención sanitaria, los objetivos del tratamiento para la diabetes mellitus tipo 2 en el anciano se enfocan en su mayoría a controlar o limitar los signos y síntomas del padecimiento, excluyendo de esta manera las dimensiones psicológicas y emocionales de los individuos enfermos así como los condicionantes sociales a los que se enfrentan, por lo que en la práctica clínica los pacientes son

catalogados y señalados como necios, incumplidos e irresponsables, lo que provoca que el régimen terapéutico sea visto como una imposición por parte de las personas que padecen esta enfermedad. Por tal motivo esta investigación aborda, desde un enfoque cualitativo, las experiencias y significados propios de un grupo de adultos mayores en relación al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, con la finalidad de comprender los aspectos relacionados a los propios sujetos padecientes de tal enfermedad, y poder así implementar las estrategias pertinentes para generar un impacto positivo en los niveles de incidencia y mortalidad en la población mayor.

2. REVISIÓN DEL ESTADO DEL ARTE

En 2008, Muñoz estudió los significados simbólicos de pacientes adultos con enfermedades crónicas, en donde la diabetes fue descrita como una enfermedad que invade, irrita y descontrola, presentándose como una enfermedad no comprendida¹. La familia es percibida con ambigüedad ya que es considerada como un grupo controlador al igual que el personal de salud quienes se limitan a considerarlos como transgresores de las reglas. En el mismo año, Gomes y cols. resaltan una baja adherencia en relación a las recomendaciones para la dieta y ejercicio en su población de estudio².

En 2012, Andrade y cols. realizaron un estudio para conocer las creencias en salud de las personas con diabetes³, las cuales se entendieron a partir de las afirmaciones que concibieron y sintieron como verdaderas respecto a sus experiencias, a los que atribuyen el origen de su enfermedad; y las cuales también dirigieron sus acciones para afrontar la enfermedad (hábitos saludables y apoyos para el cuidado de la enfermedad).

Troncoso y cols. en 2013 interpretaron la percepción de los factores que determinan la adherencia al tratamiento prescrito en adultos con diabetes mellitus tipo 2, destacando la importancia que los usuarios le dan al conocimiento de la

patología como una fortaleza para mantener su adherencia terapéutica⁴. Sin embargo, algunos sólo consideran como tratamiento a la ingesta de fármacos, dejando fuera a la actividad física y la dieta saludable. En el mismo tenor, Montiel y Domínguez realizaron una aproximación cualitativa al estudio de la adhesión al tratamiento, encontrando que aun cuando son conscientes de los efectos negativos cuando incumplen con la actividad física y la dieta, sólo consideran a la medicación como tratamiento principal⁵. Así mismo, los síntomas y complicaciones que experimentan son atribuidos a su condición de viejos y no necesariamente a la enfermedad.

En cuanto a alimentación, Calderón y Ojeda identificaron que el apego al régimen dietético en el adulto mayor es considerado por su población de estudio como un sacrificio muy grande debido a que los alimentos que les gustan y acostumbran comer se vuelven perjudiciales para el control de la diabetes, resultando una tarea dolorosa⁶. Un año más tarde, en 2011, Navarrete y cols. describen que para los informantes de su investigación, el autocuidado en la alimentación varía dependiendo de la consciencia que tengan acerca del riesgo que implica el desapego de una dieta específica⁷. Resultados similares obtuvieron Guerrero y cols., en los que el cuidado en la alimentación resultó ser subvalorado al minimizar el riesgo que implica el no llevar una dieta ordenada, reaccionando con ira ante la amenaza de perder su autonomía⁸.

Ávila y cols. estudiaron la percepción de las barreras personales y sociales hacia el tratamiento de personas con estados crónicos. En diabetes, las barreras percibidas fueron: creencias relacionadas con el tratamiento, falta de conocimientos y habilidades para la dieta, descontento con la dieta, falta de apoyo familiar, dificultades económicas, falta de conocimientos sobre la medicación, indiferencia hacia el ejercicio, desconfianza y temor a los estudios de laboratorio⁹. Por su parte, Siqueira y cols. estudiaron las dificultades de los pacientes con diabetes para el control de la enfermedad en relación al tratamiento, donde principalmente resaltan: el rechazo y la negación de la condición de enfermo, el

sufrimiento debido a las restricciones impuestas por la alimentación, actividad física y medicamentos¹⁰.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes mellitus es considerada actualmente como una epidemia mundial por su alta prevalencia, por las incapacidades y la muerte prematura que provoca, por la disminución en la calidad de vida de quienes la sufren y por sus implicaciones sociales, económicas y personales.

En el año 2013, la Federación Internacional de Diabetes (IDF) resaltó que la prevalencia global de diabetes en personas con edades comprendidas entre 60 y 79 años fue del 18.6%, lo equivalente a más de 134.6 millones de personas. Así mismo, mencionó que para el año 2035 se prevé que ese número aumente a más de 252.8 millones¹¹. Por su parte, un año antes, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios, y que su incidencia se incrementa a partir de los 40 años de edad¹² y, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en México, la población de 60 a 64 años presentó la más alta prevalencia en el año 2011¹³. A su vez, la Secretaría de Salud (SS) informó que en 2008, la diabetes mellitus tipo 2 fue la principal causa de mortalidad en edad post-productiva (65 años y más) a nivel nacional¹⁴.

El ritmo acelerado de envejecimiento de la población aunado con el sedentarismo, malos hábitos alimenticios, estilos de vida poco saludables y otros factores socio-culturales contribuyen a los crecientes niveles de incidencia, prevalencia y mortalidad de este padecimiento. Su tratamiento incluye medidas farmacológicas y no farmacológicas y tiene como objetivo general el mantener la calidad de vida de la persona que la padece. Al respecto, los estudios realizados en este ámbito no han considerado al tratamiento de manera general, es decir, tanto el farmacológico

como el no farmacológico, pues sólo se han enfocado en estudiar de manera aislada la alimentación, el tratamiento farmacológico y el ejercicio físico.

En este sentido, es importante señalar la existencia de desencuentros entre los objetivos establecidos por parte de los programas para prevenir y controlar la diabetes mellitus tipo 2 con lo observado en la práctica diaria de la profesión, ya que las cifras señalan el constante incremento en la incidencia de la enfermedad en la población de adultos mayores con el consecuente aumento de complicaciones que generan discapacidad y limitaciones funcionales, así como la considerable disminución en su calidad de vida. Lo anterior refleja la ineficacia de los programas preventivos en relación a este padecimiento, ya que seguramente no se está dando una adecuada solución a las necesidades de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, lo que los orilla de cierta manera a incurrir en el no cumplimiento del tratamiento^{4,10,15,16}.

Por otro lado, en el caso de una enfermedad crónica degenerativa como la diabetes mellitus, los profesionales de la salud sólo se enfocan en entender el padecimiento desde un panorama muy limitado, centrándose únicamente en la corrección o estabilización de los signos y síntomas relativos a dicha enfermedad (modelo biológico), desconociendo así todo lo que les ocurre a los pacientes en su vida diaria¹⁷. En este sentido, se dejan de lado las dimensiones sociales, psicológicas o culturales de los individuos⁶. De esta manera cumplir con el tratamiento implica toda una complejidad psicológica que, por sí misma, demanda un análisis detallado para comprender cómo los procesos cognitivos impactan tanto en las decisiones que el propio paciente toma respecto a su padecimiento como en el tipo de comunicación establecida con los profesionales de la salud. En este contexto, la comprensión de barreras y facilitadores para la toma de decisiones sustentan las intervenciones de enfermería para promover o fortalecer condiciones favorables para el cumplimiento, fomentando así el control de la enfermedad a la vez que disminuyen las complicaciones derivadas de la misma, por lo que es importante considerar que el concepto de salud y la forma en que

cada persona se enfrenta a la enfermedad son concebidos a partir de experiencias personales, percepciones y significados.¹⁸⁻²⁰

Las vivencias, experiencias y significados que construyen las personas se han dejado de lado, al olvidar considerar a la persona enferma como un participante activo importante en la elaboración, seguimiento y modificación del tratamiento. Así mismo, los condicionantes sociales de la diabetes mellitus no son considerados en su totalidad, por lo que el panorama en este sentido es reducido por parte de las autoridades competentes en materia de salud para establecer las medidas específicas y pertinentes para resolver este problema.

De esta manera, es menester profundizar en el mundo de la persona que padece la diabetes mellitus para poder entender y comprender las razones de fondo que tienen para cumplir o no cumplir con el tratamiento médico y sobrellevar la enfermedad, cuenten o no con una cobertura de seguridad social, lo que permitirá alcanzar una mayor y más significativa comprensión de la condición humana para favorecer la adopción de decisiones más racionales relacionados al control de la enfermedad generando una mayor eficacia e impacto de los programas de salud.

3.1 Importancia del estudio

En México, durante el año 2011, 70 de cada 100 mil personas murieron por diabetes mellitus, la cual se concentró más en la de tipo 2, representando el 62% en mujeres y 61% en varones¹². Aun cuando la prevalencia es mayor en personas mayores de 60 años, una porción importante de los casos comienzan antes de los 40 años²¹, lo que favorece el inicio o agudización de complicaciones como consecuencia de una mayor exposición a la enfermedad y falta de apego al tratamiento, afectando la calidad de vida de las personas que la padecen y ocasionando muerte prematura.

Los motivos para no cumplir con el tratamiento son multifactoriales y en ocasiones difíciles de identificar. Estos incluyen la edad, el nivel de conocimiento de la enfermedad, el tiempo de diagnóstico, la complejidad del régimen terapéutico, la existencia de enfermedades concomitantes, factores psicológicos y cognitivos, cultura, factores económicos, comunicación con el personal de salud, entre otros^{15,18}. No obstante, en la práctica clínica, la persona enferma es vista como un “paciente pasivo”, es decir, como el portador de un rol de enfermo el cual debe cumplir de acuerdo a lo estipulado, reduciendo así al tratamiento como simple obediencia²⁰.

Tal y como señala Vaitsman (1992)²², un concepto ampliado de salud no puede solamente considerar la enfermedad como resultante de las formas de organización social de la producción, sino que también debe recuperar el significado del individuo en su singularidad y subjetividad en relación con los otros y con el mundo. Por su parte, Nettleton (1994) invita a tomar en consideración el impacto de la enfermedad en la vida diaria de quien la sufre, en sus relaciones sociales, en su identidad y en su sentido de pertenencia, en suma, de su experiencia²⁰. Estas personas, a pesar de ser quienes viven en carne propia la enfermedad, son a quienes poco o nunca se les toma en cuenta para entender el problema o para buscar alternativas para su atención²³.

Aunque la comunicación paciente-personal de salud es reconocida como esencial, estudios recientes apuntan que la relación interpersonal entre pacientes, enfermeros y demás profesionales de salud es aún considerada poco efectiva²⁴, lo que sin duda puede tener una fuerte influencia en la satisfacción, el control de la enfermedad y consecuentemente en los resultados de salud. En esta perspectiva, su fortalecimiento podrá tener importantes reflejos sobre la eficacia del tratamiento.

Por lo anterior, es necesario replantear los contenidos y estrategias implementadas por los profesionales de la salud en la educación de los pacientes

con diabetes, para lo cual se deben adquirir conocimientos de los aspectos psicosociales, epidemiológicos y fisiopatológicos de la enfermedad; desarrollar habilidades pedagógicas, fortalecer la capacidad de comunicación, escucha, comprensión y negociación que favorezca la adquisición de conductas responsables de autocuidado y modificación de estilos de vida saludables para lograr un mejor control de la enfermedad y disminuir con ello el riesgo de complicaciones y mejorar la calidad de vida^{25,26}.

3.2 Propósito de la investigación

El propósito de la presente investigación es fundamentalmente identificar, desde la perspectiva propia del adulto mayor, el significado que encierra el tratamiento (farmacológico y no farmacológico) de la diabetes mellitus tipo 2, lo que permitirá reconocer las barreras o los facilitadores para el apego al tratamiento que repercuten en el cumplimiento, y por lo tanto en el control de la enfermedad. El tipo de conducta y la postura que el adulto mayor adopte frente a la enfermedad puede depender del tipo de significado que el adulto mayor le otorgue, por lo que es necesario identificar las vivencias, experiencias y aprendizajes construidos por parte de los adultos mayores. Una vez identificados estos datos, el profesional de enfermería contará con las herramientas necesarias para modificar o replantear las estrategias empleadas en los programas de intervención para la prevención y control de la diabetes mellitus tipo 2 en los ancianos, para disminuir los índices de morbimortalidad de este grupo etario, incorporando y resaltando la importancia del factor personal o psicológico de los individuos en el tratamiento del padecimiento.

3.3 Objetivos

- Interpretar y analizar el significado que el adulto mayor con DMT2 le atribuye al tratamiento.
- Identificar la experiencia que tiene el adulto mayor en el cumplimiento del tratamiento de la DMT2.

3.4 Pregunta de investigación

Tomando en cuenta que en México son pocos los estudios realizados en adultos mayores para conocer el significado que el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 le atribuye al tratamiento (desde un enfoque cualitativo), surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el significado que el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 le atribuye al tratamiento?

3.5 Marco conceptual/referencial

3.5.1 Panorama epidemiológico de la diabetes mellitus

Actualmente, la Federación Internacional de Diabetes estima que aproximadamente 371 millones de personas padece esta enfermedad a nivel mundial y para el año 2030 se incrementará hasta alcanzar los 552 millones¹¹. Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios, y casi la mitad de esas muertes corresponden a personas menores de 70 años, así como a un 55% de mujeres. La mayoría de personas con esta enfermedad tienen entre 40 y 59 años de edad²⁷.

Para el año 2011, la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimaron que en el Continente Americano había aproximadamente 62.8 millones de personas con diabetes, y calcularon que en América Latina podría incrementarse de 25 a 40 millones en 2030¹. De igual manera, consideraron que esta enfermedad se encuentra entre las principales causas de muerte y discapacidad en la región de las Américas.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en el año 2012, la mitad de la población masculina de entre 60 a 69 años presentó sobrepeso, seguidos de los de 50 a 59 años (49%) y los de 40 a 49 años (45.1%); los hombres más obesos se concentran en los de 40 a 49 años (34.3%), seguidos

de los de 30 a 39 años y de 50 a 59 años (31.1 y 28.7%, respectivamente); es decir, la población masculina entre los 30 a 59 años se encuentra expuesta al riesgo de padecer diabetes²⁸. Considerando que la obesidad es un factor de riesgo muy alto para la presencia de la diabetes, llama la atención que casi una cuarta parte de las mujeres de entre 20 a 29 años sean obesas; a partir de este grupo se observa un incremento en la presencia de obesidad hasta el grupo de 50 a 59 años, donde 48 de cada 100 mujeres de ese grupo de edad son obesas, y es a partir de este grupo que inicia una disminución. En resumen, las mujeres están más expuesta al riesgo de presentar diabetes que los hombres.

Por otra parte, la misma ENSANUT en el mismo año, reportó que del total de la población que asistió a servicios de medicina preventiva para realizarse una prueba de detección de diabetes durante el último año, 1.5% tuvo resultados positivos. Así mismo, la SS informó que en 2011, del total de la población que se realizó la prueba de detección, 49.8% fue población no asegurada y 50.2% asegurada; y de ésta, en nueve de cada 100 pruebas en población no asegurada y dos de cada 100 en la asegurada, tuvieron un resultado positivo en la prueba¹⁴. Para el caso de la población asegurada o derechohabiente, el Distrito Federal (7.4%), Morelos (4.4%), Baja California (4.2%) y Durango (4.1%) fueron las entidades que presentaron los porcentajes más altos de diagnósticos positivos de diabetes.

Como se mencionó, la diabetes tipo 2 es alta en México; por grupo de edad, la tasa de mortalidad observada aumenta con la edad de las personas, alcanzando el punto máximo en la población de 80 años y más años (638.47 de cada 100 mil habitantes de esa edad), seguida de las personas de 75 a 79 años (498.44 casos). Por sexo, aunque la tendencia es la misma, mueren más hombres que mujeres entre los 20 a 74 años; por ejemplo, en la población de 60 y 64 años por cada 203 hombres que fallecen lo hacen 185 mujeres²⁹.

3.5.2 Generalidades de la diabetes mellitus tipo 2 en el anciano

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica no transmisible debida a una deficiencia absoluta o relativa de la insulina que elaboran las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas, a un defecto de la acción o mala utilización de la hormona en los tejidos orgánicos, o a ambas circunstancias, con lo que resulta un metabolismo inadecuado de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas cuyo principal indicador es la hiperglucemia.^{4,5} En el adulto mayor, la regulación de la glucosa es más susceptible de presentar anomalías que en el joven³⁰, sin embargo lo que se observa con frecuencia son las degeneraciones vasculares y nerviosas, como la aterosclerosis, la neuropatía, la nefropatía y la retinopatía. Todas estas circunstancias provocan una serie de repercusiones en el anciano que van desde la limitación física hasta la muerte prematura.

3.5.2.1 Epidemiología

La DMT2 representa el 90% de los casos mundiales¹ y se debe en gran medida a la ejecución de hábitos y estilos de vida inadecuados.

En México, aun cuando la prevalencia es más alta en las personas mayores de 60 años de edad, una proporción importante de los casos inicia la enfermedad antes de los 40 años, lo que tiene implicaciones considerables con un mayor tiempo con la enfermedad, lo que expone a periodos más largos de hipoglucemias y esto favorece al inicio o agudización de las complicaciones, las cuales afectan la calidad de vida de las personas y pueden llevarles a la muerte².

Diferentes estudios en México han confirmado que una de cada cuatro personas mayores de 60 años de edad tiene diabetes. Actualmente, constituye la primera causa de mortalidad y de hospitalización en individuos ancianos, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Sus complicaciones asociadas son más frecuentes en este grupo de edad, y algunos

investigadores consideran a la diabetes como un modelo de envejecimiento acelerado⁶.

La letalidad hospitalaria de esta enfermedad se incrementa conforme la edad y es más alta en la población de 80 años y más (24 de cada 100 egresos de esa población), seguido de la población de 75 a 79 años; por sexo se observa el mismo comportamiento, aunque las mujeres presentan tasas un poco más elevadas (442.23 por cada 100 mil) que los varones (326.81 casos por cada 100 mil) en cada grupo de edad³.

3.5.2.2 Fisiopatología.

La DMT2 es conocida ampliamente como una enfermedad caracterizada por elevación de los niveles plasmáticos de glucosa, sin embargo, actualmente se hace referencia a que se trata de un proceso complejo que incluye alteración del metabolismo de los lípidos y de las proteínas con daño vascular generalizado; además en el adulto mayor existe una alteración en la glucoregulación, lo que promueve un envejecimiento acelerado, pérdida de la función, así como degeneración vascular y nerviosa. Aunado a esto, en el anciano, la secreción insuficiente de insulina se acentúa al momento de compensar la resistencia de insulina, que se produce en respuesta a la disminución de la eficacia de la insulina al estimular la captación de glucosa por parte del músculo esquelético y al fracaso en la inhibición de la producción hepática de glucosa^{7,31}. Estas condiciones terminan generando que el control de los niveles de glucosa en sangre en el anciano sea más complicado a comparación de otros grupos etarios.

La DMT2 puede producirse por una secreción o utilización de insulina inadecuada que da lugar a unos niveles de glucemia anormalmente elevados y el daño o la destrucción de múltiples órganos del cuerpo, entre ellos los ojos, los riñones, los vasos sanguíneos y el sistema nervioso. Estos pacientes tienen mayores tasas de muerte prematura, incapacidad funcional y de enfermedades concomitantes como

hipertensión arterial, cardiopatía coronaria y accidentes cerebrovasculares que otros adultos ancianos. Muchas de las amputaciones de miembros inferiores pueden prevenirse con un adecuado cuidado del pie. Las personas mayores con DMT2 también tienen mayor riesgo de depresión, disminución de sus capacidades cognitivas, incontinencia urinaria, caídas y dolor persistente.

3.5.2.3 Tratamiento.

El objetivo del tratamiento es prevenir las complicaciones de la diabetes mediante el mantenimiento de unos niveles de glucemia lo más cercanos posibles a la normalidad. El control requiere un equilibrio entre la alimentación saludable, la actividad física, la medicación, así como una correcta educación diabetológica⁸.

El tratamiento del paciente anciano con diabetes, es similar al de un paciente más joven y debe individualizarse. La prioridad es ofrecer una buena calidad de vida; deben evitarse los esquemas de tratamiento intensivo o que favorezcan un mayor riesgo de hipoglucemias. Por lo anterior, la meta en estos pacientes es tratar la hipoglucemia para mejorar los síntomas y evitar ésta. En términos generales, el tratamiento de la DMT2 en el adulto mayor comprende tanto el aspecto farmacológico como el no farmacológico.

➤ **Medicación**

Los hipoglucemiantes orales están indicados en aquellos pacientes que no logran controlarse adecuadamente con un tratamiento dietético. Existen varios grupos de éstos, tales como las *sulfonilureas*, las *biguanidas* y la *acarbosea*. Sin embargo, es preciso aclarar, que el efecto óptimo se obtiene cuando se combina con una apropiada adherencia al régimen alimentario, el ejercicio físico y un programa de peso corporal. De igual manera, el uso de estos medicamentos (dosis y frecuencia) debe estar indicado y ser monitorizado estrechamente por el profesional de la salud para asegurar el efecto terapéutico deseado y lograr el control del padecimiento en conjunto con el paciente anciano.

La insulina por su parte, está indicada sobre todo en aquellos casos en los que el control de la enfermedad no responde a la alimentación saludable ni a los hipoglucemiantes orales. No existe un patrón estándar para la administración de la insulina y los esquemas terapéuticos varían de un médico a otro, y en un mismo médico de un paciente a otro, de acuerdo con las características de cada individuo y de la enfermedad. El régimen específico debe ser individualizado, teniendo en cuenta el perfil glucémico del paciente medido en ayunas, antes de cada comida y al acostarse; la cantidad y la distribución de las comidas y el nivel de la actividad física.³²

El riesgo de hipoglucemia grave que se relaciona con el uso de hipoglucemiantes orales o insulina se incrementa de manera exponencial con la edad y las limitaciones funcionales del paciente. En pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en tratamiento con dieta y ejercicio y/o hipoglucemiantes orales, se recomienda el automonitoreo de la glucemia capilar por lo menos una a dos veces a la semana, valorando tanto preprandial como posprandial, en diferentes comidas del día, así como antes y después de la realización de actividad física. De acuerdo con la NOM-015-SSA2-2010³³, la meta del tratamiento para evaluar el grado de control del paciente es mantener una glucemia en ayuno en un rango de 70-130 (mg/dl).

En muchos pacientes ancianos, también es apropiado controlar los niveles de glucosa de modo más riguroso para minimizar las complicaciones a largo plazo, pero deberá balancearse el riesgo/beneficio de cualquier esquema de tratamiento.

➤ **Alimentación saludable**

La importancia de la alimentación en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 radica en que está determinada por hábitos adquiridos desde etapas tempranas de la vida. Tales hábitos se van construyendo y moldeando dentro del contexto social, familiar y económico en el cual se desarrolla la persona, y generalmente, tienden a prevalecer aun cuando ciertas situaciones demanden cambios en las prácticas ya establecidas.³⁴ Lo cambios en la alimentación habitual dependen del

nivel de conocimientos y habilidades, así como de la influencia de los condicionantes sociales propios del padecimiento (Anexo 7.2) para lograr un régimen dietético acorde a sus necesidades.

Una alimentación adecuada es un elemento esencial del tratamiento de todo paciente diabético. Sin embargo la mayoría no sigue correctamente una dieta específica para su control. Al respecto, es importante señalar que, en el adulto mayor, es más importante la cantidad y el gusto que la calidad.³⁵ El concepto de dieta tiene una connotación restrictiva, atenta contra el gusto, la costumbre y aísla al paciente de la familia al no ser reconocido como un individuo con necesidades alimenticias diferentes. El paciente prefiere un control a través de los medicamentos que a través de la dieta.³⁶ El éxito en el manejo de la dieta del paciente diabético consiste en establecer un apropiado plan de comidas, con un adecuado aporte nutricional y calórico, para el cual el enfermo debe estar bien preparado y capacitado, pues el objetivo es proveer comidas balanceadas nutricionalmente que le permitan mantener un estilo de vida acorde con sus necesidades, conservar un peso corporal saludable y un buen control metabólico. Según algunos autores^{32,37}, las recomendaciones se basan en que la grasa dietética debe aportar el 30 % del total de las calorías, pero menos del 10% de ellas deben consumirse en forma de ácidos grasos saturados, del 6 al 8% poliinsaturados y del 15 al 17% monoinsaturados. La cantidad de colesterol exógeno debe ser menor que 300 mg/día. La cantidad de proteínas requeridas es de 0,8 g/kg del peso corporal ideal cada día. Los carbohidratos representan alrededor del 50 %, aportan el balance energético de la dieta y deben ser principalmente complejos y ricos en fibras. Por tanto, los azúcares simples y refinados deben ser ingeridos con moderación.

Por lo tanto, el principal problema de la alimentación en el anciano con DMT2 es sin duda el nivel socioeconómico debido a los ingresos económicos reducidos, la baja escolaridad, la falta de atención y orientación por parte de los servicios de salud y la información nutricional basada en la prohibición de ciertos alimentos.

➤ **Ejercicio físico**

El ejercicio físico constituye uno de los métodos más antiguos empleado en el tratamiento de la diabetes mellitus, y es uno de sus pilares fundamentales junto con la alimentación saludable, la educación diabetológica y el uso de medicamentos para su control.

En el adulto mayor, el ejercicio debe ser parte del plan de tratamiento integral, ya que la actividad física puede estimular la pérdida de peso y reducir la insulinoresistencia. En general, es preferible el ejercicio aeróbico, que mejora también la capacidad cardiorrespiratoria e influye favorablemente sobre el control metabólico³⁸. Se debe tener presente, que la indicación del tipo de ejercicio, la intensidad y la duración debe ser personalizada, con el propósito de evitar posibles riesgos. Además, a la ejercitación activa se debe agregar un enfoque recreativo, lo que la hace más atractiva y aumenta la adhesión a esta actividad.

No obstante, similar a lo que ocurre con la alimentación saludable, los hábitos y estilos de vida arraigados en la persona mayor constituyen una de los principales obstáculos para la realización del ejercicio físico, pues dentro de los estilos nocivos de la población mexicana sobresale el sedentarismo. Además, realizar ejercicio físico para el adulto mayor requiere de un asesoramiento por parte de un profesional capacitado así como de la monitorización continua por parte de los servicios de salud lo cual, al no ser identificado como un apoyo real, actúa como barreras al momento de intentar lograr el control del padecimiento mediante la práctica del ejercicio físico.

➤ **Educación**

Es un pilar importante que contribuye al control efectivo de la enfermedad. Para algunos especialistas, el mejor tratamiento falla si el paciente no participa día a día en el control de los niveles de la glicemia. Se considera, por tanto, la piedra angular del tratamiento, lo que implica tener conocimientos, hábitos y motivaciones.

Los principales determinantes del apego al tratamiento para el control de la diabetes mellitus son las comorbilidades y las limitaciones psicosociales del paciente. La adherencia al tratamiento es menor en aquellos pacientes de mayor edad, de sexo femenino y de estrato socioeconómico bajo. Se deben considerar para la elección del tratamiento todas estas variables y los cambios fisiológicos relacionados con la edad, así como detectar en forma temprana efectos secundarios o interacciones medicamentosas que afecten de manera negativa la salud del paciente. Se tiene evidencia de que la mejoría en el control glucémico puede tener efectos benéficos en áreas selectivas de la cognición. Es importante considerar y evitar agravar los problemas geriátricos comunes al paciente con diabetes⁶.

3.5.3 El adulto mayor en la sociedad

El término tercera edad surgió en Francia hacia 1950, lo acuñó el Dr. J.A. Huet, uno de los iniciadores de la gerontología en dicho país. El término abarcó a personas de cualquier edad, jubiladas y pensionadas consideradas como de baja productividad y bajo consumo, y poca o nula actividad laboral; el concepto, posteriormente se precisó, caracterizando a jubilados y pensionados de arriba de 60 años de edad³⁹. Lo anterior significaba que quienes alcanzaban la sexta década de vida eran sujetos pasivos, una carga económica y social.

Posteriormente, en abril de 1994, la OPS decidió emplear el término adulto mayor, significando personas de 65 o más años de edad en países desarrollados y 60 años o más en aquellos en vías de desarrollo.

Los adultos mayores en nuestro país forman parte de la población más vulnerable junto con las mujeres, la población infantil, la gente de los pueblos originarios y las personas con alguna discapacidad. Se vive en una sociedad que los vuelve invisibles porque duele pensar en su situación.

El envejecimiento es un proceso natural que consiste en el deterioro progresivo del individuo como resultado de la interacción de factores genéticos, influencias extrínsecas del medio ambiente y adaptabilidad de un organismo a medida que pasa el tiempo⁴⁰. De acuerdo con varios especialistas (Rowland, 1991; Laslett, 1990)⁴¹, la vejez tiene distintas implicaciones sociales, económicas, psicológicas y culturales, y cada una de ellas repercute en la calidad de vida del adulto mayor. Esta etapa de la vida se define socialmente por el retiro del trabajo, la pérdida de autonomía, la disminución de las capacidades sociales y el deterioro de la salud. En este sentido, la vejez está determinada en gran medida por una serie de factores que es preciso conocer con más detalle.

El término vejez refleja la violencia múltiple que la sociedad le atribuye actualmente al anciano. Este término denota desvalorización, discriminación, maltrato y exclusión. Las palabras para referirse a esta parte de la población son muchas y la mayoría están cargadas de desprecio por tratarse de una etapa en la vida del ser humano vinculado a la decadencia física, social y económica.

Hace cinco décadas, Simone de Beauvoir abordó detalladamente el proceso de envejecimiento y la actitud desconsiderada de la sociedad hacia los ancianos. En su libro *La vejez* (1970), analizó “la verdadera condición de los mayores, el proceso de marginación, soledad y pobreza a la que se enfrentan; su desdicha y la incapacidad de la civilización contemporánea de tratarlos adecuadamente”. Al referirse a esta etapa de la vida, destacó que la sociedad muchas veces pretende ignorarlos tratando de mantenerlos como un secreto vergonzoso del cual es indecente hablar. El problema de la vejez, señaló reiteradamente, es su asociación con la enfermedad.

3.5.3.1 Pobreza y vulnerabilidad de la gente mayor

México es sin duda un país con profundas desigualdades sociales que se materializan en diversos niveles de pobreza de la población. Esta situación pone en riesgo particularmente a los grupos sociales más vulnerables, ya que limita sus

derechos, y libertades fundamentales, impide la satisfacción de sus necesidades básicas e imposibilita su plena integración social⁴⁰.

El crecimiento considerable de la población mayor de 60 años requiere políticas públicas de largo y profundo alcance que prevengan el futuro de la población senescente tomando en cuenta sus necesidades particulares como grupo social.

En un contexto de pobreza y desigualdad social como el que vive el país, los ancianos se encuentran en una situación de riesgo económico, social y emocional que estimula el maltrato institucional y familiar a través de una serie de prácticas y omisión de cuidados que es urgente conocer para hacer visible el problema y tomar las medidas pertinentes para prevenir y atender a este grupo de la población.

3.5.3.2 Vulnerabilidad y dependencia del adulto mayor

El envejecimiento aumenta la vulnerabilidad de las personas mayores al disminuir sus facultades básicas, su autonomía económica o la fortaleza para trabajar en el hogar y hacerse cargo de sí⁴⁰. Esta situación conlleva un grado de dependencia a la familia, a los servicios públicos de salud o programas de bienestar social. Esta dependencia implica el cuidado y atención de la familia, de amistades, de la comunidad o del gobierno benefactor para llevar a cabo sus actividades cotidianas y su reproducción generacional.

Al final de la vida, las personas pierden las capacidades físicas y mentales, disminuyen su autonomía y adaptabilidad, se deterioran sus roles familiares y sociales, se enfrentan a la jubilación, disminuyen sus ingresos económicos y se dejan de realizar diversas actividades conforme se va deteriorando la salud³⁹⁻⁴². Esta situación obliga al adulto mayor a depender de la familia en particular y de la sociedad en general, con importantes demandas de manutención y cuidado. Por esta razón, es de vital importancia conocer las redes sociales y particularmente la

red familiar con la que cuentan los mayores porque sólo con ellas podrán enfrentar la soledad, pobreza y vulnerabilidad social de manera menos violenta.

La realidad refleja que la mayoría del cuidado de la población mayor en México se encuentra a cargo de las familias, y sólo una mínima parte se resuelve mediante servicios provistos por el sector público o el privado. El problema central de los adultos mayores es que cada vez existe una menor disponibilidad de tiempo para ellos por parte de las mujeres que tenían por tradición la responsabilidad de cuidarlos y que ahora no pueden hacerlo porque trabajan; o por parte de otros miembros del hogar que no suelen sentirse responsables de este tipo de trabajo, en general hombres⁴³.

3.5.3.3 Familia y red social del adulto mayor

De acuerdo con la ley de los derechos de las personas adultas mayores⁴⁴, la familia de la persona mayor debe cumplir su función social; por tanto, de manera constante y permanente deberá velar por cada una de las personas adultas mayores que formen parte de ella, siendo responsable de proporcionar los satisfactores necesarios para su atención y desarrollo integral, y tendrá las siguientes obligaciones para con ellos: I. Otorgar alimentos de conformidad con lo establecido en el Código Civil. II. Fomentar la convivencia familiar cotidiana, donde el adulto mayor participe activamente, y promover al mismo tiempo los valores que incidan en sus necesidades afectivas, de protección y de apoyo, y III. Evitar que alguno de sus integrantes cometa cualquier acto de discriminación, abuso, explotación, aislamiento, violencia y actos jurídicos que pongan en riesgo su persona, bienes y derechos.

3.5.3.3.1 La familia: un sistema de protección informal para el adulto mayor

A la fecha, el Estado mexicano ha sido incapaz para financiar políticas y programas dedicados al mantenimiento físico y material de la población mayor. Por ello, la familia y diferentes formas de redes sociales son fundamentales para

su sobrevivencia, especialmente en contextos de pobreza y vulnerabilidad social. Montes de Oca (2001 y 2010)^{40,45}, expone con claridad que la escasez en los servicios de salud, el poco acceso a los planes de pensión y la exclusión del mercado laboral formal advierten la existencia de un segmento de la población adulta mayor que no tiene acceso a mecanismos institucionales para satisfacer sus necesidades y que “aparentemente” depende de su familia en la sobrevivencia cotidiana, y que la familia sigue siendo la principal fuente de apoyo en la edad avanzada.

A lo largo de la historia, la familia ha cumplido una función social significativa al proporcionar cobertura y protección a las personas mayores a través de una serie de estrategias que, con diferentes niveles de eficiencia, les otorga un nivel mínimo de bienestar. Por definición, la familia es el grupo social básico donde la población se organiza para satisfacer sus necesidades esenciales.

3.5.3.3.2 Red social del adulto mayor

Arias (2009)⁴⁰ expone que la red de apoyo social del adulto mayor está conformada por un conjunto restringido de relaciones familiares y no familiares que brindan alguna o varias formas de apoyo. Este apoyo puede no ser permanente pero brinda al anciano apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y de asistencia en diversas formas⁴³. Así mismo, estos apoyos resultan significativos en situaciones críticas y fundamentalmente para desarrollar soluciones creativas frente a conflictos y problemas. Visto así, la red de apoyo social de los adultos mayores puede ser evaluada por sus características estructurales, funcionalidad y atributos de los vínculos que la componen. Además, la cantidad de personas que conforman la red y el grado de interrelación entre los miembros proporciona a los mayores una compañía social y un apoyo emocional en un sistema de reciprocidad e intimidad.

Por tal motivo, las redes de apoyo social constituyen un elemento de protección para el adulto mayor, particularmente cuando se encuentran en situación de pobreza y/o aislamiento⁴⁴. Estas redes, como formas de relación interpersonal y como sistema de transferencias, pueden proveer varios beneficios y retribuciones para las personas adultas mayores (Méndez y Cruz, 2008)⁴⁶. El valor y la importancia de la red social para este grupo etario se puede considerar un campo de intercambio de relaciones, servicios y productos, a partir del cual se puede derivar seguridad primaria (satisfacción de las necesidades básicas), amparo y oportunidad para crecer como persona (CONAPAM, 2011)⁴⁷.

Mediante las transferencias, las redes de apoyo contribuyen a la calidad de vida de la población adulta mayor, no sólo porque proveen apoyos materiales e instrumentales que mejoran las condiciones de vida, sino también por el impacto significativo en el ámbito emocional. La integración social de las personas mayores y las relaciones sociales que establecen pueden lograr un efecto positivo sobre su salud, protegiéndola frente a la pérdida de funcionalidad y el inicio de la discapacidad básica.

3.5.4 Entendiendo el significado a partir de la Teoría de los Constructos Personales

El padecer una enfermedad crónica degenerativa ocasiona graves trastornos a la persona, pues implica una serie de cambios y modificaciones en relación a los hábitos y estilos de vida a los que ha estado acostumbrada a lo largo del tiempo. El tratamiento entonces, adquiere un significado diferente para cada persona, el cual es construido de acuerdo a una amplia gama de factores.

El término significado equivale a lo que George Kelly denomina como “constructos” en su teoría de los constructos personales, en la cual menciona que “los constructos son formas en las que las personas organizan las experiencias de

acuerdo con criterios de similitud o diferencia. El significado depende de la experiencia y resulta de la exposición a diferentes circunstancias”.²⁵

Según su teoría, la persona ocupa un lugar de importancia central como constructor activo del mundo. Su cometido consiste en determinar la forma en que las personas construyen sus mundos y su percepción del yo. “La forma en que las personas se ven a sí mismas y al mundo influye de manera decisiva en la personalidad y el estilo de vida”²⁵, además de que regulan su comportamiento (en este caso, en relación al cumplimiento del tratamiento).

De esta manera, el significado es una construcción individual y se relaciona directamente con las condiciones que favorecen o dificultan que las personas sigan con el tratamiento.

El concepto de constructo personal se sustenta en la idea de que son las personas mismas quienes construyen los hechos al predecirlos sobre la base de su experiencia y aprendizaje. Por construir, Kelly hace referencia a “introducir una interpretación”. En este sentido, las circunstancias y las condiciones objetivas del mundo importan menos que la forma en que son interpretadas por las personas.

A continuación se presentan las premisas de la Teoría de los Constructos personales de George Kelly⁴⁸.

3.5.4.1 Postura filosófica

La teoría de los constructos personales, es la actualización de una presunción filosófica: la de que, sea lo que fuese la naturaleza o lo que determine por desenmascarar la pasión por la verdad, los acontecimientos que afrontamos están sujetos a tantas construcciones como podamos delinear con nuestro ingenio. Esto no quiere decir que todas las construcciones tengan el mismo valor, o que la visión humana no termine por contemplar hasta los últimos resquicios de la realidad en

algún momento infinitamente lejano. Sólo nos recuerda que nuestras percepciones están abiertas al cuestionamiento y la reconsideración; y nos sugiere que hasta las ocurrencias más obvias de la vida cotidiana pueden transformarse profundamente si tenemos la inventiva de construirlas de forma distinta⁴⁸.

A esta postura filosófica se la ha denominado *alternativismo constructivo*. Contrasta con el modelo epistemológico predominante, el *fragmentalismo acumulativo*, según el cual la verdad se recolecta pedazo por pedazo. Aunque el *alternativismo constructivo* no se opone a la recogida de la información, tampoco estima el grado de verdad por el tamaño de la colección⁴⁸.

3.5.4.2 Hechos y conclusiones

Sea el mundo lo que fuere, el ser humano sólo puede afrontarlo imponiendo sus propias interpretaciones sobre lo que percibe. Puede que su ingenio para idear construcciones apropiadas sea limitado, y que esto le acarree muchos contratiempos; pero es él, y no los hechos, quien posee la clave de su propio futuro. Esto le hace ser responsable de los destinos a los que lo lleve su *alternativismo constructivo*, es decir, de todas las decisiones que tome a lo largo de su vida.

No se puede negar que los seres humanos comparten habitualmente las luces y los prejuicios de los demás. Nuestro pobre ingenio y nuestra tímida dependencia de lo familiar limitan nuestra capacidad de desarrollar construcciones alternativas; así que solemos hacer las cosas de la manera en que las hemos hecho siempre o como las han hecho otros con anterioridad. Además, las ideas novedosas que se expresan abiertamente pueden ser perturbadoras para los demás y peligrosas para nosotros. Por lo tanto, con frecuencia las evitamos, las encubrimos, las aprisionamos en nuestras mentes para que no se nos escapen en un contexto social, o las desmentimos en aras del interés común. Y, con frecuencia,

aceptamos los dictámenes de la autoridad en contra de nuestro juicio, con la esperanza de no ser responsables de lo que suceda.

Pero por débiles que sean nuestros dispositivos para interpretar las circunstancias, y por repleta de incertidumbres que esté la aventura humana, los hechos no nos dictan nuestras conclusiones (salvo por las reglas que imponemos a nuestros actos). Los acontecimientos no nos dicen qué debemos hacer; no llevan sus significados bien a la vista para que los descubramos. Para bien o para mal, sus únicos significados los creamos nosotros mismos. Los hechos de la vida pueden ser brutales, pero carecen de malas intenciones, y no los podemos acusar de parcialidad en nuestras disputas epistemológicas. La continua tarea del ser humano es desarrollar formas de anticipar sus eventualidades, asumiendo así cada vez más responsabilidad en el gobierno del universo.

3.5.4.3 El significado de los acontecimientos

El alternativismo constructivo subraya la importancia de los acontecimientos, pero hace que el ser humano decida en qué dirección se deben inclinar. El significado de un acontecimiento (es decir, el que le atribuimos) está anclado en sus antecedentes y sus consecuentes; por tanto, se nos presenta invariablemente en la dimensión del tiempo.

Aparte de incluir los resultados anticipados, el significado también incluye los medios por los que han sido anticipados. Así, prever correctamente idénticos acontecimientos a través de diferentes conjuntos de inferencias implica significados distintos, igual que dos cadenas de inferencia similares fundadas en axiomas disímiles.

Constantemente esperamos que los acontecimientos confirmen nuestras predicciones y estimulen nuestras audaces construcciones. Pero los mismos acontecimientos pueden confirmar construcciones distintas; o acontecimientos

distintos o incompatibles validar la misma construcción. Así, para cada persona, el significado asume la forma de los argumentos que la llevan a sus propias predicciones; y la única prueba externa de nuestras construcciones personales son los acontecimientos que confirman o desmienten nuestras expectativas. Hay gran diferencia entre esto y la idea de que el significado se revela en lo que sucede, o que los acontecimientos modelan a los seres humanos y su pensamiento. Por lo tanto, en el alternativismo constructivo los acontecimientos son cruciales; pero sólo los seres humanos podemos desafiarlos con los significados que ingeniamos⁴⁸.

3.5.4.4 Postulado básico

Los procesos de una persona se canalizan psicológicamente por la forma en que anticipa los acontecimientos. Éste es el postulado fundamental de la psicología de los constructos personales y engloba los supuestos del alternativismo constructivo.

La teoría de los constructos personales está elaborada a través de una cadena de once corolarios que pueden inferirse (tomándose ciertas libertades) del postulado fundamental.

3.5.4.4.1 Corolario de construcción

Una persona anticipa los acontecimientos construyendo sus réplicas. Dado que los acontecimientos jamás se repiten a sí mismos, sólo se pueden prever a través de una construcción que permita ver a dos de ellos de manera parecida. Esta construcción debe también darnos la posibilidad de seleccionar los acontecimientos en cuestión. Así, la misma construcción que sirve para inferir la similitud de dos acontecimientos vale para distinguirlos de todos los demás. Un sistema que se basa sólo en identificar los parecidos se funde en la homogeneidad; uno que observa sólo la diferenciación se fragmenta en pedazos irremisiblemente inconexos.

Tal vez sea cierto que los acontecimientos repiten realmente aspectos de anteriores ocurrencias. Pero a menos que uno se crea suficientemente genial como para haber adivinado cuáles serán esos aspectos, o suficientemente santo para que le hayan sido revelados, tendrá que conceder modestamente que la aparente repetición es un reflejo de su propia y falible construcción de lo que sucede⁴⁸. Por tanto, los temas recurrentes que llenan de significado la vida son las composiciones sinfónicas de un ser humano dedicado a observar su presente en su pasado y su futuro en su presente.

3.5.4.4.2 Corolario de individualidad

Las personas difieren entre sí en su construcción de los acontecimientos. Si asumimos que la construcción es personal, resulta poco plausible que dos personas cualesquiera presenten sistemas idénticos; pero ni siquiera las construcciones individuales son idénticas ni es posible que dos personas organicen sus sistemas en términos de las mismas relaciones lógicas.

3.5.4.4.3 Corolario de organización

Cada persona desarrolla de manera característica, para su conveniencia en la anticipación de los acontecimientos, un sistema de construcción que incluye relaciones ordinales entre constructos. Para que una persona viva activamente dentro de su sistema, éste debe suministrar algunas sendas visibles de inferencia y movimiento. Debe hallar el modo de resolver las contradicciones y conflictos que en él invariablemente se desencadenan. Esto no quiere decir que todas las inherencias hayan de ser resueltas de golpe. Algunas paradojas deben permanecer indefinidamente, y ante ellas la persona no sabe decidirse, oscilando entre distintas alternativas con las que debe encarar el futuro.

Parece, por lo tanto, que cada persona organiza sus construcciones para poder moverse ordenadamente de una a otra; bien asignando prioridades a las que toman precedencia cuando aparecen las dudas o las contradicciones, bien

entablado relaciones de implicación para inferir qué construcción se sigue de cuál. De este modo, los compromisos de uno pueden ser más importantes que las oportunidades, las filiaciones políticas llevarlo de la compasión al poder, y sus imperativos morales volverlo insensible al méndigo que tira de su manga. Éste es el precio que los seres humanos pagamos para escapar del caos interno⁴⁸.

3.5.4.4 Corolario de dicotomía

El sistema de construcción de una persona se compone de un número finito de constructos dicotómicos⁴⁸. De acuerdo con el autor, los constructos son un tema de blanco y negro, nunca de tonalidades o escalas de gris. Esto parece implicar un pensamiento categórico o absolutista sin relativismo ni condicionalidad. Pero los constructos no son categóricos en absoluto.

Ni los constructos ni los sistemas de construcción son dados por la naturaleza (excepto nuestra propia naturaleza). No es posible afirmar que los constructos son esencias destiladas por la mente a partir de la realidad. Son impuestos sobre los acontecimientos, no abstraídos de ellos. Proviene únicamente de la persona que los utiliza y desarrolla. Además, no están en lugar de nada ni representan nada, como se supone que hace un símbolo.

Por lo tanto, los constructos son ejes de referencia sobre los que uno puede proyectar los acontecimientos para dar significado a lo que está pasando. En este sentido son como coordenadas cartesianas, las x , z e y de la geometría analítica⁴⁸. Los acontecimientos corresponden a los puntos en el espacio cartesiano. Podemos localizar los puntos y expresar sus relaciones especificando distancias en x , y y z . Los ejes cartesianos no representan los puntos que sobre ellos se proyectan: sirven de guía para ubicarlos⁴⁸. Eso hace los constructos con los acontecimientos, incluso con los que aún no se han producido. Nos ayudan a localizarlos, comprenderlos y anticiparlos.

Un constructo es un contraste básico entre dos grupos. Cuando se nos impone, sirve tanto para distinguir entre sus elementos como para agruparlos. Así, el constructo se refiere a la naturaleza de las distinciones que uno intenta practicar entre los acontecimientos; no al ordenamiento en que los acontecimientos se colocan cuando se les aplica la distinción.

Pero aunque los constructos no representan ni simbolizan los acontecimientos, sí nos permiten afrontarlos (lo cual es muy diferente). También nos permiten, si así se desea, ordenarlos en escalas.

3.5.4.4.5 Corolario de elección

Una persona escoge para sí misma aquella alternativa en un constructo dicotómico con la que anticipa más posibilidades de elaborar su sistema. Nótese que se elige entre alternativas expresadas en el constructo, no (como podría esperarse) entre los objetos que el constructo diferencia. Ésta es una acotación sutil. La teoría de los constructos personales es psicológica, y por ello, se ocupa del comportamiento humano, no de la naturaleza intrínseca de los objetos. Un constructo gobierna lo que hace una persona, no lo que hacen los objetos. Por consiguiente, en sentido, estricto, el ser humano toma decisiones que le afectan a él en primer lugar; y sólo subsecuentemente a los objetos, sólo si se las arregla para actuar sobre ellos de alguna manera. Por tanto, elegir implica involucrarse a uno mismo; no puede definirse en términos de los objetos externos que han sido escogidos. Además, uno no siempre obtiene el objeto previsto; pero la previsión depende de sus propios procesos (como se ha indicado al formular el postulado fundamental).

De esta manera, al tomar una decisión, el ser humano se alinea a sí mismo en términos de sus constructos. Por lo tanto, se puede decir que una persona, para decidir si cree o hace algo, usa su sistema de constructos para apreciar su dominio; y luego se mueve estratégica y tácticamente dentro de él.

Los seres humanos cambian las cosas cambiándose primero a sí mismos; alcanzan (si pueden) sus objetivos pagando el precio de modificarse a sí mismos. Eligen entre sus propios actos; distinguen las alternativas en función de sus propios constructos. Pero los resultados de las elecciones pueden ir de la nada a la catástrofe, por una parte, o a la consumación, por la otra.

3.5.4.4.6 Corolario de rango

Un constructo sólo es conveniente para la anticipación de un ámbito limitado de acontecimientos. Es imposible que un sistema de constructos personales posea utilidad universal. No todos los acontecimientos pueden proyectarse sobre las dicotomías que conforman la perspectiva de una persona; siempre hay nubes en el firmamento mental de la gente.

3.5.4.4.7 Corolario de experiencia

El sistema de construcción de una persona varía a medida que construye sucesivamente réplicas de los acontecimientos. Aquí, nuevamente, el modelo de la geometría analítica no encaja con la matemática del espacio psicológico. En vez de permanecer inmóviles como los ejes en que se proyectan los puntos de la geometría cartesiana, los constructos tienden a desplazarse cuando se proyectan acontecimientos sobre ellos. Sus distinciones pueden modificarse de tres maneras: a) puede aplicarse el constructo en un punto diferente de la galaxia; b) puede transformarse en una distinción más o menos diferente; c) pueden alterarse sus relaciones con otros constructos.

Si recordamos que los acontecimientos no se repiten a sí mismos, y que la repetición de la que hablamos es únicamente una repetición de los aspectos que les atribuimos, veremos claramente que la sucesión que llamamos “experiencia” se basa en las construcciones que imponemos sobre las cosas que suceden. Si tales construcciones nunca se alteran, tenemos una secuencia de acontecimientos paralelos sin impacto psicológico en la vida de la persona. Pero si se implica a sí

misma, si se compromete en la empresa, el resultado (en la medida en que difiera o supere sus expectativas) desmiente, al menos en parte, su construcción de sí misma. Al reconocer la incoherencia entre su anticipación y el desenlace, admite una discrepancia entre lo que era y lo que es. La sucesión de implicaciones y desencajes constituye la experiencia humana.

La unidad mínima de experiencia, en conclusión, es un ciclo compuesto de cinco fases: anticipación, implicación (o compromiso), encuentro, confirmación o desmentido, y revisión constructiva. A esto siguen, por supuesto, nuevas otras anticipaciones y un nuevo ciclo experiencial. Sin duda, en la teoría de los constructos personales la experiencia no está formada únicamente por acontecimientos que uno se encuentra.

Para decirlo de manera sencilla: la cantidad de experiencia de una persona no se mide por el número de acontecimientos con los que ha tropezado, sino por el compromiso que ha puesto en sus anticipaciones y por la revisión de sus construcciones tras haber presenciado las consecuencias.

3.5.4.4.8 Corolario de modulación

La variación en el sistema de construcción de una persona está limitada por la permeabilidad de los constructos en cuyo ámbito de conveniencia se encuentran las variantes. El corolario de experiencia sugiere que una persona puede revisar sus construcciones a partir de los acontecimientos y de su anticipación de ellos; pero existen ciertas limitaciones. La persona debe poseer un sistema de construcción suficientemente abierto a acontecimientos novedosos para reconocerlos cuando los encuentra: de lo contrario, no alcanzará las fases finales del ciclo de experiencia. Su sistema también deberá admitir el constructo revisado que emerja del ciclo; si lo abandona como un eje de referencia colgado de ninguna parte, difícilmente sabrá utilizarlo para trazar un curso de acción⁴⁸.

3.5.4.4.9 Corolario de fragmentación

Una persona puede emplear sucesivamente varios subsistemas de construcción inferencialmente incompatibles entre sí. No debemos interpretar el corolario de modulación en el sentido de que el sistema de construcción haya de ser lógicamente impecable. Puede que, en los procesos humanos, toda transición inminente conlleve una relación inferencial entre antecedente y consecuente en algún nivel constructivo de la persona. Pero las personas pasan de “a” a “b” y a “c” sin tener en cuenta que su visión de “c” no puede deducirse de su visión de “a”.

La lógica y la inferencia pueden obstaculizar las aventuras ontológicas del ser humano además de orientarlas. Frecuentemente, el fragmento inesperado de su sistema de construcción es lo que engrandece a una persona; mientras que si fuese una totalidad integrada, sin dejar nada de lado, nunca llegaría a ser otra cosa que “ella misma”^{25,48}.

3.5.4.4.10 Corolario de comunalidad

En la medida en que dos personas emplean una construcción similar de la experiencia, sus procesos son psicológicamente similares. A primera vista, este corolario parece repetir el fundamento de la teoría de los constructos personales, que la conducta está gobernada por constructos. Pero, en realidad, tiene implicaciones mucho mayores.

Sin embargo, este corolario no dice que ambas personas hayan debido experimentar “los mismos” acontecimientos, ni que sus ciclos experienciales hayan debido ser “los mismos”. Es más, tampoco que hayan debido vivir acontecimientos “similares”, o que sus ciclos experienciales se hayan tenido que parecer. Lo que ha de parecerse, para que sus procesos sean semejantes, es su construcción de la experiencia. Y esto incluye la construcción de los acontecimientos que emerge de la fase final del ciclo experiencial.

Esta acotación es importante porque el resultado de una experiencia no es sólo una tendencia a repetirla o evitarla, como supone la teoría del refuerzo; más bien, las conclusiones a las que se llega mediante la experiencia cobran la forma de nuevas preguntas, que sientan el escenario de nuevas aventuras. No se puede comprender la conducta o los procesos humanos sin comprender los destellos de ingenio que se entremezclan con la monotonía humana.

Este corolario nos permite decir que dos personas que han afrontado acontecimientos muy diferentes, y cuyos ciclos experienciales nos parecen diferentes, pueden sin embargo llegar a construcciones similares de su experiencia; y, por tanto, seguir posteriormente procesos similares de investigación.

3.5.4.4.11 Corolario de socialidad

Una persona puede desempeñar un rol en un proceso social que implica a otra en la medida en que construya los procesos de construcción de aquella. Puede que este corolario tenga implicaciones más ambiciosas que todos los demás. Sienta una base para entender el rol como un término psicológico; y, en consecuencia, para analizar los cimientos psicológicos de la sociedad.

4 METODOLOGÍA

4.1 Diseño

Se trata de una investigación con enfoque cualitativo, fenomenológico de tipo exploratorio y descriptivo. De acuerdo con Martínez, el enfoque fenomenológico nos ayuda a comprender las realidades cuya naturaleza y estructura sólo pueden ser captadas desde el marco de referencia interna del sujeto que las vive y experimenta. De esta manera, se estudiarán las experiencias vitales de las personas mayores con diabetes mellitus, su mundo vivido, su cotidianeidad con el tratamiento y la enfermedad, refiriendo los significados vividos existenciales⁴⁹⁻⁵¹ a través de la interpretación de los relatos, experiencias, vivencias, emociones y situaciones surgidas durante la investigación.

El método cualitativo es el instrumento analítico por excelencia de quienes se preocupan por la comprensión de significados (observar, escuchar y comprender). De esta manera, la investigación cualitativa se puede definir como la conjunción de ciertas técnicas de recolección, modelos analíticos normalmente inductivos y teorías que privilegian el significado de los actores, el investigador se involucra personalmente en el proceso de acopio^{50,52}, y por lo tanto, es parte del instrumento de recolección; su objetivo no es la distribución de variables sino establecer las relaciones y los significados del objeto de estudio. En este sentido, se estudiaron las experiencias vitales de las personas mayores con diabetes mellitus, su mundo vivido, su cotidianeidad con el tratamiento y la enfermedad, refiriendo los significados vividos existenciales a través de la interpretación de los relatos, experiencias, vivencias, emociones y situaciones surgidas a lo largo del desarrollo de la investigación.

De acuerdo con Hernández⁵³, el objetivo de la investigación exploratoria es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que tan sólo hay guías no investigadas e ideas vagamente

relacionadas con el problema de estudio, o bien si se desea indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas. En el caso de la presente investigación, abordar el significado del tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (englobando el farmacológico y el no farmacológico) en adultos mayores constituye un tema poco estudiado en nuestro país, de acuerdo con la revisión bibliográfica, y del cual se han obtenido valiosos e importantes resultados.

Por su parte, el tipo de investigación descriptiva proporciona una respuesta a las preguntas de cómo ocurrió algo y quién estuvo involucrado, pero no del por qué sucedió algo o del por qué alguien estuvo involucrado^{53,54}. La investigación descriptiva proporciona un perfil detallado de un evento, condición o situación utilizando métodos ya sea cuantitativos, cualitativos o una combinación de ambos.

De igual manera, Hernández menciona que los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis⁵³. Es decir, miden, evalúan o recolectan datos sobre diversas variables, aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. En un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se recolecta información sobre cada una de ellas, para así describir lo que se investiga.

4.2 Contexto o lugar donde se realizó el estudio

Los adultos mayores que participaron en la presente investigación pertenecen al grupo de adultos mayores de danza regional “Ícaro” dependiente de la Delegación Venustiano Carranza, con dirección en Avenida Circunvalación esquina con Tulio s/n, Colonia Cuchilla Pantitlán en la Ciudad de México.

En cuanto a las características sociales y económicas propias de la Delegación, se encontraron las siguientes: población urbana que cuenta con servicios de saneamiento ambiental adecuados (manejo sanitario de agua potable, aguas

residuales, recolección de residuos orgánicos e inorgánicos, eliminación de desechos sólidos, etc.); pavimentación de calles y banquetas; instalación y funcionamiento de alumbrado público; cuenta con red de transporte público (microbús, combis y metro) de fácil acceso para el desplazamiento a diferentes puntos; cuenta con servicios de salud pública (hospitales, clínicas y centros de salud) de fácil acceso. Así mismo, el nivel socioeconómico predominante es el medio-bajo.

En relación al grupo de adultos mayores de danza regional “Ícaro”, se refirió por parte de las autoridades delegacionales que surgió como respuesta a la alta prevalencia de adultos mayores en esta zona, además de que se organizó para fomentar el envejecimiento saludable al fomentar la actividad física como la danza, además de estimular la convivencia y recreación en este grupo etario. La mayoría de los adultos mayores en este grupo tienen al menos una enfermedad crónica-degenerativa, aunque controlada. El estado civil que prevalece es el divorcio o viudez, mientras que el nivel de escolaridad promedio es la primaria. Los hábitos y estilos de vida de los adultos mayores son generalmente nocivos para el control de sus padecimientos (sobrepeso, alto consumo de sal, refrescos, maíz, harinas, pan, grasas, etc.). Así mismo, es importante señalar que no todos los adultos mayores que asisten a este grupo de danza regional realizan dicha actividad, pues refieren que solamente asisten por convivir con sus amistades, además de que algunos se encuentran físicamente limitados por cuestiones de salud o del mismo deterioro progresivo inherente a la edad.

4.3 Participantes

Para la selección de los informantes se consideraron los siguientes criterios: adultos mayores de 60 a 75 años de edad; sin distinción de sexo; que acudieran al grupo anteriormente mencionado; con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de no menos de cinco años de evolución; que fueran funcionales e independientes para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria;

que no resultaran con probable diagnóstico de deterioro cognitivo y que, en caso de tener enfermedades concomitantes, estuvieran controladas.

Por otra parte, las entrevistas realizadas a cada uno de los participantes se llevaron a cabo en su domicilio particular ya que, de acuerdo con Taylor y Bogdan⁵⁵, el escenario ideal para la investigación es aquel en el cual el observador obtiene fácil acceso, establece una buena relación inmediata con los informantes y recoge datos directamente relacionados con los intereses investigativos. Así mismo, las entrevistas fueron realizadas personalmente por el investigador, previo consentimiento informado de los participantes.

Para la presente investigación, participaron cinco adultos mayores, tres de sexo masculino y dos del sexo femenino. Dichos participantes contaron con las siguientes características:

EA1: Femenina de 67 años de edad; diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 con 15 años de evolución, controlada; estado civil: viuda; escolaridad primaria; nivel socioeconómico medio-bajo; independiente para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; negativa a probable diagnóstico de deterioro cognitivo; hipertensión arterial controlada con 20 años de evolución, sin complicaciones; asegurada en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

HC3: Femenina de 62 años de edad; diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 con 10 años de evolución, controlada; estado civil: soltera; escolaridad primaria trunca; nivel socioeconómico bajo; independiente para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; negativa a probable diagnóstico de deterioro cognitivo; sin enfermedades concomitantes; no asegurada, acude a salubridad para recibir atención.

FR2: Masculino de 60 años de edad; diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 con 17 años de evolución, controlado; estado civil: casado; escolaridad bachillerato;

nivel socioeconómico medio-bajo; independiente para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; negativo a probable diagnóstico de deterioro cognitivo; sin enfermedades concomitantes; no asegurado, acude con médico particular para recibir atención.

RR4: Masculino de 70 años de edad; diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 con 8 años de evolución, controlado; estado civil: casado; escolaridad primaria trunca; nivel socioeconómico medio-bajo; independiente para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; negativo a probable diagnóstico de deterioro cognitivo; hipertensión arterial con 12 años de evolución, controlado; asegurado en el IMSS.

CA5: Masculino de 73 años de edad; diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 con 10 años de evolución, controlado; estado civil: casado; escolaridad secundaria trunca; nivel socioeconómico medio-bajo: independiente para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; negativo a probable diagnóstico de deterioro cognitivo; sin enfermedades concomitantes; asegurado en el IMSS.

4.4 Técnicas de recolección de la información

Para la recolección de los datos se realizaron entrevistas a profundidad a cada uno de los participantes, con una guía semiestructurada previamente elaborada, las cuales tuvieron una duración aproximada de 40 minutos cada una, mismas que fueron audiograbadas y posteriormente transcritas para su análisis, previo consentimiento informado. Las entrevistas fueron dirigidas por el investigador comenzando con la siguiente pregunta: “¿Cómo le ha ido con la diabetes?”, lo cual favoreció la narración libre del informante sobre sus propias experiencias y vivencias con la enfermedad y el tratamiento de la misma.

Simultáneamente, se utilizó la observación participante como una herramienta para enriquecer o contrastar la información proporcionada durante la entrevista.

Por último se utilizó el diario de campo para realizar notas en relación a aspectos que el investigador consideró relevantes para el tema de investigación, tales como el lenguaje corporal de los participantes, sus expresiones, actitudes y las características del medio ambiente y de la vivienda.

Para valorar la funcionalidad para las ABVD y AIVD, se utilizó la escala de Barthel y la escala de Lawton y Brody, respectivamente. Así mismo, para descartar un probable diagnóstico de deterioro cognitivo se empleó la escala completa de Mini-Mental de Folstein.

4.5 Análisis de los datos. Rigor Metodológico

En cuanto al análisis de los datos corresponde a un análisis de contenido de tipo temático de acuerdo a Souza Minayo⁵⁶, la cual menciona que el análisis de contenido se refiere a las técnicas de investigación que permiten tornar replicables y válidas las inferencias sobre datos de un determinado contexto, por medio de procedimientos especializados y científicos.

El análisis de contenido, en tanto técnica de tratamiento de datos, posee la misma lógica de las metodologías cuantitativas, en la medida en que busca la interpretación cifrada del material de carácter cualitativo. Berelson, uno de los primeros teóricos del análisis de contenido en los Estados Unidos, lo define de la siguiente manera: “Es una técnica de investigación para la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de las comunicaciones y cuyo fin es interpretarlos”⁵⁶.

Desde el punto de vista operacional, el análisis de contenido parte de una lectura del primer plano de las hablas, relatos, documentos, para alcanzar un nivel más profundo, superando los sentidos manifiestos del material. Para eso, generalmente, todos los procedimientos llevan a relacionar estructuras semánticas (significantes) con estructuras sociológicas (significados) de los enunciados y a

articular la superficie de los enunciados de los textos con los factores que determinan sus características: variables psicosociales, contexto cultural y proceso de producción del mensaje. Este conjunto de movimientos analíticos apunta a dar consistencia interna a las operaciones.

Existen varias modalidades de análisis de contenido, entre ellas el análisis temático, el cual se considera como el más simple y apropiado para las investigaciones cualitativas en salud y por lo tanto utilizado en la presente investigación.

Hacer un análisis temático consiste en descubrir los *núcleos de sentido* que componen una comunicación, cuya *presencia o frecuencia* signifiquen algo para el objeto analítico apuntado⁵⁶. Para un análisis de significados, la presencia de determinados temas denota estructuras de relevancia, valores de referencia y modelos de comportamiento, presentes o subyacentes en el discurso.

Operacionalmente, el análisis temático⁵⁶ se divide en tres etapas:

I. Primera etapa: pre análisis

Consiste en la elección de los documentos a ser analizados y en retomar la hipótesis y de los objetivos iniciales de la investigación. El investigador debe preguntarse sobre las relaciones entre las etapas realizadas, elaborando algunos indicadores que lo orienten en la comprensión del material y en la interpretación final. El pre-análisis puede descomponerse en las siguientes tareas:

- a) Lectura fluctuante: del conjunto de las comunicaciones. Este momento requiere que el investigador tome contacto directo e intenso con el material de campo, dejándose impregnar por su contenido.
- b) Constitución del corpus: Este término se refiere al universo estudiado en su totalidad, debiendo responder a algunas normas de validez cualitativa: exhaustividad: que el material contemple todos los aspectos

relevados en el guía; representatividad: que contenga las características esenciales del universo pretendido; homogeneidad: que obedezca a criterios precisos de elección en cuanto a los temas tratados, a las técnicas empleadas y a los atributos de los interlocutores; pertinencia: que los documentos analizados sean adecuados para dar respuesta a los objetivos del trabajo.

- c) Formulación y reformulación de hipótesis y objetivos: Proceso que consiste en retomar la etapa exploratoria teniendo como parámetro, en la lectura exhaustiva del material, las interrogantes iniciales. Los procedimientos exploratorios deben ser valorizados en este momento, para que la riqueza del material de campo no sea oscurecida por el tecnicismo. Por eso se habla también de reformulación de hipótesis, lo que significa la posibilidad de corrección de los rumbos interpretativos o la apertura a nuevas interrogantes.

En esta fase pre analítica, se determinan: la *unidad de registro* (palabra clave o frase), la *unidad de contexto* (la delimitación del contexto de comprensión de la unidad de registro), *los recortes*, la *forma de categorización*, la modalidad de *codificación* y los *conceptos teóricos* más generales que orientan el análisis.

II. Segunda etapa: exploración del material

La exploración del material consiste esencialmente en una operación clasificatoria que apunta a alcanzar el núcleo de comprensión del texto. Para eso, el investigador busca encontrar *categorías* que son expresiones o palabras significativas en función de las cuales el contenido de un habla será organizado. La categorización –que consiste en un proceso de reducción del texto a las palabras y expresiones significativas- es una etapa delicada, sin la seguridad de que la elección de categorías *a priori* lleva a un abordaje denso y rico. El análisis temático tradicional trabaja primero esta fase, recortando el texto en unidades de registro que pueden constituirse por palabras, frases, temas, personajes y acontecimientos, indicados como relevantes en el pre análisis. En

segundo lugar, el investigador elige las reglas de conteo, dado que tradicionalmente la comprensión es construida por medio de codificaciones e índices cuantitativos. En tercer lugar, él realiza la clasificación y la agregación de los datos, seccionando las categorías teóricas o empíricas, responsables de la especificación de los temas.

III. Tercera etapa: tratamiento de los resultados obtenidos e interpretación

Los resultados brutos son sometidos (tradicionalmente) a operaciones estadísticas simples (porcentajes) o complejas (análisis factorial) que permiten poner en relieve las informaciones obtenidas. A partir de allí, el analista propone inferencias y realiza interpretaciones, interrelacionándolas con el marco teórico diseñado inicialmente o abriendo otras pistas en torno de nuevas dimensiones teóricas e interpretativas, sugeridas por la lectura del material.

Por otra parte, para la interpretación de los datos, se empleó la propuesta operativa de Souza Minayo⁵⁶, que consta de los siguientes elementos:

- 1. Ordenamiento de los datos.** Esta etapa incluye: a) transcripción de grabaciones; b) relectura del material; c) organización de los relatos en un determinado orden, lo que ya supone un inicio de clasificación; d) organización de los datos de observación, también en un orden determinado, de acuerdo con la propuesta analítica. Esta fase da al investigador un mapa horizontal de sus descubrimientos en campo.
- 2. Clasificación de los datos.** En este momento el proceso de construcción del conocimiento se complejiza, por lo que se propone que el momento clasificatorio sea constituido por las siguientes etapas:
 - 2.1 Lectura horizontal y exhaustiva de los textos,** prolongando una relación interrogativa con ellos. Toda la atención del investigador debe estar provisoriamente volcada hacia ese material. Esta etapa inicial de contacto con el material de campo exige una lectura de cada entrevista

y de todos los otros documentos, anotando las primeras impresiones del investigador, iniciándose así la búsqueda de coherencia interna de las informaciones. Este ejercicio inicial permite aprehender las estructuras de relevancia de los actores sociales, las ideas centrales que intentan transmitir y los momentos clave y sus posturas sobre el tema focalizado. La atención emergente del investigador sobre el material lo ayudará a construir poco a poco las categorías empíricas. El siguiente paso será confrontarlas con las categorías analíticas, teóricamente establecidas como referencias de la investigación y buscar las interrelaciones e interconexiones entre ellas.

2.2 Lectura transversal. El segundo momento es el de la lectura transversal de cada sub-conjunto y del conjunto en su totalidad. El proceso es el de recorte de cada entrevista o documento en una “unidad de sentido”, por “estructuras de relevancia”, por “tópicos de información” o por “temas”. Los criterios de clasificación en primera instancia pueden ser tanto *variables empíricas* como *variables teóricas* ya construidas por el investigador. En el proceso clasificatorio, el investigador separa los temas, las categorías o unidades de sentido, agrupando las partes por semejanzas, buscando percibir las conexiones entre ellas, y guardándolas con códigos o en carpetas. Al finalizar este primer esfuerzo, donde fueron creadas muchas “carpetas”, el investigador parte hacia una segunda tarea, haciendo una limpieza de sus clasificaciones; reagrupando todo, y reduciendo a un número menor las unidades de sentido, buscando comprender e interpretar aquello que fue expuesto como más relevante y representativo por el grupo estudiado. Aquí se hace una reflexión sucesiva, en la cual la relevancia de algún tema (determinado a partir de la elaboración teórica y de las evidencias de los datos de campo) permite refinar el movimiento clasificatorio. Las múltiples carpetas son reagrupadas en torno de las categorías centrales, concatenándose en una lógica unificadora.

2.3 Análisis final. Las etapas de ordenamiento y clasificación demandaron una profunda inflexión sobre el material empírico, que debe ser considerado el punto de partida y el punto de llegada de la comprensión y de la interpretación. Ese movimiento circular, que va de lo empírico a lo teórico y viceversa, que danza entre lo concreto y lo abstracto, que busca las riquezas de lo particular y de lo general, es lo que se puede llamar, parafraseando a Marx, “lo concreto pensado”.

2.4 Informe. Se refiere a la comunicación de los datos de la investigación. El informe final de la investigación debe configurarse como una síntesis, en la cual el objeto de estudio reviste, impregna y entraña todo el texto.

Finalmente, en cuanto a rigor metodológico se refiere, se garantizaron los siguientes elementos con la finalidad de que los resultados de la presente investigación puedan ser considerados como científicos:

I. CREDIBILIDAD. Si bien la presente investigación tuvo una duración de dos años, la inmersión en el campo y la interacción con cada uno de los participantes fue por poco más de un año (septiembre 2014-noviembre 2015), lo que permitió entrevistar con naturalidad a los participantes del estudio y abordar con suficiente experiencia el fenómeno estudiado. Así mismo, con cada participante se acudió un promedio de dos sesiones tanto en el grupo de adultos mayores como en su domicilio, observando y registrando en todo momento lo que acontecía en cada escenario. Durante los periodos de estancia, se estableció un adecuado rapport y se interactuó tanto con los participantes como con los demás miembros y familiares presentes en su domicilio, lo que favoreció la confianza y la empatía en ambas partes. Al finalizar cada entrevista o durante la misma, la información recolectada por parte del investigador fue reconocida y validada por los participantes, en relación a pensamientos y sentimientos.

II. TRANSFERIBILIDAD. La descripción del contexto y de los participantes de la presente investigación permiten extender los resultados a otras poblaciones estudiadas en investigaciones similares, encontrando que comparten ciertas características como el rango de edad, las condiciones sociales, estado de salud, tiempo de experiencia con la enfermedad, nivel de escolaridad, estado civil, servicios con los que cuenta la comunidad, facilidades de acceso a los servicios de salud, redes de apoyo con las que cuentan, entre otros.

III. AUDITABILIDAD. La información obtenida de cada una de las entrevistas a profundidad realizadas, fueron audio grabadas y posteriormente transcritas de manera textual a partir de dicha grabación, y se almacenó en formato digital. Para su transcripción, se escuchó constantemente y de manera cautelosa cada palabra pronunciada y se registró a manera de no modificar el sentido de los argumentos. Además, como parte de la revisión del estado del arte, se identificaron estudios previos que abordaron el fenómeno de estudio de manera similar a la presente investigación.

4.6 Protección de la intimidad

Para asegurar la protección de la intimidad, y para facilitar su distinción por parte del investigador, a cada uno de los cinco adultos mayores participantes en la presente investigación se le otorgó un código de identificación representado por la inicial de su primer nombre y la inicial de su primer apellido, respectivamente, y un número de acuerdo al orden en que se entrevistaron. En este sentido, los códigos asignados fueron los siguientes: EA1, FR2, HC3, RR4 y CA5.

De igual manera, a cada uno de los participantes se le presentó el consentimiento informado de manera clara y precisa por parte del investigador en donde se les hizo explícito que su participación sería de manera autónoma y garantizaba su anonimato, disipando las dudas que llegaron a surgir. Posteriormente, toda vez que se firmaron los consentimientos, se procedió a realizar las escalas de valoración y las entrevistas a profundidad.

4.7 Consideraciones éticas del estudio

Para fines de la presente investigación se elaboró el consentimiento informado por escrito, mismo que fue firmado por cada uno de los informantes. Así mismo, dicha investigación se sustenta en los principios legales de la **Declaración de Helsinki**⁵⁷ en cuanto a la protección de la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal recabada a lo largo del presente estudio.

De igual manera, de acuerdo con el **informe de Belmont** (1979)⁵⁸, este estudio se ajusta a los tres principios básicos relevantes para la ética investigativa con humanos: a) respeto por las personas (autonomía y protección); b) beneficencia (no hacer daño, aumentar los beneficios y disminuir los posibles daños lo más que sea posible) y; c) justicia (recibir los beneficios de la investigación).

En cuanto al reglamento de la **Ley General de Salud** en materia de Investigación para la Salud⁵⁹, título segundo (de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos), los siguientes artículos fueron considerados durante la realización de dicha investigación:

ARTÍCULO 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;
- II. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.

- III. Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;
- IV. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;
- V. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;
- VI. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;
- VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso, y
- VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este estudio, la investigación corresponde a la siguiente categoría;

- I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza

ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTÍCULO 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan observarse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;

X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y

XI. Que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Finalmente, de acuerdo a lo dispuesto en la **NOM-012-SSA3-2012**⁶⁰ en materia de la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, se consideraron los siguientes puntos:

5.5 Toda investigación debe garantizar que no expone al sujeto de investigación a riesgos innecesarios y que los beneficios esperados son mayores que los riesgos predecibles, inherentes a la maniobra experimental.

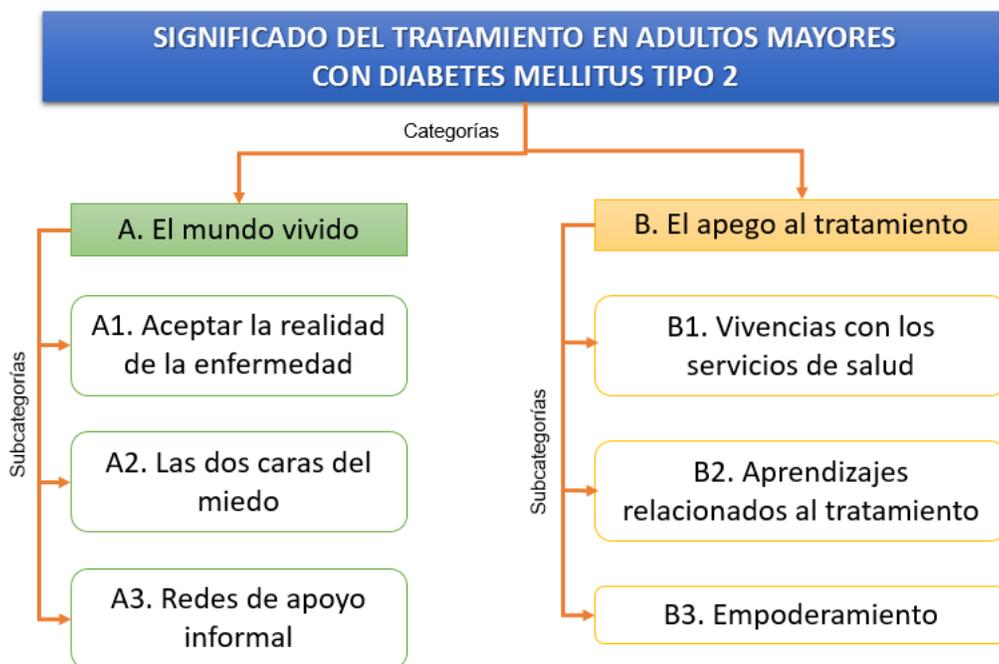
5.11 El investigador principal, así como los demás profesionales y técnicos de la salud que intervengan en una investigación, deberán cumplir en forma ética y profesional las obligaciones que les impongan la Ley General de Salud y el Reglamento, así como esta norma.

10.1 La conducción de toda investigación de conformidad con esta norma, estará a cargo del investigador principal, el cual deberá ser un profesional de la salud con la formación académica y experiencia probada en la materia, que le permitan dirigir la investigación que pretenda realizar.

10.2 El investigador principal podrá planear y elaborar el proyecto o protocolo de investigación y debe dirigir el mismo en apego a los aspectos metodológicos, éticos y de seguridad del sujeto de investigación.

5 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la presente investigación se muestran en el siguiente esquema, resultando dos categorías principales: A) El mundo vivido y B) El apego al tratamiento; de las cuales se desprenden tres respectivas subcategorías tal y como se muestra en el siguiente esquema:



A. EL MUNDO VIVIDO

El mundo vivido es aquel en el que se desarrolla la vida ordinaria del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2. En este mundo, las personas adoptan una actitud natural frente a las situaciones de su vida cotidiana, no suelen cuestionar las cosas y los acontecimientos, simplemente los viven como estructuras significativas que le atribuyen sentido a su existencia (Schutz)⁶¹.

Por otro lado, el mundo vivido es una construcción espacio-temporal (Merleau Ponty, 1994)⁶² en la vida del adulto mayor, con todas las posibilidades y

dimensiones que subyacen a la diabetes mellitus, es decir, comprende tanto las circunstancias positivas como las negativas de la enfermedad. El mundo vivido es por lo tanto aquel que el adulto mayor vive y experimenta desde su particularidad. De esta manera, existe una realidad que el adulto mayor tendrá que afrontar y aceptar, lo que posteriormente le permitirá poner en práctica una serie de medidas y estrategias necesarias e indispensables para lograr un adecuado control de su enfermedad, lo que lo llevará a adoptar una determinada actitud frente al tratamiento.

La diabetes mellitus, como cualquier otra enfermedad, repercute en mayor o menor medida en la vida del adulto mayor, pues provoca una ruptura o disociación de su comportamiento y modo de vida habituales, generando así una situación de desequilibrio. Los cambios en los hábitos y estilos de vida, y la consecuente adquisición de conocimientos y experiencias, no son siempre fáciles de asumir⁶³, por lo que es natural que se presenten situaciones estresantes y negativas como lo es el miedo. En este sentido el miedo adopta una postura ambivalente similar a las dos caras de una moneda, ya que por un lado actúa como una barrera o limitante en el momento en el que el adulto mayor, al desconocer los efectos y los posibles riesgos colaterales de los medicamentos empleados para el tratamiento de la enfermedad, recurre a suspenderlos; y por el otro lado, se convierte en un aliciente para mantener un adecuado control de la patología al tomar consciencia que, de no hacerlo, pueden llegar a convertirse en una carga para su familia, terminar postrado en una cama de hospital, terminar amputado o con complicaciones importantes que deterioren considerablemente su calidad de vida.

Por otro lado, dentro del mundo del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2, las redes de apoyo formal constituyen un factor determinante para la aceptación y construcción de su propia realidad, ya que dependiendo de la calidad del apoyo recibido, principalmente por parte de la familia, el adulto mayor puede adoptar una amplia variedad de conductas y, por consiguiente, enfrentar su mundo de diferentes maneras.⁶⁴

En esta categoría emergieron las siguientes subcategorías: “Aceptar la realidad de la enfermedad”, “Las dos caras del miedo” y “Redes de apoyo”.

A1. Aceptar la realidad de la enfermedad

La realidad de la enfermedad es aquella situación en la que el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 está inmerso en su cotidianidad y que, además, permanece constante ya que es totalmente independiente de la subjetividad que éste le otorgue; es decir, el adulto mayor puede llegar a construir su propia realidad en lo que respecta a la enfermedad y al tratamiento pero no puede escapar a la realidad que prevalece y a la que de una u otra forma está condicionado.

Así mismo, la realidad de la diabetes mellitus y de su tratamiento, es una manera de interpretar el contexto vivido por el adulto mayor de manera objetiva y cruda. La realidad, propiamente dicha, se refiere a aquello que es auténtico e inalterable y, tal como lo menciona Kant⁶⁵, sólo puede concebirse desde lo dado a través de la experiencia. De esta manera, la realidad y las implicaciones que tienen tanto la enfermedad como su tratamiento sólo pueden ser aceptadas o negadas, lo que determinará el tipo de conducta y la postura que el adulto mayor adoptará posteriormente en relación al cumplimiento del tratamiento. Aceptar o rechazar la realidad de la enfermedad es un aspecto fundamental y punto de partida para que el adulto mayor establezca aquellas proyecciones que tiene sobre el futuro en cuanto al tratamiento y el control de la enfermedad, es decir, la manera en que va a actuar y comportarse para lograr cumplir con ciertos objetivos. Lo anterior se evidencia en los siguientes discursos:

Hasta que me muera voy a tener esta enfermedad... se controla pero no se quita... pues eso es lo que trata uno de hacer, sobrellevar la enfermedad y tratar de estar lo mejor posible. (EA1)

Se me presentó la enfermedad... y **no me quedó más que aceptarlo**. Sé que esto avanza...debo de **entender que no estoy sano**, que en cualquier momento me puede perjudicar...**trato de relajarme**, de no estresarme. (FR2)

Fue algo maravilloso haberme dado cuenta que **me tuve que enfermar para poder cuidar mi salud**...porque **ahora sí me encargo de atenderme**, de nutrirme... (HC3)

Para mí ha sido sorprendente porque **muchos se dejan caer y en mi caso no es así**...lo que sí me **tomo continuamente es el medicamento**.... Para comer me apego más a las hierbas, bastante pescado y pollo, frutas y verduras, **ya no me gusta la carne ni el refresco**, no dependo de eso...(CA5)

Cada persona suele conferir un determinado significado o connotación a su realidad, lo cual puede concebirse como un alivio a responsabilidades y situaciones personales, es decir, como un beneficio, o más frecuentemente como un evento potencialmente estresante, como un reto, una amenaza, una pérdida, un castigo. En función de ello, la persona asume, en menor o mayor grado, las exigencias que implica vivir con la enfermedad. En este caso, es fácil identificar en los discursos que los adultos mayores aceptan de buena manera la realidad de su propia enfermedad y las implicaciones que tienen sus exigencias, adoptando una postura positiva y de superación al respecto, lo cual corresponde de alguna manera con los resultados encontrados por Siqueira en 2007¹⁰ los cuales reflejan que una de las principales dificultades que enfrentan los pacientes diabéticos para el control de la enfermedad es la negación de la misma. Esta característica corresponde quizás a una de las más importantes e indispensables para una persona mayor que debe lidiar con una enfermedad crónica como la diabetes mellitus, pues la persona más importante para el manejo de cualquier padecimiento es ella misma.

Mientras que algunas personas suelen rechazar la diabetes mellitus al percibirla como un castigo, otras, como los participantes de esta investigación, suelen percibirla como una oportunidad para crecer, cambiar y evolucionar, pues en la medida que logran tomar conciencia de las implicaciones negativas que puede traer un mal control de la enfermedad es como pueden comenzar a hacer algo por modificar sus hábitos y estilos de vida.

El simple hecho de que la persona mayor acepte de buena manera o que rechace la realidad en la que se desenvuelve, tiene una gran influencia en relación al comportamiento que adopta frente a la enfermedad y su respectivo tratamiento, lo que permitirá identificar tempranamente hábitos y conductas de riesgo que pudieran interferir con el nivel de cumplimiento del tratamiento y el consecuente control de la enfermedad⁶³.

Cabe mencionar que los adultos mayores de la presente investigación ya tienen cierta experiencia con la enfermedad (de 7-10 años aproximadamente), lo cual les ha permitido asimilar de cierta manera el proceso que conlleva la diabetes mellitus tipo 2 como para poder aceptarla y, a partir de esto, poder sobrellevar de mejor manera su padecimiento y mejorar su estado de salud.

A2. Las dos caras del miedo

De acuerdo con la Real Academia Española⁶⁶ (RAE), el miedo es entendido como aquella sensación de angustia ocasionada por un riesgo o daño, ya sea real o imaginario. En otras palabras, es la sensación que se tiene de que una determinada situación sea perjudicial o dañina. En relación al desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2 existen ciertos momentos en los cuales el adulto mayor experimenta situaciones tanto positivas como negativas en lo que se refiere a cumplir con el tratamiento. En este sentido, el miedo adopta dos sentidos

opuestos, similar a las dos caras de una moneda, en donde un lado actúa como limitante o barrera y el otro funge como un motivador o aliciente.

Dado que la diabetes mellitus tipo 2 se caracteriza por su cronicidad, la duración del tratamiento farmacológico requiere de periodos prolongados (de por vida), lo que propicia en muchas ocasiones que el adulto mayor experimente cierto miedo en relación a los posibles efectos colaterales que los medicamentos (entre ellos la insulina) tengan sobre su salud, lo que puede convertirse en un factor determinante para que las personas decidan rechazarlos o discontinuarlos.

Por otro lado, en la medida en la que adulto mayor logra tomar consciencia de las posibles consecuencias y daños que la misma evolución de la enfermedad conlleva, se adoptan una serie de actitudes y estrategias encaminadas a procurar tener un adecuado control de la enfermedad, pues de lo contrario, la persona sabe que puede llegar a situaciones fatales en donde puede ser amputado, terminar postrado en una cama de hospital, convertirse en una carga para su familia, etc., lo cual podría concluir en una muerte prematura con la consecuente pérdida de la calidad de vida. En este sentido, el miedo actúa como un aliciente para continuar con el tratamiento.

La manera en la que el adulto mayor logre afrontar, e inclusive superar, este tipo de circunstancias determinará el significado que le será atribuido tanto a la enfermedad como al tratamiento y, por lo tanto, los resultados se verán reflejados en el control que el adulto mayor tenga en relación al padecimiento.

Lo anterior se refleja en los siguientes discursos:

Yo solita me suspendí toda la medicina, porque un día me voy a enyerbar con tanto medicamento... (EA1)

Tratamientos y medicamentos que como burla te arreglan una cosa pero te desajustan otra...lo único que me espanta un poco porque no sé nada de ella, es la insulina... (HC3)

...dicen que tanta insulina afecta la vista...no sentí ninguna mejoría entonces la suspendí.....temo llegar al seguro y que me maten...lo que sí me da temor es ser una carga para mi familia...temo que me mutilen (RR4).

...tengo una enfermedad incurable, que me puede matar antes de que me toque...quiero seguirme controlando, seguir haciendo ejercicio...seguir mi vida normal...no me gustaría morir por una necedad, negligencia mía o ignorancia (FR2)

Tal como puede observarse, los primeros dos discursos reflejan claramente que la suspensión del tratamiento farmacológico está sustentado en dos factores principales: la falta de información o desconocimiento en relación a la importancia que tiene el tratamiento farmacológico como parte importante en el control de la enfermedad y, por otro lado, el miedo como una reacción a las situaciones desconocidas de los riesgos colaterales que pudieran generar mayores daños a su salud, lo cual está estrechamente relacionado a la falta de información, mismo resultado que comparte Durán en 2001⁶⁷. Además, como se observa en el tercer discurso, los mitos relacionados a los aspectos negativos de algunos medicamentos como la insulina pueden generar confusión en el adulto mayor, generando miedo o pánico al no corroborar la información, lo que también refleja una comunicación ineficaz entre el personal de salud y las personas enfermas, lo que coincide con el estudio realizado por Coelho⁶⁸ en 2012. Como el paciente cuenta con una autonomía considerable en el manejo de su enfermedad, en muchas ocasiones puede tomar la decisión de suspender o modificar las prescripciones médicas o las recomendaciones recibidas por parte del profesional de salud.

En la práctica clínica, este fenómeno se presenta con bastante frecuencia, por lo que es indispensable explorar de manera minuciosa los problemas relacionados a los miedos e incertidumbre que las personas enfermas tienen en relación a los fármacos empleados para el control de la enfermedad, pues tal y como se puede observar en los discursos, son situaciones que establecen barreras al cumplimiento, lo que a la vez genera que la experiencia de la enfermedad se torne complicada y oscura.⁶³ Además, el padecimiento mismo ya implica una carga estresante en el desenvolvimiento de la vida del adulto mayor, saber cómo poder lidiar con ella y con las emociones negativas que surgen durante su desarrollo se vuelve esencial para evitar el desarrollo de complicaciones a corto y largo plazo.

Por otro lado, los últimos dos discursos reflejan claramente que el hecho de que el adulto mayor esté consciente de las implicaciones negativas que tiene la diabetes mellitus por sí misma, aunado a un control inadecuado, puede afectar su estado de salud tanto a nivel físico como emocional, por lo que el miedo en este caso se convierte en un motivador para prevenir complicaciones. Esto coincide con lo escrito por Escobar⁶⁹ en 2013, quien menciona que uno de los factores para mejorar el apego al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 es la anticipación de la falta de la no adherencia al tratamiento.

A3. Redes de apoyo informales

Las redes de apoyo son estructuras que brindan algún tipo de contención al adulto mayor en su vida diaria con diabetes mellitus tipo 2 y que de acuerdo con Walker⁷⁰ se refieren a una serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene y recibe apoyo emocional, material, servicios e información. Estas estructuras se refieren a un conjunto de organizaciones o entidades que trabajan de manera sincronizada para colaborar con alguna causa, que en este caso se refiere específicamente al proceso de acompañar y servir de apoyo, ya sea moral o físico, durante el proceso del padecimiento. Las redes de apoyo informales se refieren a la familia, amigos, vecinos, etc, en los cuales el adulto mayor puede

encontrar un determinado tipo de apoyo y su impacto radica en la calidad y en la accesibilidad de los mismos.

Al existir una red de apoyo, el adulto mayor recibe una contención integral. Dicho de otro modo, el problema de enfrentar la diabetes mellitus y llevar el tratamiento de buena manera para un adecuado control, es atacado desde diversos sectores, lo que permite encontrar cierta motivación para sobrellevar el tratamiento y adaptarlo como parte de la vida cotidiana del adulto mayor.

Lo anterior se refleja en los siguientes discursos:

Mi familia ha visto que he tratado de controlarme, de llevar una vida aceptable y me apoyan en todo sentido. Los amigos no saben, la verdad no lo comento, creo que esto es un problema mío, pero no me afecta, no me siento solo. (CA5)

Mi esposa se preocupa por mí, me prepara mi fruta y mi verdura, no deja que me quede sin comer, me recuerda de mi insulina...los nietos me ayudaban a checarme el azúcar con el aparato...(RR4)

El aporte que recibe el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 por parte de las redes de apoyo, tienen beneficiosos efectos para su salud y bienestar⁴², ya que, como se puede observar en los discursos, el apoyo percibido por parte de las instituciones de salud y de los familiares va más allá del apoyo material, siendo el afecto, la aceptación y la afirmación las principales características, lo cual genera en el adulto mayor una sensación de bienestar al percibirse acompañado durante el proceso de adaptación de la enfermedad.

En el contexto social se tiende muchas veces a sobrevalorar la ayuda económica como la principal fuente de apoyo para una persona enferma y, por el contrario se subvalora el apoyo afectivo y moral, los cuales, generan un tipo de motivación

especial al adulto mayor para seguir haciendo frente a la enfermedad aún en situaciones adversas tal y como se refleja en el tercer discurso, en donde la nutrióloga al aportarle a la participante los medios necesarios para obtener información relevante, genera que la persona pueda hacerse responsable de su propia enfermedad y por lo tanto de sus propias decisiones y a la vez favorece que se puedan desarrollar conductas favorables para continuar con el tratamiento y, por consiguiente, mejorar su control⁷¹.

Muchos investigadores consideran que el verdadero apoyo social es aquel que es percibido por el individuo, y argumentan que si el sujeto no percibe la ayuda ofrecida o los recursos externos que están a su disposición, difícilmente influirán sobre su salud y bienestar⁷¹⁻⁷³. Sin embargo, todos los discursos anteriormente referidos, refieren percibir un determinado sistema de apoyo, lo que sin duda genera un impacto positivo al momento de hacer frente a la enfermedad y poder cumplir con el tratamiento. Así mismo, en los discursos se puede observar que las redes de apoyo percibidas provienen de un profesional de la salud (médico especialista y nutrióloga), así como de familiares como esposa, hijos, nietos, entre otros, y el tipo de apoyo percibido se encuentra en relación al cuidado de la alimentación, información para la salud, atención y escucha, monitorización de cifras de glucosa en sangre y cuidados referentes al tratamiento farmacológico. Esto constituye un factor sumamente importante, ya que como lo menciona Martínez (2010), si el tipo de apoyo que requiere el adulto mayor logra satisfacerse a través de una red de apoyo, los efectos subsecuentes serán naturalmente positivos para su salud y por lo tanto para el proceso de adaptación a la enfermedad⁶³. De esta manera, si el adulto mayor puede contar con más fuentes de apoyo desde sus diferentes espacios de interacción, se encontrará en mejores condiciones para asumir y responder a las exigencias que el tratamiento demanda.

B. EL APEGO AL TRATAMIENTO

De acuerdo con Haynes, el apego al tratamiento es el grado en que el comportamiento de una persona (tomar medicamentos, seguir un régimen alimenticio y ejecutar cambios en el estilo de vida) corresponde con las recomendaciones acordadas con un profesional de la salud⁷⁴. En este sentido, cumplir con el tratamiento prescrito tiene una gran trascendencia debido a que son muchos los factores que necesariamente requieren que el adulto mayor ponga en práctica las recomendaciones que se le han indicado, lo cual no siempre se realiza correctamente⁷⁵; sin embargo, existen ciertas situaciones que con el paso del tiempo adquieren una importancia significativa para dicha finalidad. Entre estas situaciones destacan el tipo de vivencias que el adulto mayor tenga con los profesionales o servicios de salud a los que acude en busca de atención profesional, el tipo de aprendizajes obtenidos en relación al tratamiento de la enfermedad y, finalmente, el nivel de empoderamiento adquirido para enfrentar la enfermedad y procurar un adecuado control de la misma en medida de las posibilidades y recursos con los que cuente cada individuo.

El tipo de interacción y la calidad de la atención que perciben los adultos mayores por parte de los profesionales o los servicios de salud son un aspecto fundamental dentro las vivencias que tiene el adulto mayor en relación al tratamiento de la enfermedad, pues dependiendo de sus características se puede generar un impacto positivo o negativo para que las personas consideren acudir a estas instancias en busca de atención para seguir un régimen terapéutico y por lo tanto lograr un adecuado nivel de apego al tratamiento para el control de la enfermedad.

Así mismo, durante el desarrollo de la diabetes mellitus, el adulto mayor va adquiriendo una amplia variedad de conocimientos que con el transcurso del tiempo se convierten aprendizajes, ya que le permiten comprender ciertas circunstancias relacionadas a la enfermedad y modificar hábitos y estilos de vida para así elaborar estrategias que le permiten mejorar su proceso de adaptación y

con esto mejorar en el cumplimiento del tratamiento terapéutico y por lo tanto mejorar su calidad de vida. Dichos aprendizajes se derivan principalmente de la experiencia que el adulto mayor tenga con la enfermedad, de los resultados previos de sus acciones y de la interacción que tengan con otras personas que comparten la misma patología.

Finalmente, toda vez que el adulto mayor logre comprender y apoderarse de estos conocimientos derivados de la vivencias con los profesionales y servicios de salud, así como de los múltiples aprendizajes obtenidos, y sea capaz de usarlo a su favor, obtendrá un determinado nivel de empoderamiento que le permitirá afrontar toda clase de circunstancias para poder superar las complejidades que sugiere la diabetes mellitus, lo que sin duda se convertirá en una fortaleza para mantener el apego al tratamiento y mejorar así su calidad de vida a través de un adecuado control de la enfermedad.

En esta categoría surgieron las siguientes subcategorías: “Vivencias con los servicios de salud”, “Aprendizajes relacionados al tratamiento” y “Empoderamiento”.

B1. Vivencias con los servicios de salud

De acuerdo con Dilthey⁷⁶, la vivencia es la experiencia humana vivida de manera individual aunque cargada de sentido colectivo, es decir, que aun cuando todos los adultos mayores puedan experimentar al mismo tiempo una realidad como lo es el asistir a un servicio de salud en busca de atención y orientación de tipo profesional, la vivencia de cada adulto mayor sobre este mismo fenómeno será diferente. Al respecto, Gadamer destaca el término vivencia para hablar de aquello que es aprendido y vivido por el propio individuo⁷⁷.

Por su parte, los servicios de salud abarcan todas aquellas instituciones del sector salud, públicas o privadas, a las cuales los adultos mayores acuden en busca de

atención para el tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2, ya que suponen ser la primera y principal red de apoyo formal con que cuentan para obtener una orientación profesional respecto a su padecimiento.

Las vivencias relacionadas al tipo y la calidad de la atención recibida por parte de los profesionales y servicios de salud tendrán un impacto significativo para que el adulto mayor logre o no cumplir de manera adecuada con el tratamiento terapéutico durante el desarrollo y la evolución de la diabetes mellitus, lo que sin duda determinará el éxito y los resultados de dicho proceso.

El tipo de relación que el adulto mayor tenga con profesionales de la salud, particularmente médicos, determinará la opinión que se tenga en cuanto a qué tan positivo o negativo puede llegar a ser la utilización de estos servicios, ya que si se logra establecer un vínculo de confianza y empatía, la persona enferma puede encontrar en estos servicios un motivador para continuar con el tratamiento y, en el caso contrario, puede llegar a generar frustración y rechazo, convirtiéndose así en un desmotivador importante.

Lo anterior se evidencia en los siguientes discursos:

...la doctora especialista, mes con mes me veía...como que siento que ella nos regulariza...sí nos dio resultado porque me hizo mucho bien estar con ella, en su tratamiento...nos platica muy bien, nos hace entender un poquito de cuál es el motivo de la enfermedad. (EA1)

Mi nutrióloga es la responsable de que yo haya aprendido a comer sanamente, gracias a los libros que me ha dado a estudiar...me agrada asistir a mis consultas en salubridad... es con la gente que me rodea, noble, humana... vivo mejor, contenta, más en paz. (HC3)

...nunca le dan a uno la atención como es...dan las citas cuando ellos quieren y no cuando se está enfermo...no tiene caso ir...me enfermo más de estar parada y formada que por mi enfermedad...así es que si se está muriendo uno, hasta el año la revisan... (CA5)

...a ellos (médicos) no les interesa...son inconscientes, son gente sin experiencia, tal vez sin sentimientos...es algo desagradable...para ellos soy otro diabético más y se acabó...tratamiento no dan, sólo medicamentos...no dan ganas de ir...las citas son extremadamente tardadas y la atención muy rápida...(FR2)

Cuando la relación personal de salud-paciente logra establecerse en la empatía, la confianza y una comunicación efectiva, los resultados durante el proceso de la enfermedad pueden generar un impacto sumamente positivo para que el adulto mayor pueda seguir y continuar un régimen terapéutico para el control de la enfermedad, lo cual puede verse reflejado en los primeros dos discursos, en donde los pacientes refieren que tanto la doctora especialista como la nutrióloga, al estar comprometidos e interesados en la salud de las personas receptoras de su atención, se convierten en uno de los principales medios mediante los cuales los adultos mayores logran comprender la diabetes mellitus y sus implicaciones. De igual manera, tal como lo refleja el discurso número dos, tener una comunicación efectiva y un vínculo de confianza con el personal de salud, permite al adulto mayor la modificación de hábitos alimenticios que le brindan una mejor sensación de bienestar.

Lo anterior es similar a lo arrojado en la investigación realizada por García y cols. (2013)¹⁵ quienes revelan que uno de los factores que influyen en la adherencia terapéutica de la diabetes mellitus tipo 2 es la interacción paciente-proveedor de salud, ya que menciona, es necesaria una buena comunicación y relación para mejorar el estrés de los pacientes, además de que los pacientes están más informados sobre su tratamiento, lo que mejora su apego al tratamiento y control glucémico. Por su parte, la investigación realizada por Troncoso y cols. (2013)⁴,

revela que cuando los usuarios de los servicios de salud perciben una buena calidad de atención y trato recibido por el equipo médico se refuerza positivamente la aceptación a controlar su patología y la asistencia a consulta médica, lo que influye determinadamente en el apego al tratamiento.

Por el lado contrario, cuando el adulto mayor percibe que la relación con el profesional de salud se basa en la indiferencia, la apatía y en una comunicación ineficaz, se genera una actitud y sentimiento de rechazo hacia los servicios de salud para recibir apoyo y orientación para el tratamiento y control de la enfermedad, lo cual genera un impacto negativo que favorece la no adherencia terapéutica. En los últimos dos discursos se puede observar claramente cómo los participantes hacen evidente su rechazo hacia dichos servicios y, en el penúltimo discurso, hacia los médicos de manera específica, los cuales son descritos como inconscientes y sin sentimientos. Así mismo se expresa en ambos discursos que no vale la pena asistir a las instituciones de salud. Lo anterior coincide nuevamente con los resultados arrojados por Troncoso⁴ en los cuales menciona que la escasez en la atención de profesionales del área médica altera la continuidad y el compromiso que tienen los pacientes en su adherencia terapéutica.

B2. Aprendizajes relacionados al tratamiento

De acuerdo con la RAE, el acto de aprender está relacionado con la adquisición de conocimientos⁷⁸ y, en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2, dichos aprendizajes pueden estar referidos ya sea por medio de la experiencia con la enfermedad, la interacción con otras personas que comparten la misma patología o a través de la consulta de fuentes de información. Para fines de esta investigación, se consideran aprendizajes a todas aquellas situaciones o circunstancias mediante las cuales el adulto mayor refiera haber podido modificar hábitos y estilos de vida directamente relacionadas al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (empleo de medicamentos, alimentación, ejercicio, etc.) para

aplicarlos en su vida cotidiana y poder de esta manera elaborar estrategias que le permitan lograr un mejor control de la enfermedad.

Los tipos y el nivel de aprendizaje que adquiera el adulto mayor, así como la manera en la que sea capaz de aplicar e incorporar los conocimientos adquiridos a su vida diaria, determinarán el nivel y la calidad con la que el adulto mayor cumpla con el tratamiento de la enfermedad y su consecuente calidad de vida. De esta manera, durante el desarrollo de la patología, los conocimientos previos adquiridos y sus respectivos aprendizajes, son claves al convertirse en una fortaleza para mantener la adherencia terapéutica.

Lo anterior se evidencia en los siguientes discursos:

...y cosas que he aprendido con el tiempo, así poco a poco he sobrellevado la enfermedad...que debía yo de llevar mi alimentación sana y tratar de no comer muchas cosas que yo antes decía “poquito no me hace daño”...se me hacía muy fácil, pero me he dado cuenta que me afectan... siento que ya sé lo que me sube el azúcar... (EA1)

...con el tiempo uno se va dando cuenta de los síntomas, porque hay cambios físicos...el médico que me atiende es diabético también...me enseñó a detectar algunos signos del azúcar alta...platico mucho con él y eso me ha ayudado a entender la diabetes...(FR2)

...yo he aprendido mucho...uno de los libros que me abrió mucho el panorama de la Diabetes es “La solución del azúcar en la sangre” y se puede complementar con “La dieta, yo sí puedo”...y por último “La dieta del creador”...tengo mucha literatura y con eso me he dado cuenta de que uno no necesita tanta contaminación en el cuerpo para subsistir...(HC3)

He aprendido a través de otras personas diabéticas que me dicen “no comas esto, no comas aquello...” a raíz de lo que me platican y los ejemplos que me dan es como he aprendido...(RR4)

A medida que el adulto mayor adquiere experiencia con la enfermedad, es decir, con el paso del tiempo, se adquieren una variedad de aprendizajes que ayudan al proceso de adaptación y por lo tanto se convierten en fuentes de apoyo para que el adulto mayor procure un adecuado control de la enfermedad. Así mismo, tal como se ve reflejado en los dos primeros discursos, las personas aprenden a conocerse a sí mismas y a la propia enfermedad; al respecto, Heidegger explica que es a través de la experiencia como el ser humano logra comprenderse a sí mismo y su realidad⁷⁷.

Como puede evidenciarse en los discursos, los medios por los que los adultos mayores logran adquirir conocimientos para mejorar su apego al tratamiento son diferentes para cada persona pues algunos aprenden a través de la experiencia con la enfermedad, otros con la transmisión de información formales o educación para la salud y otros, como en el último discurso, lo logran mediante la transmisión informal de conocimientos por parte de personas que comparten la misma enfermedad. No obstante, tal como lo menciona Miyar y cols.⁷⁹, aun cuando los pacientes afirmen haber aprendido ciertas cuestiones relacionadas al tratamiento de la enfermedad, no es posible afirmar que el conocimiento verdaderamente indujo a cambios en el estilo de vida y comportamiento de los participantes, lo cual puede considerarse como una limitante en la presente investigación ya que únicamente se describe la existencia de aprendizajes durante el desarrollo de la enfermedad.

B3. Empoderamiento

De acuerdo con Montero (2003), el empoderamiento se refiere al proceso mediante el cual los individuos o miembros de una comunidad desarrollan capacidades y recursos para controlar su situación de vida, actuando de manera

comprometida, consciente y crítica, para lograr la transformación de su entorno según sus necesidades y aspiraciones, transformándose al mismo tiempo a sí mismos⁸⁰. Al respecto, Rappaport (1984)⁸¹ menciona que el empoderamiento implica un proceso y ciertos mecanismos mediante los cuales, en este caso, los adultos mayores ganan control sobre sus vidas.

De esta manera, se entiende que el empoderamiento se refiere al acto en el cual el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 incrementa su participación activa para buscar las mejores condiciones que favorezcan el control del padecimiento a través de la elaboración de estrategias oportunas premeditadas derivadas de un aprendizaje significativo y sustentadas en una toma de decisiones propias, autonomía, el autocontrol y la autoconfianza. Así mismo, las personas mayores buscan soluciones a las dificultades que progresivamente enfrentan a lo largo del desarrollo y evolución de la enfermedad, buscando así las mejores estrategias para su control.

La finalidad del empoderamiento es lograr que el adulto mayor asuma la responsabilidad que le corresponde y adopte una postura constante de superación, y, en medida de lo posible, busque las mejores condiciones y estrategias para cumplir con el tratamiento de la enfermedad y poder así mejorar su calidad de vida.

Lo anterior se evidencia en los siguientes discursos:

...para mí no es difícil dejar de comer lo que me hace daño...trato de retirarme lo que yo sé que me hace mal... Yo no necesito que me digan lo que tengo que comer, no, yo hago mi comida... y sé que debo de comer lo que a mí no me haga daño... Yo tengo mi glucómetro y frecuentemente me hago el examen...prefiero atenderme en otro lado porque es de mejor calidad. (EA-1)

...tengo que estar recorriendo los centros de salud para que me den medicamento porque muchas veces no hay en donde acudo normalmente...es maravilloso cambiar lo fácil por lo nutritivo en cuestión de pastas, harinas, arroz por sopa de verduras, ensaladas...los médicos hacen su trabajo y yo tengo que hacer el mío...(CA5)

...yo prefiero ir con el médico especialista porque a él sí le interesa que yo esté bien...me cuido comiendo carnes blancas, verduras, tomo mis medicamentos, ya no tomo refresco, lo mínimo posible de azúcar... toda mi vida he hecho ejercicio y ahora con la diabetes mucho menos dejo de hacerlo...luchó porque quiero valerme por mí mismo y tener una vida plena...(RR-4)

Sigo controlándome, haciendo ejercicio, he cambiado en lo posible mi alimentación...prefiero acudir con el médico particular, él es quien me controla...vigilo y cuido mi cuerpo constantemente...(FR-1)

En todos los anteriores discursos pueden observarse cómo los adultos mayores refieren buscar otras alternativas de atención (en este caso el sector privado) al no estar conformes con una primera instancia, lo que refleja independencia de una única red de apoyo institucional, así como autonomía y toma de decisiones propias.

Así mismo, en el primer discurso, la participante refiere que no necesita que sus familiares la orienten en relación a lo que debe de comer y, además, menciona que ella cuenta con un glucómetro con el que es capaz de monitorizar sus cifras de glucosa de manera frecuente, lo que refleja un adecuado nivel de independencia en relación a estas actividades. Al respecto, Wendhausen⁸² y colaboradores refieren que el empoderamiento permite el aprendizaje dialógico, el desarrollo de la consciencia crítica, en la que el individuo encuentra el sentido para un modo de vivir una vida saludable propia, autónoma y personalizada. Por tal motivo, el empoderamiento es quizás la herramienta más poderosa para una

persona que busca el adecuado control de una enfermedad crónica degenerativa como lo es la diabetes mellitus tipo 2, pues empoderarse implica sin duda que los adultos mayores se convierten en protagonistas de sus propias vidas y toman el control de sus decisiones y acciones al respecto de su condición, tal como se refleja en el segundo y tercer discurso al mencionar los participantes que aceptan su participación activa en el proceso de la enfermedad, fijándose inclusive una meta que los ayuda a alcanzar sus objetivos. Esto implica dejar de depender de terceras personas o instancias ajenas a ellos sin dejar de considerarlas como un recurso importante para el logro de sus objetivos.

Lo anterior se relaciona estrechamente con lo mencionado por Zimmerman (2000), quien afirma que el empoderamiento se relaciona con los aspectos se apoya en los aspectos positivos del comportamiento humano, como son la identificación y el fomento de las capacidades individuales y la promoción del bienestar más que la curación de problemas o la identificación de factores de riesgo⁸³.

Por otro lado, la mayoría de los discursos hacen mención a la capacidad que tienen los adultos mayores de hacer cambios en sus hábitos y conductas (toma de medicamentos, alimentación y estilos de vida saludables) con la finalidad de mejorar el apego al tratamiento y con ellos su calidad de vida, lo que significa estar comprometidos consigo mismos a través del autoconocimiento y autocontrol para llevar a cabo dichas acciones.

No obstante, en el empoderamiento es importante el autoconocimiento de las personas mayores para que puedan generar así consciencia de las limitaciones que tiene cada individuo para lograr un óptimo cumplimiento del tratamiento, por lo que es importante que los profesionales de salud consideren los condicionantes sociales de la enfermedad a la hora de establecer un plan de cuidados para cada paciente.

Finalmente, fortalecer el primer nivel de atención a través de la enfermería comunitaria puede ayudar disminuir los riesgos y complicaciones de la diabetes mellitus así como los índices de mortalidad relacionados, pues tal como menciona Montero⁸¹, el empoderamiento es una de las vías fundamentales para el desarrollo

y la transformación de las comunidades; además el empoderamiento es una forma de aumentar el compromiso, la autogestión, mejorar la eficiencia y la calidad de vida, al mismo tiempo que se pueden reducir los costos de incapacidad y atención de complicaciones⁸⁴.

6 CONCLUSIONES

6.1 Aportaciones

De acuerdo a los resultados de la presente investigación, son varias las aportaciones que de éstos se desprenden, ya que al abordar el tratamiento para la diabetes mellitus tipo 2 de manera conjunta (farmacológico y no farmacológico) nos permite tener un panorama más amplio de los factores que influyen para que el adulto mayor logre finalmente cumplir o no de manera adecuada con dicho régimen. Así mismo, los discursos de los participantes proporcionan datos muy interesantes con respecto de los condicionantes sociales del proceso salud/enfermedad a los que están sujetos. Finalmente, la esencia y las características de la investigación cualitativa nos han permitido comprender parte importante de las vivencias, experiencias y aprendizajes que tiene el adulto mayor en relación a su padecimiento, es decir, sus decisiones, conductas y formas de construir, e incluso reconstruir, su realidad y estilo de vida. Estas dimensiones psicológicas y sociales se vuelven esenciales pues deberán permitir al profesional de enfermería alcanzar una mayor y más significativa comprensión de la condición humana y con ello, favorecer la adopción de decisiones más racionales en la práctica profesional que le permitan obtener una mayor eficacia e impacto de los programas de salud establecidos para la prevención y el control de dicha enfermedad.

Por esta razón, las aportaciones derivadas de la presente investigación se pueden clasificar en los apartados que se desarrollan a continuación:

6.1.1 Aportaciones a la disciplina

Una de las aportaciones más importantes en beneficio de la disciplina es la de la integración de los aspectos personales y sociales al cuerpo de conocimientos teóricos al momento de valorar y establecer un plan de cuidados para los diferentes padecimientos que enfrenta el profesional de enfermería en su práctica

cotidiana. Lo anterior se deriva del marcado predominio del modelo biológico en la atención sanitaria, en donde el objetivo principal de la atención brindada es la erradicación o el control de los signos y síntomas manifestados en aquellos que cursan con alguna patología, lo cual no sólo tiene serias repercusiones epistemológicas para la disciplina sino que además provoca que se pierda de vista al cuidado del ser humano como objeto de estudio de la enfermería. Por lo tanto, al comprender que cada individuo es único y diferente, y que además existen factores sociales, culturales, económicos, psicológicos e inclusive espirituales que intervienen en el proceso salud-enfermedad de cada persona, se podrá fomentar una visión y un criterio mucho más amplio a la hora de brindar cuidados y establecer programas de prevención y control por parte del profesional en enfermería.

Es por lo anterior que la disciplina de enfermería debe trabajar de manera conjunta con otras disciplinas afines para poder garantizar una atención de calidad basada en las necesidades reales y potenciales de cada individuo y población, lo cual exige la necesidad identificar teorías, conceptos y modelos ajenos para posteriormente integrarlos al cuerpo de conocimientos propios de la enfermería para poder así explicar y dar respuesta a problemas sanitarios de la práctica diaria.

De igual manera, el conocimiento teórico disciplinar debe darle una mayor importancia al proceso de envejecimiento del ser humano y abordarlo de manera holística para poder conocer sus características, su dinámica, el cambio de roles y estilos de vida que va adquiriendo en la sociedad en la que se desarrolla, así como las necesidades personales y de salud de cada individuo.

6.1.2 Aportaciones a la práctica

La educación para la salud es una de las actividades más importantes que debe realizar el profesional de enfermería, pues es a través de una adecuada

promoción que se pueden no sólo prevenir complicaciones y limitar el daño en aquellos individuos que cursan con determinadas patologías, sino que también puede ayudar a prevenir el desarrollo de las mismas. Es por esta razón que, en el caso de la atención a adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, enfermería debe tomar el control y generar un impacto positivo mediante la educación para la salud, ya que es realmente preocupante que en ningún momento se mencione por parte de los adultos mayores de este estudio al personal de enfermería dentro de los apoyos recibidos para su atención. Lo anterior sugeriría que existe poco interés o es poca la prioridad para acercarse directamente y trabajar de manera individual con este grupo etario con la finalidad de lograr comprender el proceso tan complejo que significa el envejecimiento por sí mismo, aunado con el desarrollo progresivo y permanente de una enfermedad crónica como la diabetes.

Si se logra tomar consciencia de que los procesos de vida y de construcción en cuanto a aprendizajes son únicos y diferentes para cada persona entonces se podrá enfatizar la educación para la salud de manera personalizada con los adultos mayores. Aceptar o no el hecho de padecer una enfermedad como la diabetes requiere más que de una simple decisión pues, la historia de vida, la manera de interpretar el mundo y de enfrentarlo, así como los recursos y las condiciones con las que cuenta cada individuo, repercuten en la postura y conducta que será adoptada para sobrellevarla. Entender que cada cabeza es un mundo nos llevará a cuestionar la homogeneidad del tratamiento para la diabetes mellitus tipo 2 en los adultos mayores específicamente hablando.

Por lo tanto, el tratamiento debe ser abordado y considerado de manera personalizada, considerando las características y el contexto en el que se desenvuelve cada persona, así como los condicionantes sociales del proceso salud-enfermedad. Además, es importante señalar que las personas mayores escuchan o le dan mayor importancia a aquellos comentarios o situaciones que han experimentado personas cercanas como familiares o amigos en relación a las consecuencias que tienen ciertos medicamentos para el control de la diabetes

mellitus, por lo que el personal de enfermería debe estar atento a todas estas circunstancias y considerarlas para implementar educación para la salud de manera constante y eficaz que permita al adulto mayor disipar dudas, inseguridades y temores a través de una comunicación efectiva. Para esto, se recomienda no solamente involucrar al individuo enfermo para elaborar un plan de cuidados específico para mejorar el control de la enfermedad sino que también debe reconocerse a la familia como un elemento indispensable para el logro de dichos objetivos, ya que es una red de apoyo importantísima para poder generar un impacto aún mayor en la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2. Capacitar a la familia en relación a las generalidades de la enfermedad y del tratamiento puede favorecer que sean ellos, los familiares, quienes al mantener un vínculo afectivo y una comunicación constante con el adulto mayor, puedan reforzar la información proporcionada para un mejor cumplimiento del régimen terapéutico.

Finalmente, es imperativo que se le dé un mayor peso al trabajo que realiza enfermería en la comunidad, identificando factores de riesgo y ejerciendo una monitorización constante a aquellos adultos mayores que por situaciones ajenas a ellos presenten un control deficiente de la enfermedad a través de visitas domiciliarias. En función de esto, incorporar metodologías de enseñanza y aprendizaje y técnicas didácticas que favorezcan una mejor comprensión y retención de la información en los adultos mayores podría significar una mejora en relación a las cifras del cumplimiento terapéutico.

6.1.3 Aportaciones a la investigación

En nuestro país, son pocos los estudios que abordan el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores de manera global, pues la gran mayoría retoma a la alimentación, el ejercicio físico, los medicamentos, la comunicación con los profesionales de la salud y la eficacia de los programas de intervención, de manera aislada. Por lo tanto, al abordar esta investigación al tratamiento (farmacológico y no farmacológico) desde la perspectiva de los propios adultos

mayores, es decir, el significado que cada uno de ellos le otorga y construye de acuerdo a sus propios procesos de vida, nos permite identificar algunas de las situaciones más relevantes que intervienen para el cumplimiento del tratamiento; aspectos que van desde cómo es percibida la enfermedad, lo que implica para cada uno de ellos; los procesos que se presentan para poder asimilar y hacer frente a todas las implicaciones que conlleva una enfermedad crónica degenerativa; las necesidades de atención y salud de este grupo etario; la importancia de contar con una red de apoyo para lograr una mejor adaptación; las dificultades que enfrentan y que significan los cambios de hábitos y estilos de vida fuertemente establecidos derivados de una historia de vida; la importancia que tiene la confianza y la comunicación eficaz con los servicios y personal de salud para apegarse al tratamiento; lo que implica enfrentar miedos y situaciones desfavorables durante el desarrollo del padecimiento; las formas en que los adultos mayores incorporan nuevos conocimientos y logran consolidarlos como aprendizajes para usarlos en su propio beneficio; los procesos a través de los cuales llegan a familiarizarse con su organismo al detectar signos y síntomas característicos y, en algunos casos, cómo un individuo puede abandonar la sombra de la dependencia para volverse protagonista de su propia vida y alcanzar un determinado nivel de empoderamiento que le permite fomentar el mejoramiento de su calidad de vida.

Aun cuando todos estos factores corresponden a un pequeño grupo de adultos mayores, con características compartidas y específicamente que cursan con diabetes mellitus tipo 2, sin duda han generado datos muy interesantes y relevantes para la profesión de enfermería, pues resaltan además la importancia que tiene la investigación cualitativa en este y en otros procesos de salud-enfermedad para, en primer lugar, conocer más a fondo a las personas quienes atraviesan una infinidad de acontecimientos a lo largo de su vida y, en segundo lugar, poder replantear y reestructurar, a raíz de lo anterior, las estrategias implementadas que siguen sin dar respuesta a diversos problemas sanitarios.

Por último, más específicamente hablando del tema de la presente investigación, se pueden desprender diferentes líneas de investigación en base a los resultados arrojados. Dar seguimiento a características o factores que pueden investigarse con mayor profundidad en este grupo etario (o en otro), permitirán seguir abonando conocimientos fundamentales para mejorar la calidad de la atención brindada por parte del profesional de enfermería, además de que pudieran fomentar la innovación de nuevos programas o modelos de educación para la salud y reforzar con esto los puntos débiles del sistema de salud, principalmente en el primer nivel de atención.

6.1.4 Aportaciones a las políticas públicas

La mayoría de los discursos de los participantes de esta investigación versan en relación a la inconformidad con la calidad de la atención por parte de los servicios de salud pública sobre todo en cuanto a los periodos de espera para acceder a una consulta médica y consecuentemente de su duración. Así mismo, se manifiesta que el seguimiento que se les brinda es fragmentado ya que el personal de salud no siempre es el mismo, es decir, que no es personalizado, pues las recomendaciones o el régimen terapéutico recomendado cambian considerablemente en muchas ocasiones. Además de esto, la calidad humana recibida deja mucho que desear al momento de recibir atención, así como la existencia y repartición de los medicamentos para el control del padecimiento, por lo que buscar una segunda alternativa de atención se convierte en una práctica común aun cuando implique un gasto extra.

Debido a lo anterior, es indispensable que se mejoren las estrategias y las políticas establecidas para la atención de los usuarios de servicios de salud pública, comenzando con asegurarse de brindar una atención de alta calidad a los individuos de manera individualizada, mejorando además los tiempos de atención para poder de esta manera procurar cubrir de manera prioritaria con las necesidades reales de cada persona. Aunado a esto, se sugiere que la atención

sanitaria sea multidisciplinaria, en donde profesional capacitado de diferentes disciplinas trabajen de manera conjunta y establezcan objetivos y metas en común para dar solución a los problemas de salud de individuos y poblaciones.

Por otro lado, al ser los adultos mayores un grupo etario desfavorecido y vulnerable, deben establecerse políticas públicas para que cuenten con los recursos necesarios para facilitar el proceso de adaptación y control de la diabetes mellitus, desde contar con apoyo de tipo económico, facilidades para la obtención de medicamentos, orientación relacionada a alimentación y ejercicio físico, organización de grupos de apoyo, atención domiciliaria para aquellos que no puedan desplazarse fuera de su hogar para asistir a los servicios de salud, espacios para la realización de actividad física, entre otras.

7 ANEXOS

7.1 Carta de consentimiento informado



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Significado del tratamiento en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2

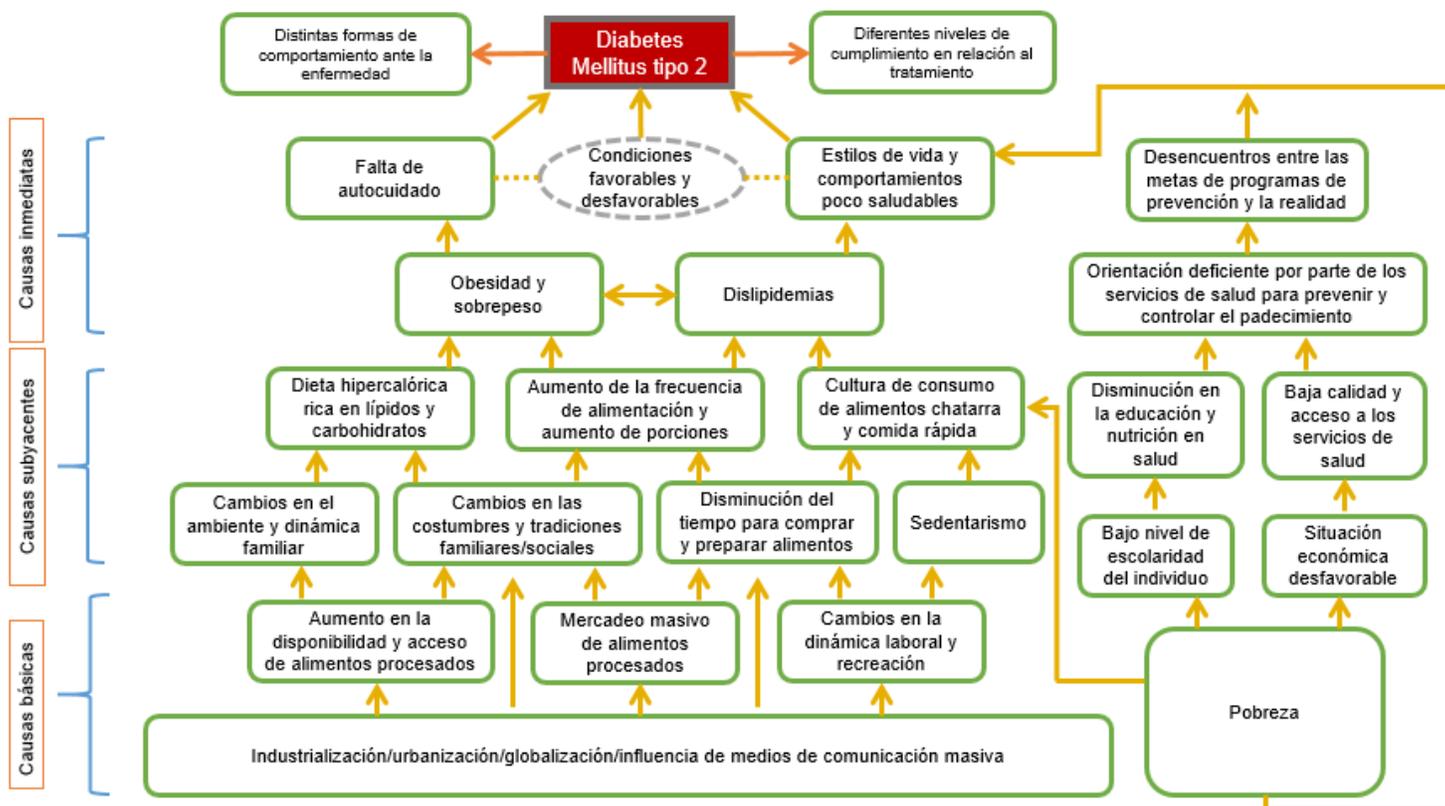
México, D.F. a ____ de _____ 2015

Por medio de la presente, yo: C. _____
en pleno conocimiento del proyecto de investigación titulado “Significado del tratamiento en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2”, autorizo al C. Jesús Ramón Merino de la Rosa, estudiante de la Universidad Nacional Autónoma de México, del Programa de Maestría en Enfermería; a que realice visitas en mi domicilio, para realizar entrevistas, mismas que serán grabadas y transcritas; así como diversas anotaciones de las observaciones que surjan al momento de la entrevista, para permitir el desarrollo de su proyecto de tesis.

Así mismo, confirmo que me han sido explicados ampliamente los objetivos y propósito de dicha investigación, respetando la confidencialidad de mis datos personales, y que la información recabada será con fines académicos. Teniendo claridad de los beneficios, así como el derecho de retirarme en caso de que sea mi decisión, acepto:

Firma

7.2 Condicionantes sociales de la diabetes mellitus tipo 2 para el cumplimiento o no cumplimiento del tratamiento.



NOTA. Fuente: Adaptado de *Secretaría de Salud. Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. México, D.F. IEPSA, Entidad paraestatal del Gobierno Federal; septiembre 2013.*

7.3 Temporalización

ACTIVIDADES		MESES. Primer semestre (2014)				
		Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.
(P: Programadas / R: Realizadas)						
1.- Revisión del estado del arte.	P					
	R					
2.- Planteamiento del problema (importancia, propósito, objetivo del estudio y pregunta de investigación).	P					
	R					
3.- Marco teórico/referencial probable.	P					
	R					
4.- Tutorías semanales con la Dra. Susana González Velázquez	P					
	R					
ACTIVIDADES		MESES. Segundo semestre (2014)				
(P: Programadas / R: Realizadas)		Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
5.- Identificación del grupo de adultos mayores de danza regional "Ícaro"	P					
	R					
6.- Establecimiento del contacto con representantes delegacionales del grupo de adultos mayores, para la exposición de los motivos de la investigación y para obtener autorización para realizar entrevistas	P					
	R					
7.- Realización de las primeras visitas de inmersión al grupo de adultos mayores de danza regional "Ícaro"	P					
	R					
8.- Elaboración de la guía semiestructurada y del consentimiento informado para realizar las entrevistas a profundidad.	P					
	R					
9.- Identificación de los posibles adultos mayores candidatos a participar en la	P					

presente investigación, se establece el <i>rapport</i> .	R					
10.- Presentación del investigador con los participantes; exposición de los objetivos de la investigación y del consentimiento informado.	P					
	R					
11.- Etapa de recolección de datos. Se realizan las primeras dos entrevistas, previo consentimiento informado.	P					
	R					
12.- Transcripción de las entrevistas; exploración del material, pre-análisis.	P					
	R					
13.- Tutorías semanales con la Dra. Susana González Velázquez	P					
	R					
ACTIVIDADES		MESES. Tercer semestre (2015)				
		Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.
(P: Programadas / R: Realizadas)						
14.- Revisión del estado del arte, planteamiento del problema (importancia, propósito, objetivo del estudio y pregunta de investigación) y marco teórico.	P					
	R					
15. Exploración del material (categorización, unidades de significado, codificación, surgimiento de categorías teóricas y empíricas).	P					
	R					
16.- Análisis horizontal y transversal de los datos de las entrevistas, rigor metodológico	P					
	R					
17.- Realización de la tercera entrevista a profundidad, previo consentimiento informado	P					
	R					
18.- Tutorías semanales con la Dra. Susana González Velázquez	P					
	R					

ACTIVIDADES		MESES. Cuarto semestre (2015)				
		Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
(P: Programadas / R: Realizadas)						
19.- Continuación de exploración del material (categorización, unidades de significado, codificación, surgimiento de categorías teóricas y empíricas).	P					
	R					
20.- Continuación de análisis horizontal y transversal de los datos de las entrevistas	P					
	R					
21.- Realización de la cuarta y quinta entrevista a profundidad, previo consentimiento informado.	P					
	R					
22.- Análisis final, consolidación de categorías y subcategorías.	P					
	R					
23.- Organización de los resultados y elaboración de discusión.	P					
	R					
24. Elaboración de conclusiones y aportaciones	P					
	R					

8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Muñoz LA, Price Y, Gambini L, Stefanelli MC. Significados simbólicos de los pacientes con enfermedades crónicas. Rev Esc Enferm USP [Revista en Internet] 2003 [acceso el 14 de febrero de 2014]; 37(4):77-84. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342003000400009&script=sci_artt_ext
2. Gomes-Villas BLC, Cesar FM, Foss-de Freitas MC, Pace AE. Relación entre apoyo social, adhesión al tratamiento y control metabólico de personas con diabetes mellitus. Rev Lat-am Enfermeagem [Revista en Internet] 2012 [acceso el 06 de marzo de 2014]; 20(1):1-8. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/es_08.pdf
3. Andrade CS, Antonio LMT, Cerezo BAM. Creencias en salud de la persona que vive con diabetes. Desarrollo Cientif Enferm [Revista en Internet] 2012 [acceso 29 de mayo de 2014]; 20(8):255-260. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/20pdf/20-255.pdf>
4. Troncoso PC, Delgado SD, Rubilar VC. Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2. Rev Costarr Salud Pública [Revista en Internet] 2013 [acceso 14 de febrero de 2014]; 22(1):9-13. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S140914292013000100003&script=sci_artt
5. Montiel-Carbajal M, Domínguez-Guedea M. Aproximación cualitativa al estudio de la adhesión al tratamiento en adultos mayores con DMT2. Revista Latinoamericana de Medicina Conductual [Revista en Internet] 2011 [acceso 14

- de febrero de 2014]; 1(2): 7-18. Disponible en:
<http://revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/19242>
6. Calderón-Gómez ME, Ojeda-Vargas MG. Vivencia del adulto mayor con diabetes para mantener la dieta prescrita por el médico. Veranos de investigación científica 2010 [Revista en Internet] 2010 [acceso 14 de febrero de 2014]:1-12. Disponible en:
<http://www.veranos.ugto.mx/Memorias/VeranosInvestigacionCientifica2010/info/16%20verano/salud/15%20Mar%C3%ADa%20Esmeralda%20Calder%C3%B3n%20G%C3%B3mez.doc>
 7. Navarrete-Cortés L, Santiago GS. Autocuidado de las personas de la tercera edad que padecen diabetes mellitus tipo II. Paraninfo digital [Revista en Internet] 2011 [acceso 29 de mayo de 2014]; 5(14):1-11. Disponible en:
<http://www.index-f.com/para/n14/pdf/016o.pdf>
 8. Guerrero-Arias ZC, Oviedo-Zúñiga AM, Vargas-Santillán MDL, Rodríguez GC. Evaluación de la percepción de Diabetes tipo 2 bajo la Modelo de Creencias en Salud. Desarrollo Cientif Enferm [Revista en Internet] 2010 [acceso 29 de mayo de 2014]; 18(3):100-105. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/18pdf/18-100.pdf>
 9. Ávila-Sansores GM, Gómez-Aguilar P, Yam-Sosa AV, Vega-Argote G, Franco-Corona BE. Un enfoque cualitativo a las barreras de adherencia terapéutica en enfermos crónicos de Guanajuato, México. Revista Aquichan [Revista en internet] 2013 [acceso el 27 de marzo de 2014]; 13(3):373-386. Disponible en:
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewFile/3128/pdf>

10. Siqueira PD, Dos Santos MA, Zanetti ML, Ferronato AA. Dificultades de los pacientes diabéticos para el control de la enfermedad: sentimientos y comportamientos. Rev Latino-am Enfermagem. [Revista en Internet] 2007 [acceso el 27 de marzo de 2014]; 15(6): 1-8. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692007000600008&script=sci_abstract&lng=es
11. Federación Internacional de Diabetes. ATLAS de la DIABETES de la FID [monografía en internet]*. 6ª ed. México: FID; 2013 [acceso 27 de noviembre de 2015]. Disponible en: https://www.idf.org/sites/default/files/SP_6E_Atlas_Full.pdf
12. Organización Mundial de la Salud [sede web]. Internacional: Organización Mundial de la Salud; 2012 [acceso 02 de abril de 2014]. Diabetes, datos y cifras [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
13. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes. [monografía en internet]. Aguascalientes, México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2013 [acceso 26 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2013/diabetes0.pdf>
14. Sistema Nacional de Información en Salud. Principales causas de mortalidad en edad posproductiva (65 años y más) [base de datos en internet]. México: Secretaría de Salud; 2011 [fecha de acceso 10 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>

15. García-Pérez LE, Álvarez M, Dilla T, Gil-Guillén V, Orozco-Beltrán D. Adherence to therapies in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Ther.* Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3889324/>
16. Martínez M, Coco B, Casado A. Eficacia de un taller de habilidades de afrontamiento en paciente diabéticos. *Metas enferm.* 2007; 10(1): 23-30.
17. Cardoso-Gómez MA, Zarco-Villavicencio A, Aburto-López IA, Rodríguez-León MA. Paciente: un aporte conceptual para la conformación de un modelo de atención a las enfermedades crónicas. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM.* [Revista en línea] 2014 [acceso 25 de septiembre de 2014]; 57(5):32-42. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2014/un145e.pdf>
18. Hoyos-Duque TN, Arteaga Henao MV, Muñoz Cardona M. Factores de no adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar. *Investigación y Educación en Enfermería* 2011;29(1):194-203. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105222400005>. Fecha de consulta: 15 de marzo de 2014.
19. Da Franca XA, Borges BD, Márcia, Camilo AMB. Crenças no autocuidado em diabetes - implicações para a prática. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis.* 2009; 18(1): 124-130.
20. Mercado-Martínez FJ. Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano. Guadalajara, México: Serie Medicina Social; 1996.
21. Compeán Ortiz LG, Gallegos Cabriales EC, González González JG, Gómez Meza MV. Conductas de autocuidado e indicadores de salud en adultos con

- diabetes tipo 2. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jul.-ago. 2010 [acceso en: 14 abr. 2014]; 18(4): [07 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es_03.pdf
22. Jairnilson-Silva P. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. En: Fleury S., organizadora. Saúde e democracia. A luta do CEBES. São Paulo, Brasil: Editora Lemos; 1997. p. 11-24.
23. Mercado Martínez FJ, Robles SL, Ramos Herrera IM, Moreno LN, Alcántara HE. La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. Cad. Saúde Pública. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v15n1/0047.pdf>
24. Damasceno MMC, Zanetti ML, Carvalho ECC, Teixeira CRS, Araújo MFM, Alencar AMPG. La comunicación terapéutica entre profesionales y pacientes en la atención en diabetes mellitus. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jul.-ago. 2012 [acceso: 12 abr. 2014]; 20(4):[08 pantallas]. Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/48600/52594>
25. Luchetti-Rodríguez FF, Zanetti ML, Dos Santos MA, Martins TA, Sousa VD, de Sousa TCR. Conocimiento y actitudes: componentes para la educación en diabetes. Rev Latino-am Enfermagem. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/es_06.pdf
26. Miyar-Otero L, Lúcia Zanetti M, Daguano-Ogrizio M. El conocimiento del paciente diabético sobre su enfermedad, antes y después de la implementación de un programa de educación en diabetes. Rev Lat-am Enfermagem [Revista en Internet] 2008 [acceso el 12 de marzo de 2014]; 16(2):1-7. Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/16944/18777>

27. Ferreira de Oliveira N, de Mello e Souza MCB, Zanetti ML, dos Santos MA. diabetes mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em Grupo de Apoio Psicológico. Rev Bras Enferm [Revista en Internet] 2011 [acceso 29 de mayo de 2014]; 64(2):301-7. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
28. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Instituto Nacional de Salud Pública. Evidencia para la política pública en salud [monografía en internet]; 2012 [acceso 16 de febrero de 2104]. Disponible en: http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/Calid_ProceDiabet.pdf
29. Hernández-Ávila M, Gutiérrez JP, Reynoso-Noverón N. diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. Salud pública México [revista en internet] 2013 [acceso 13 de febrero de 2014]; 55(2):S129-S136. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a9.pdf>
30. Golberg AP; Andres R; Bierman EL. diabetes mellitus in the elderly. En Hazzard WR; Andres R; Bierman EL; Blass JP. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. McGraw-Hill Company New York 2da ed; 1990. p. 739-58.
31. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y Tratamiento de Diabetes Mellitus en el Adulto Mayor Vulnerable [Monografía en Internet]. México; 2013 [acceso 11 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_657_13_dxytxdedmenadultovulnerable/imss_657_13_dxytxde_dm_en_adultovulnerableger.pdf

32. Batista-Moliner R, Ortega González LM, Fernández López G. Diabetes Mellitus. Manejo y consideraciones terapéuticas. RESUMED [Revista en Internet] 1998 [acceso 12 de abril de 2016]; 11(1): 6-23. Disponible en: <https://www.fisterra.com/herramientas/recursos/vancouver/#electronico>
33. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. (23 de noviembre de 2010).
34. Sedó Masís P. Significados y prácticas de alimentación de un grupo de personas adultas mayores diabéticas y sus familiares, en el Cantón de la Unión, Cartago. Anales en Gerontología [Revista en Internet] 2005 [acceso 12 de abril de 2016]; Núm. 5:39-53. Disponible en: <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/8863/8343>
35. Medel Romero BC, González Juárez L. Estilos de vida. Experiencias con la adherencia al tratamiento no farmacológico en diabetes mellitus. Index Enferm [Revista en Internet] 2006 [acceso 13 de abril de 2016]; 15(52-53). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962006000100004&script=sci_arttext
36. Mendoza F, Velásquez O, Martínez M, Pego U, Campeo E, Lara A y Gallego I. Comunicación y Perspectiva de Audiencias: una investigación cualitativa para la diabetes. Revista de Endocrinología y Nutrición, 2000; 8(1): 5-13. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2000/er001b.pdf>
37. Evert AB, et al. Nutrition Therapy Recommendations for the Management of Adults With Diabetes. American Diabetes Association. 2013; 36(11):3821-42. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3816916/>

38. Hernández-Rodríguez J, Licea Puig ME. Papel del ejercicio físico en las personas con diabetes mellitus. Revista Cubana de Endocrinología [Revista en Internet] 2010 [acceso 12 de abril de 2016]; 21(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532010000200006&script=sci_arttext
39. Centro de Interamericano de estudios de seguridad social. El adulto mayor en América Latina, sus necesidades y sus problemas médico-sociales. México: OMS/OPS; 1995.
40. Villagómez-Valdés G. No es pecado envejecer. Pobreza y desigualdad social del adulto mayor. México: MA Porrúa; 2013.
41. Giró-Miranda J. El significado de la vejez. En: Giró-Miranda J. Envejecimiento y sociedad, una perspectiva pluridisciplinar. España: Universidad de la Rioja; 2004. p. 19-46.
42. García-González F. Vejez, envejecimiento y sociedad en España. Siglos XVI-XXI. España: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha; 2005.
43. ZAVALA G MERCEDES, VIDAL G DAISY, CASTRO S MANUEL , QUIROGA PILAR , KLASSEN P GONZALO . FUNCIONAMIENTO SOCIAL DEL ADULTO MAYOR. Cienc. enferm. [Internet]. 2006 Dic [citado 2016 Feb 03];12(2):53-62. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532006000200007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532006000200007>.
44. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal. Gaceta Oficial del Distrito Federal (7-marzo-2000). Disponible en:

<http://www.sds.df.gob.mx/pdf/Ley%20de%20los%20Derechos%20de%20las%20Personas%20Adultas%20Mayores.pdf>

45. Guzmán JM, Huenchuan S, Montes de Oca V. Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual. Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social. 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile; 2003. 1-20.
46. Méndez E, Cruz LD. Redes sociales de apoyo y persona adulta mayor. En: Informe Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor. Costa Rica, San José; 2008. [acceso 25 de enero de 2016]. Disponible en: http://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM_cap5web.pdf
47. Villgómez-Valdés G, Sánchez-González MC. Tercera Edad y Pobreza. Algunas Aristas de la Desigualdad Social en Campeche. En: Villgómez-Valdés G, Vera-Gamboa L. Vejez. Una perspectiva sociocultural. México: Universidad Autónoma de Campeche; 2013. p. 123-50.
48. Kelly GA. Breve introducción a la teoría de constructos personales. En: Kelly GA. Psicología de los constructos personales. Barcelona: Editorial Paidós; 2001. p. 253-83.
49. Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la investigación cualitativa, 2ª edición. Granada: Aljibe; 1999.
50. Do Prado ML, De Souza ML, Carraro TE. Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales. Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000 No. 9 p. 102

51. Merighi MAB. A docência de enfermagem em uma Universidade Pública: um enfoque fenomenológico. [Tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo – USP; 1993.
52. Sánchez-Silva M. La metodología en la investigación cualitativa. Mundo siglo XXI [Revista en Internet] 2005 [acceso 25 octubre de 2015]; Jun(1): 115-18. Disponible en: <http://www.mundosisigloxxi.ciecas.ipn.mx/pdf/v01/01/08.pdf>
53. Diez Barroso CB, Martínez MI. Definición del alcance de la investigación a realizar: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa. En: Hernández-Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 4ª edición. México: McGraw-Hill Interamericana; 2006. p.685-692.
54. Quecedo R, Castaño C, Introducción a la metodología de investigación cualitativa. Revista de Psicodidáctica 2002 5-39. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17501402>. Fecha de consulta: 13 de septiembre de 2015.
55. Taylor SJ, Bogdan R. La observación participante. Preparación del trabajo de campo. En: Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. España: Paidós Ibérica; 1987. p 31-49.
56. Souza-Minayo MC. La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial; 2009. p. 249-52.
57. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf

58. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report. Washington, DC: US Government Printing Office, 1979.
59. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. (Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984). Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
60. "Criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos". Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012. Diario Oficial de la Federación, 5 de enero de 2010.
61. Dreher J. Fenomenología: Alfred Schütz y Thomas Luckmann. En: de la Garza E, Leyva G (eds.). Tratado de metodología de las ciencias sociales. México: Universidad Autónoma Metropolitana y Fondo de Cultura Económica, 2012. Disponible en: <http://docencia.izt.uam.mx/egt/Cursos/MetodologiaMaestria/Drecher.pdf>.
62. Merleau-Ponty M. Fenomenología de la percepción. México: Fondo de Cultura Económica.
63. Pérez-Martínez VT. El anciano diabético y la respuesta adaptativa a la enfermedad. [Revista Cubana de Medicina Integral]; 26(2): 309-20.
64. Gomes-Villas LC, et al. Relación entre apoyo social, adhesión al tratamiento y control metabólico de personas con Diabetes Mellitus. Rev. Latino-Am Enfermagem. 20(1):[08 pantallas].
65. Cassirer E. Kant, vida y doctrina. México; Fondo de Cultura Económica: 1968.
66. Diccionario de la Real Academia Española. (Consultado el 13 de octubre de 2015). Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=DglqVCc>

67. Durán-Varela BR, Rivera-Chavira B, Franco-Gallegos E. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Revista salud pública de México [Revista en Internet]* 2001 [acceso 17 de octubre de 2015]; 43(3): 233-36. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10643311>
68. Coelho-Dmasceno MM, Lúcia-Zanetti M, Campos de CE, de Souza Teixeira CR, Moura de Araújo MF, García Alencar AMP. La comunicación terapéutica entre profesionales y pacientes en la atención en diabetes mellitus. *Revista Latino-Am. Enfermagem. [Revista en Internet]* 2012 [acceso el 18 de octubre de 2015]; 20(4):[8 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/es_08.pdf
69. Escobar-Tobar CA. Adherencia y resistencia de los pacientes hipertensos al tratamiento médico que incluye cambios en el modo de vida [Tesis]. Santiago de Chile: Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales; 2011.
70. Cervantes-Gutiérrez E. Redes Sociales del Adulto Mayor [presentación]. Hospital General de México; 2014. Disponible en: <http://es.slideshare.net/OswaldoAngeles/redes-sociales-de-adulto-mayor>
71. Lorenzo Z. Comportamiento del sistema de redes de apoyo social en familias que sufren la conducta suicida. *Rev Cubana Med Gen Integr [sitio en Internet]*. 2004 [citado 2008]; 20(5-6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000500005&lng=es
72. Reyes Guibert W. El suicidio: un tema complejo e íntimo. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2000.

73. Pérez V. Estrategia dirigida al mejoramiento de la respuesta adaptativa a la diabetes mellitus de los senescentes para mejorar su calidad de vida. Rev Cubana de Med Gen Integr [sitio en Internet]. 2008 [citado 2008];24(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252008000400004&lng=es
74. Haynes RB. Introduction. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. Compliance in health care. Baltimore: John Hopkins University Press; 1979.
75. Martín Alfonso Libertad. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2004 Dic [citado 2016 Feb 20]; 30(4): 1-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662004000400008&lng=es.
76. Dilthey W. Fundación de las ciencias del espíritu. En: Dilthey W. El mundo histórico. México: Fondo de Cultura Económica; 1944. p. 92
77. Souza Minayo M C d, Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. Salud Colectiva 2010;6:251-261. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73115348002>. Fecha de consulta: 20 de octubre de 2015.
78. Diccionario de la Real Academia Española. (Consultado el 22 de octubre de 2015). Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=DglqVCc>
79. Otero Liudmila Miyar, Zanetti Maria Lúcia, Ogrizio Michelle Daguano. El conocimiento del paciente diabético sobre su enfermedad, antes y después de la implementación de un programa de educación en diabetes. Rev. Latino-Am.

- Enfermagem [Internet]. 2008 [Fecha de consulta: 2015 Oct 23]; 16(2):231-237. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041169200800000010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000200010>.
80. Montero M. El fortalecimiento de la comunidad. En: Montero M. Teoría y práctica de la psicología comunitaria, la tensión entre comunidad y sociedad. México: Paidós; 2006. p. 59.
81. Buelga S. El empowerment: la potenciación del bienestar desde la psicología comunitaria. En: Gil M. Psicología social y Bienestar: una aproximación interdisciplinar. España: Universidad Zaragoza; 2007. p. 154-73
82. Wendhausen Águeda L. P., Barbosa Tatiane Muniz, Borba Maria Clara de. Empoderamento e recursos para a participação em conselhos gestores. Saude soc. [Internet]. 2006 Dec [Fecha de consulta: 11 Ene 2016]; 15(3): 131-144. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902006000000011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902006000300011>.
83. Zimmerman, M. Empowerment theory. En: Rappaport J, Seidman E. (eds). Handbook of community psychology. New York: Springer; 2000. p. 43-63
84. Márcia Miguéis LM, Costa Guedes NA, Carmen Clos A, Pereira Ramos J, dos Santos Chaves AC, Vieira C. Produção do conhecimento em enfermagem acerca do empoderamento em ituações crônicas de saúde. Rev enferm UERJ [Revista en Internet] 2015 [acceso 16 de enero de 2016]; 23(3): 413-19. Disponible en: <http://www.facenf.uerj.br/v23n3/v23n3a20.pdf>