



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

MUNDO DE VIDA: EXPERIENCIAS PSICOLÓGICAS Y SOCIALES DEL PACIENTE CON  
DIABETES TIPO 2

**TESIS**

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

**MAESTRA EN ENFERMERÍA**

CAMPO DE CONOCIMIENTO

**CIENCIAS DE LA SALUD**

PRESENTA:

KAREN YAEL ALCÁNTARA RUIZ

DIRECTORA DE TESIS

Dra. Dulce María Guillén Cadena

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Ciudad de México, enero 2021



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

# Índice

Introducción.....	5
Capítulo 1. Descripción del Fenómeno .....	7
1.1 Problematización .....	7
1.2 Justificación y Relevancia del Estudio.....	14
1.3 Pregunta de Investigación .....	18
1.4 Objetivos.....	18
1.4.1 General.....	18
1.4.2 Específicos.....	18
Capítulo 2. Estado del Arte.....	19
Capítulo 3. Aproximación Teórica .....	32
Capítulo 4. Marco Conceptual.....	38
Capítulo 5. Metodología.....	43
5.1 Diseño Metodológico.....	43
5.2 Contexto.....	43
5.3 Selección de los participantes.....	47
5.3.1 Descripción de los participantes .....	47
5.4 Técnicas de Recolección de Datos.....	51
5.4.1 Entrevista a Profundidad.....	52
5.4.2 Observación no participante.....	52
5.4.3 Notas de Campo .....	53
5.5 Análisis de Datos.....	53
5.6 Consideraciones Éticas.....	56
5.7 Criterios de Rigor .....	57
Capítulo 6. Hallazgos e Interpretación.....	58
Capítulo 7. Discusión .....	90
Capítulo 8. Conclusiones .....	105
8.1 Aportaciones a la profesión.....	109

<b>8.2 Aportaciones a la práctica .....</b>	<b>110</b>
<b>8.3 Aportaciones a la investigación .....</b>	<b>111</b>
<b>Capítulo 9. Limitaciones del estudio.....</b>	<b>112</b>
<b>9.1 Conflicto de Intereses .....</b>	<b>112</b>
<b>Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>113</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>122</b>

## DEDICATORIA

*A mis dos grandes amores:  
Mamá y Abuelita July,  
por ser mi inspiración y apoyo incondicional  
en cada paso he que dado en esta vida.*

## AGRADECIMIENTOS

A la vida, por haberme permitido ser parte de una hermosa y especial profesión que toca el alma de las personas en diversas formas y que ha generado en mí gran crecimiento personal y profesional.

A la UNAM, por ser tan noble conmigo y haberme dado enumerarles experiencias educativas, haberme formado en la profesión de enfermería y seguir apoyando mi crecimiento profesional. En especial agradecimiento a mi amada FES Iztacala que me permitió conocer grandes profesores, colegas y amigos que han servido de inspiración y han sido parte de la semilla del crecimiento profesional.

A la Dra Dulce María Guillén Cadena, por ser mi tutora y compañera desde mi servicio social y hasta esta maravillosa etapa profesional, que con su confianza y guía sembró un amor especial a la investigación e hizo que viera desde otra perspectiva a la profesión de enfermería, cambiando mi ser enfermera y abriendo camino a un crecimiento personal y profesional, pero sobre todo por enseñarme a brillar con luz propia y creer en mí.

A mis dos pilares de vida, mi mamá y abuelita Julys, ejemplo de grandes mujeres y de vida, que siempre han creído en mí y han estado motivándome a seguir creciendo en todos los aspectos. Por siempre brindarme su amor y apoyo incondicional en cada paso que doy en este camino llamado vida.

Al resto de mi familia y amigos por sus muestras de apoyo en las diversas maneras, causando siempre una sonrisa y un sentimiento de felicidad de ver lo orgullosos que están del logro de mis metas.

A mis amigas de la Maestría por haber hecho cada momento lleno de risas, por el apoyo incondicional que nos brindamos para continuar aún en los momentos de crisis y por permitirme conocerlas y saber que aún hay hermosas personas, pero sobre todo excelentes colegas.

Y finalmente, a los informantes por su participación y permitirme conocer parte de su vida a partir de sus experiencias y vivencias que contribuyeron en la construcción del conocimiento y de esta tesis.

## Introducción

La situación de salud a nivel mundial está relacionada con las enfermedades no transmisibles (ENT), que tienen la característica de cronicidad y con ello la evolución de complicaciones, las cuales son responsables de la morbimortalidad existente en la población adulta, como es la Diabetes Mellitus tipo 2 que además representa altos costos económicos en su atención y prevención.

La situación actual de Diabetes tipo 2 en la población mexicana requiere de un nuevo enfoque que permita generar nuevas alternativas en la prevención y el manejo de la enfermedad para retrasar las complicaciones, disminuir las tasas de morbimortalidad a través de programas de salud que aceptan las experiencias y vivencias de los pacientes con Diabetes tipo 2 y se fundamenten desde el contexto mexicano.

Además, se sugiere que las políticas de salud y el Sistema de Salud mexicano cambien su perspectiva en el abordaje y atención del padeciente de una enfermedad crónica, considerando e integrando los hallazgos de investigaciones cualitativas y un modelo que incluya las diversas esferas de la persona, como es el biopsicosocial que permite conocer a profundidad al paciente para aterrizar las estrategias a las necesidades reales de los pacientes.

En el presente trabajo se abordó al paciente con Diabetes tipo 2 desde una mirada fenomenológica social proporcionada por Alfred Schütz, con el objetivo de conocer e interpretar sus experiencias psicológicas y sociales a partir del diagnóstico y cómo éstas influyen en su vida cotidiana.

Las experiencias de los pacientes se configuran en sentido del Mundo de Vida del paciente y de su cotidianidad, surgiendo cuatro temas con sus respectivos subtemas, que son claves en la experiencia de padecer DM2:

1. El primer tema se refiere a la experiencia psicológica generada después del diagnóstico.
2. El segundo tema hace referencia de la experiencia social, es decir, de la interacción con los círculos sociales importantes del paciente.

3. El tercer tema está enfocado a la interpretación de la cotidianidad con la enfermedad.
4. El cuarto tema es un hallazgo que no se buscaba, pero es importante ya que afecta la dimensión psicológica y social del paciente, así como es parte de mundo de vida como persona.

Al surgir las experiencias de los pacientes con DM2, se discute la importancia de integrar en la atención del paciente un modelo que contemple aspectos psicosociales relacionados con la enfermedad que pueden influir de forma positiva o negativa en el tema de aceptación, el autocuidado y manejo de la enfermedad.

Ante esta situación, se le da a conocer al profesional de enfermería las barreras por la que se enfrenta el paciente en su cotidianidad y que afecta su comportamiento ante las acciones de cuidado. De esta forma, se considera la realidad para abordar temas de adherencia, actividad física, afrontamiento y aceptación de Diabetes tipo 2 en los pacientes y así alcanzar las metas y objetivos ante este problema de salud pública.



## Capítulo 1. Descripción del Fenómeno

### 1.1 Problematicación

Actualmente se vive una situación de salud crítica a nivel mundial relacionado con las enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas degenerativas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que las ENT son responsables de la muerte de 41 millones de personas cada año, de las cuales 1,6 millones son ocasionadas por la Diabetes Mellitus (DM), la cual ocupa el cuarto lugar a nivel mundial afectando a 422 millones de adultos en todo el mundo.<sup>1,2</sup>

A partir de la globalización, la prevalencia e incidencia de estas enfermedades han ido en aumento en todos los países sobre todo en aquellos en vías de desarrollo (ingreso bajo y medio), a pesar del trabajo conjunto de los gobiernos y de las organizaciones internacionales que establecen estrategias y acciones enfocadas a las políticas públicas de salud, con el objetivo de prevenir y controlar de las ENT, así como la promoción de la salud.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad que aparece cuando el páncreas no produce suficiente insulina o existe una resistencia a ella, esto es cuando el organismo no hace un buen uso de la hormona producida, por lo que se producen niveles elevados de glucosa en sangre (hiperglucemia) por largo plazo que causa daños al cuerpo.<sup>3</sup>

En México la Diabetes Mellitus es una de las enfermedades más comunes en la población adulta, la Federación Internacional de Diabetes menciona que ocupa el 5to lugar a nivel mundial con 12 millones de adultos con diagnóstico de Diabetes y estima que para el año 2045 se alcance una cifra de 21.8 millones ocupando el 4to lugar.<sup>4</sup>

En nuestro país la DM es la segunda causa de mortalidad (15.4%),<sup>5</sup> convirtiéndose en un problema de salud pública, que ha sido difícil de controlar en los aspectos de prevención, diagnóstico y tratamiento. Ejemplo de ello son los resultados dados a conocer por La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT), donde 9.4% de la población refieren tener un diagnóstico médico previo y se estima que el 14% de la población mexicana adulta tiene diabetes.<sup>6,7</sup>

Lo anterior visualiza que el panorama de salud de los mexicanos es difícil aun cuando se han implementado campañas para la prevención y detección oportuna de la enfermedad como parte de la atención primaria a la salud, la cual es un área acción del profesional de enfermería cuyas acciones están orientadas a mejorar la salud de la población, a través de los centros de atención de 1er y 2do nivel y las campañas de salud comunitarias, escolares, actividades informativas sobre la prevención de enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus tipo 2, charlas sobre una alimentación equilibrada y ejercicios enfocados sobre los efectos positivos de la actividad física, con la finalidad de hacer un cambio en el estilo de vida de las personas tanto sanas como enfermas y promover la salud, pero sobre todo para evitar el aumento de la mortalidad a causa de las complicaciones asociadas.

El desarrollo de la Diabetes tipo 2 es propiciado por la combinación de diversos factores y determinantes sociales como son genéticos, fisiológicos, sociales, ambientales y conductuales, los cuales se han dado a conocer a la población, sin embargo, los esfuerzos en educación para salud no han mejorado la situación actual de la enfermedad, reflejándose en el continuo aumento de la incidencia y de complicaciones físicas como daño renal, neuropatías, retinopatías y amputaciones.

Ante esta situación, el profesional de enfermería puede aplicar sus conocimientos y dar una atención integral individualizada hacia el paciente con DM2, a partir de la comprensión de su contexto y crear estrategias funcionales para que el paciente logre mejores resultados en su autocuidado, mejorando la adherencia al nuevo estilo de vida que engloba la alimentación, actividad física y medicamentos orales o insulina.

Para entender todo lo que rodea la Diabetes se han realizado diversas investigaciones desde diferentes áreas y enfoques que han permitido comprender este problema de salud pública y contestar a las preguntas de los profesionales de salud, no obstante, han omitido considerar como estudio todo aquello que rodea al paciente, quién es padeciente de una enfermedad crónica de larga duración, cuya causa está asociada al modo de vida inmersa en la sociedad, como son los estilos de vida poco saludables: una mala alimentación, el consumo de tabaco y alcohol, el sedentarismo y estrés. Asimismo, algunos determinantes sociales de la salud, como son las dificultades para el cuidado, el nivel socioeconómico y de educación, la red de apoyo social, situación laboral, familiar y el acceso a los servicios de salud, etc.

El proceso de enfermedad que experimenta el paciente con Diabetes tipo 2, evidentemente implica áreas de su vida significativas por los diversos cambios psíquicos y corporales, por lo que el reconocimiento de éste proporciona visualizar de una forma integral las realidades y particularidades relacionadas con los modos de expresión del paciente, de aspectos individuales y sociales que juegan un rol importante en la manera de vivir con la diabetes.<sup>9</sup>

El saber y aprender a vivir con esta enfermedad crónica es un desafío, primero por su característica de cronicidad que significa estar enfermo y con riesgo de complicarse, segundo porque no se visualiza tempranamente a nivel corporal ni las complicaciones, por lo que no se sienten enfermos y finalmente la presión de modificar su estilo de vida que requiere el cuidado de la enfermedad.

El ser diagnosticado con Diabetes, trae consigo cambios importantes en el estilo de vida (su vida cotidiana) de los pacientes, los cuales son experimentados de manera negativa al comienzo de esta nueva realidad, sin embargo, también puede ser positivos con el paso del tiempo, llegando aceptar vivir con la enfermedad. Los principales cambios afectan de forma compleja la esfera psicológica y social del paciente, cuya relevancia se relaciona con la calidad de vida de los pacientes con Diabetes.<sup>10,11</sup>

El primer cambio significativo del paciente es el aspecto psicológico, que se genera a partir de conocer el diagnóstico: “usted tiene diabetes”, según los testimonios de los pacientes, suele ser descrito como un estado de shock y es cuando comienza toda una reestructuración en las diversas áreas de su vida, así como cambios emocionales y sociales que trae consigo la enfermedad por su falta de cura.<sup>11</sup>

La esfera psicológica del paciente sufre un impacto por una adaptación rápida y obligada tras el diagnóstico, suscitando una serie de emociones negativas como la aprehensión, negación, incertidumbre, miedo, ira, ansiedad y depresión que se generan por la pérdida de la salud.<sup>10,11</sup> Estas emociones también se relacionan con la preocupación por las modificaciones que demanda la enfermedad en su vida y por la responsabilidad del cuidado de su salud como es el cambio del estilo de vida, englobando la alimentación, la actividad física, toma de medicamentos y chequeos continuos.<sup>12</sup>

En cuanto a la reestructuración de la alimentación, conlleva dejar de comer ciertos alimentos altos en carbohidratos, azúcares y algunas proteínas, como es el pan, las bebidas endulzantes, postres, pastas y carne de puerco o res, resultando difícil para el paciente por la carga cultural (costumbres, disponibilidad, acceso) de los alimentos y por introducir nuevos alimentos que no son agradables como las verduras.

Con ello, también se agrega el hacer ejercicio como parte de los cuidados que el paciente con DM2 debe tener, esto conlleva hacer un espacio en sus tareas diarias y encontrar la actividad física que más le guste y ayude, muchas ocasiones algunas comorbilidades no dejan que el paciente triunfe en este desafío orillando a dejarlo y en otras ocasiones los síntomas como el cansancio se interpone, a pesar de los esfuerzos algunos otros no le ven la importancia de integrarlo a su vida diaria y mucho menos de los beneficios como es mantener en óptimo estado la glucosa en sangre.

Y finalmente, el cambio en el estilo de vida se evidencia para el paciente cuando tiene que ir a sus citas médicas para la monitorización de la glucosa en sangre. Por otro lado, el régimen terapéutico medicamentoso puede verse como dificultad por los efectos secundarios que puede experimentar el paciente, siendo más relevantes para su experiencia que el beneficio a su estado de salud.

Con relación a lo anterior, el diagnóstico inicia en el paciente una experiencia de salud que ocasiona confusión y dificultad para el manejo de la información acerca de la Diabetes. Además, en la comunicación con el profesional de salud quienes exigen un “rigor o disciplina” puede propiciar tensión emocional, expresados por sentimientos de culpabilidad y auto reproches por el incumplimiento de las indicaciones y puede generar un impacto en sus relaciones interpersonales.<sup>11</sup>

Indagar el aspecto psicológico del paciente es relevante para comprender las diversas manifestaciones generadas por la enfermedad y que son pieza clave para visualizar como el paciente manejara su afrontamiento de la enfermedad, las actitudes que pueden ayudar o perjudicar su autocuidado y por último la aceptación de la enfermedad, siendo importante el papel de la enfermera para reformularse y orientado a resolver las dificultades generadas por la DM2.

Por lo que se considera que la afección psicológica por sí misma es causada por el impacto del diagnóstico, pero también por las experiencias y significados personales y sociales que trae consigo la enfermedad, por lo que la aceptación de la enfermedad es un proceso largo y de maduración cuya expresión se ve en las relaciones interpersonales del paciente, llegando a causar conflicto con sus círculos sociales.<sup>11</sup> Las afecciones a la esfera psicológica y social son tan íntimas, que la mínima alteración en alguna de ellas puede perjudicar a la otra, esto es debido a la característica humana de ser seres sociales cuya subjetividad se ve influenciada por los demás y viceversa.

La esfera social del paciente con DM se representa por los diversos entornos e interacciones con otros actores como pueden ser familia, amigos, pareja, vecino, compañeros de trabajo y personal de salud, cuyas relaciones tiene componentes de relativa formalidad y profundidad emocional, son parte de la inserción del paciente en el mundo social.

Para Lerón, las interacciones sociales impregnan una singularidad en la experiencia del paciente, generando significaciones donde se confronta su imagen personal y social por ser diabético, los cambios corporales (síntomas) y con la modificación de roles a partir del diagnóstico. Los juicios de valor que acompañan todas las significaciones en los pacientes crean una imagen desacreditada sobre ellos mismos, que se asumen inmediatamente por el paciente siempre y cuando se comparte un medio social y cultural que sostienen estas representaciones.<sup>9,11</sup>

Por ello es importante poner atención a los diferentes entornos sociales del paciente, ya que por cuestiones de juicios o significados sociales pueden tener connotaciones positivas y/o negativas para su control de la enfermedad, mismos que hacen sentir al paciente señalado por sus diferencias, es decir, desde su apariencia física y sus roles sociales.<sup>9</sup>

Las afecciones sociales del paciente se pueden visualizar por las respuestas de aislamiento social, encubrimiento y manejo de secretos en sus círculos sociales, sea la familia, área laboral, amigos y relaciones interpersonales, las cuales pueden ser estrategias para sobrellevar el estigma, bromas y situaciones de discriminación, que además pueden generar un alejamiento del autocuidado. No obstante, también la señalización puede generar la necesidad de apoyo social en sus diferentes dimensiones, como es la orientación por el profesional de salud y el fortalecimiento del aspecto emocional, así mejorando su relación con la familia, amigos y creando mejores alternativas para actividad laboral.<sup>9,11</sup>

Contemplar el aspecto social del paciente con DM2 es primordial para comprender su vida cotidiana y facilitar las diversas redes de apoyo, que durante el proceso de salud enfermedad necesitará para hacer frente a los cambios que exige la enfermedad y las complicaciones que puede enfrentarse el paciente en su esfera psicológica que influyen en su interrelación con los demás, como es el aislamiento social, encubrimiento y manejo de secretos<sup>9</sup> relacionados con las actividades de autocuidado como es la restricción de ciertos alimentos y la negación de la enfermedad en determinado espacio social.

## 1.2 Justificación y Relevancia del Estudio

El estudio de la Diabetes Mellitus ha sido tema de investigación por diversos profesionales, algunos desde la perspectiva médica y otros desde la perspectiva social y antropológica, que sin duda alguna contribuyen al conocimiento de la enfermedad desde perspectivas diferentes, para mejorar la comprensión y abordaje del problema de salud pública que tiene México.

La situación actual de Diabetes entre la población mexicana requiere de un nuevo enfoque, un estudio holístico que ayude a generar nuevas alternativas para la prevención y control de la enfermedad, es por esto la relevancia de estudiar aquello que rodea al paciente con DM2, como son los aspectos psicológicos y sociales que interfieren en la vida cotidiana antes y después del diagnóstico, que son clave para abordar temas como adherencia, ejercicio, afrontamiento y aceptación.

Mucho se sabe del creciente aumento de incidencia y prevalencia de la enfermedad y parece ser que las implementaciones de políticas en materia de salud están lejos de resolver el problema, mostrando así que la vigilancia médica y prevención de complicaciones especificadas en la NOM-015-SSA2-2010<sup>13</sup> aún están lejos de alcanzar, posiblemente esto se deba al modelo de salud que se maneja en las instituciones donde solo estudian los factores de riesgo para padecer la enfermedad, se prescriben las indicaciones sin considerar las particularidades de la vida del paciente acerca del medicamento, alimentación y actividad física que se debe realizar, esto último demanda que el paciente obedezca y, en cambio, no se obtiene respuesta de una disciplina impuesta, que excluye aspectos psicológicos, sociales, económicos y culturales.<sup>14</sup>

Lo anterior, es a causa del modelo de atención a la salud en México, el cual sigue siendo desde un enfoque biomédico que se centra en dos vertientes, la salud y la enfermedad. Es por esto que a pesar de contar con los recursos terapéuticos y que están al alcance de los pacientes, no se ha disminuido las complicaciones asociadas a un mal manejo de la enfermedad y a los porcentajes altos en mortalidad, lo que



nos lleva a pensar que existen otros elementos sociales vinculados a la diabetes y que hace falta precisar.

Desde esta perspectiva, es muy frecuente culpar al paciente por su falta de cumplimiento a las indicaciones médicas, llegando a calificar como desobediente e irracional.<sup>14</sup> La falta de interés en la vida cotidiana del paciente con Diabetes es muy común entre los profesionales de salud, olvidan tener una visión holística durante la atención y educación, privilegiando a los aspectos físicos y fisiológicos, sobre aquellos otros que se relacionan inevitablemente ante cualquier problema de salud, como la condición psicológica y social.<sup>15</sup>

Por ello, la relevancia de este estudio radica en el uso de una metodología flexible, que permite introducirnos en el mundo cotidiano del paciente con diabetes tipo 2, impulsando al profesional de enfermería a escuchar y comprender la voz de los pacientes que no son solo “un diabético/a”, más bien seres biopsicosociales que necesitan un cuidado integral y diferente al modelo biomédico, con la finalidad de alcanzar los objetivos de salud planteados desde la realidad del paciente.

La trascendencia de un estudio cualitativo radica en proporcionar una perspectiva de la realidad de las personas, el contexto y el tiempo donde estas se encuentran, como un todo (holismo), sin reducir sus palabras y actos en estadísticas porque se perdería el sentido humano de la vida y no se encontrarían respuestas a los fenómenos de complejidad humana. Además, permite conocer en profundidad a las personas, desde su postura de únicos y experimentar cómo sienten e interpretan sobre las cosas cotidianas desde su estar como el amor, dolor, la salud y enfermedad.

Es por esto, que la disciplina de Enfermería debe aplicar sus conocimientos humanos y cambiar el paradigma de atención a la salud, comenzando con establecer que el cuidado que la profesión brinda no es determinado por el modelo biomédico, el cual solo se centraliza en la enfermedad, en la alteración física por los signos y síntomas y por considerar que la dualidad de la mente y el cuerpo.

El cuidado de enfermería surge a partir de diferentes patrones de conocimiento que se integran y brindan la particularidad de la profesión, son aquellos que le dan sentido al objeto de estudio y se expresan en el sujeto a través de un proceso interpersonal donde existen interacciones, relaciones y transacciones entre el paciente y enfermera, que comienzan con la comunicación.<sup>16</sup>

Por consiguiente, se le considera primordial para lograr propósitos educativos e indicadores de salud en el paciente con diabetes, esta se desarrolla en todos los niveles de salud (prevención, promoción, intervención o rehabilitación), desde la visión biopsicosocial. Es fundamental en la profesión de enfermería retomar la comunicación como estrategia y práctica social contextualizada para traducir las formas de ver la realidad y así construir y entender los significados, del paciente con DM, con la finalidad de resaltar los aspectos psicológicos y sociales vinculados con el proceso salud-enfermedad por ejemplo: hábitos de alimentación a partir de tradiciones, costumbres relacionadas con la asistencia a instituciones de salud, conceptualización de salud, enfermedad y proyección social, reproductividad y salud sexual, desarrollo económico u ocupacional, autoestima y estado emocional, etc.<sup>16</sup>

El propósito de este trabajo es evidenciar que los pacientes con Diabetes tipo 2 no solo se ven afectados físicamente, sino que después del diagnóstico se ve afectado su esfera psicológica y social, las cuales influyen directamente en el ser del paciente y en el cuidado de la Diabetes. Asimismo, se debe reconocer que las experiencias generadas por ellos son importantes para que los profesionales de salud, en este caso, enfermería, comprenda las diversas situaciones de vida de cada paciente, para ser flexible en las diversas estrategias de educación y crear un programa que contemple la singularidad del paciente para alcanzar las metas relacionadas a la Diabetes.

Por tanto, toma relevancia el emplear una metodología cualitativa la cual nos permite visualizar aquellos aspectos que rodean al paciente con Diabetes tipo 2 desde una visión integral, es decir, considerar la vida cotidiana del paciente tal como él la percibe y cómo puede afectar en su cuidado diario, es encontrar aquellas dinámicas en los distintos ámbitos que son significativas para él y que pueden causar un efecto positivo o negativo a su vida, a diferencia de la investigación tradicional cuantitativa que delimita el estudio, que no permite profundizar en aspectos importantes que rodea al paciente y la enfermedad.

La profesión de Enfermería representa la oportunidad para atender al paciente con DM2 desde una perspectiva biopsicosocial y complejidad en el sistema de salud en México, cambiando el enfoque de atención. Así como crear conciencia de comprender a los pacientes en todas sus dimensiones, comenzando por el aspecto psicológico y social que son determinantes en la interpretación de su realidad y respuesta del paciente, generando vivencias y experiencias únicas.<sup>17</sup>

### **1.3 Pregunta de Investigación**

¿Cuáles son las experiencias psicológicas y sociales del paciente con Diabetes tipo 2 a partir del diagnóstico y su influencia en la cotidianidad?

### **1.4 Objetivos**

#### **1.4.1 General**

- Interpretar las experiencias psicológicas y sociales del paciente con Diabetes tipo 2 a partir del diagnóstico y su influencia en la cotidianidad.

#### **1.4.2 Específicos**

- Identificar las experiencias psicológicas y sociales del paciente con Diabetes tipo 2 generadas a partir el diagnóstico.
- Describir los pensamientos, sentimientos y acciones que experimenta el paciente con Diabetes tipo 2.
- Explicar la influencia de las experiencias del paciente con Diabetes tipo 2 en la cotidianidad.
- Comprender las experiencias psicológicas y sociales del paciente con Diabetes tipo 2 que permitan en otro momento mejorar la atención y cuidados del profesional de enfermería.

## Capítulo 2. Estado del Arte

La estrategia de búsqueda de la literatura se realizó a través de la combinación de palabras clave, términos asociados, los Descriptores de Ciencias de la Salud “DeCS” y Medical Subject Headings “MesH” relacionados con la pregunta de investigación para la identificación de artículos. El concepto de experiencia no se encuentra como descriptor, pero se localizaron términos asociados como: vivencia, life change events y life experiences.

La revisión sistemática consistió en tres periodos diferentes, el primero tuvo lugar en el mes de agosto del 2018, febrero y marzo del 2019, el segundo en septiembre, octubre y noviembre del 2019, y el tercero en marzo, abril y mayo del 2020. Las bases de datos a utilizadas fueron PubMed, Scielo, Elsevier, Emerald, BidiUNAM y Google Scholar. La búsqueda se delimitó con el uso de filtros los cuales fueron: texto completo, idioma inglés, español y portugués, año 2010 a 2019 y adult (19-44 years), así mismo hizo uso de los símbolos booleanos AND y OR.

Se obtuvieron 1,060 artículos en las distintas bases, los cuales se analizaron a través de lectura crítica y meticulosa, se descartaron aquellos que no tenían relación alguna con la pregunta de investigación, contaban con otra metodología, eran ensayos o artículos de opinión y tuvieran enfoque biomédico.

Fueron aceptados 21 artículos, los cuales se analizaron a través de un vaciado de información relevante en una tabla en Word donde se identifica: título, objetivo/pregunta de investigación, metodología, hallazgos relevantes y conclusiones. Cabe mencionar que 5 artículos son de revisión y no se descartaron por la relevancia temática de las áreas afectadas de vida del paciente por la enfermedad.

El análisis de los artículos presentados se dividió para una mayor comprensión acerca de la experiencia psicológica y social del paciente con diabetes tipo 2 vivida a partir del diagnóstico y la influencia en su vida cotidiana, esto con la finalidad brindar un panorama de lo ya escrito sobre los pacientes con diabetes tipo 2, sin

perder de vista que el aspecto psicológico y social del paciente no se pueden separar. Además, se incluye datos relevantes de la experiencia del paciente y la relación interpersonal del profesional de salud, desde una perspectiva psicosocial del manejo de la diabetes tipo 2.

### *La Experiencia Psicológica del Paciente con Diabetes tipo 2*

La experiencia del paciente con DM2 en el aspecto psicológico se compone en los artículos por los sentimientos, emociones y acciones provocadas por la enfermedad, comenzando por el diagnóstico. Este diagnóstico tiene la característica de ser un impacto o shock para el paciente, acompañado de diversas reacciones emocionales provocadas por la pérdida de la salud que se representan por sentimientos de tristeza, ira, angustia, miedo por el futuro y pensamientos sobre el final de la vida relacionados con las complicaciones y por sus familiares.<sup>18,19,20,21,22,23</sup>

Castellanos, et al en el 2011, confirman que el diagnóstico generalmente se recibe negativamente, esto puede ser porque la diabetes es un viejo conocido por sus experiencias previas con la familia, el miedo y porque aparece como una realidad inesperada, obligando al paciente a lidiar de manera repentina e intensa con la medicalización de la atención. Además, el enfoque biomédico agrava la situación por la dificultad de los requisitos para la mayoría de los pacientes para controlar su enfermedad.<sup>24</sup>

El paciente a raíz del impacto de ser diabético, se encuentra en una lucha por encontrar el sentido a partir de una reevaluación de su vida a través de pensamientos, hábitos y valores anteriores, los cuales desafían el punto de vida, generando emociones como la esperanza, desesperación, alegría, y resignación.<sup>25</sup> La experiencia emocional es diversa y el paciente puede experimentar diferentes reacciones, por lo que en general puede ser una positiva y una negativa, esto dependerá por el contexto, su biografía y ser del paciente. Estos sentimientos son muy importantes porque cuales sean definirán el rumbo de acciones para el cuidado y cambio en el estilo de vida.

La experiencia emocional positiva de algunos pacientes fue a través de sentimientos como la felicidad y gratitud, por ser diagnosticados en una etapa temprana, no tener complicaciones a diferencia de los demás y porque la situación de tener Diabetes hizo que comenzaran a vivir un estilo de vida mucho más saludable, con el objetivo de sentirse bien y satisfecho con la vida. Los sentimientos positivos se relacionan con la aceptación de la enfermedad como parte de su vida porque tienen conocimiento de su herencia, su estilo de vida y otros como parte de su destino, el plan de Dios. <sup>23,25,26</sup>

En cuanto a la experiencia emocional negativa, los pacientes con DM2 sufren una sensación desagradable y entienden que es una fatalidad, el miedo a las complicaciones, los efectos nocivos o adversos del tratamiento médico y frustración por el control necesario del nivel de azúcar en sangre, cosas nuevas que deben integrar a vida, esto conlleva a que no acepten la enfermedad a pesar del tiempo de padecer diabetes y temían por un deterioro de la enfermedad, provocando la muerte. <sup>23,24,26</sup>

Por consiguiente, el estado psicológico de los pacientes se ve afectada no solo por la noticia de padecer Diabetes, sino también por lo que implica estar enfermo, es decir, aspectos de cuidado como es la dieta, la actividad física y la toma de medicamentos que causan ansiedad y frustración por la experiencia de la diabetes. <sup>20,23</sup> Ante esta situación la diabetes significaba mayores demandas que para los paciente fue experimentado como difícil de manejar, afectando física, mental y socialmente, ya que los requisitos eran tanto internos como externos generando cansancio y poca motivación. <sup>23</sup>

Las actitudes que puede tener el paciente están influenciadas por lo que siente, piensa y experimenta del entorno social, ejemplo de ello es que los pacientes que han mejorado su nivel de autocuidado es resultado del apoyo familiar y social, sus actitudes se vuelven positivas al seguir las indicaciones y mejorando mucho su estado de salud. <sup>19</sup> El paciente con DM2 experimenta un sentimiento de apoyo por parte de sus redes sociales cercanas, generando motivación para hacer los cambios que causaban angustia y no se sintieran solas aportando fuerza y seguridad para

seguir con su vida. Parte de ello, ayudo tener cerca grupos religiosos, la espiritualidad y la oración ofrecieron consuelo, llegando a aceptar la enfermedad a través de estructuras en la vida cotidiana del paciente facilitando el autocuidado.<sup>23</sup> El aceptar la diabetes hace que los pacientes puedan verse fuertes, con ánimos de seguir adelante con sus proyectos de vida y con una visión diferente de la vida.<sup>18</sup>

El conocimiento es sinónimo de poder, en el caso del paciente con DM2 se ha visto que existe la falta de conocimiento<sup>19</sup> de la enfermedad influyendo desde el diagnóstico y al manejo posterior de la diabetes. La mayoría de los pacientes tienen un conocimiento nulo o básico por lo que al implementar los cambios en su estilo de vida provoco inquietudes, dificultades emocionales pero el querer aprender más conduce a una mayor motivación por parte del paciente para comprender cómo influye la dieta, la actividad física y los medicamentos en la diabetes.<sup>23</sup> Asimismo, el poder que da el conocimiento ayuda a que el paciente acepte la diabetes como parte de él y de su vida sin que esta controle su identidad, lucha que ha mantenido desde el diagnóstico, sin embargo no todos pueden hacerlo ya que la adaptación suele ser muy compleja.<sup>27</sup>

Sin duda, la aceptación es un proceso que conlleva muchos cambios y múltiples exigencias que llevan a la consciencia de la necesidad de cuidados específicos se ajusta a través de las rutinas, la autodisciplina y responsabilidad, comenzando a convivir con la enfermedad de manera plena y a través del papel que desempeña su entorno social, mejorando su experiencia psicológica y social a partir del diagnóstico.<sup>18,21</sup>

### *La Experiencia Social del Paciente con Diabetes tipo 2*

Al buscar dentro de la literatura acerca de la experiencia social del paciente con DM2 se encontró varios artículos originales sobre el apoyo social, el cual involucra las diversas relaciones sociales que el paciente tiene con su familia, amigos, pareja/cónyuge, área laboral y el profesional de salud. Los temas tratados fueron las influencias sociales en el autocuidado, manejo de la diabetes y búsqueda del apoyo por parte de los pacientes en sus diversos círculos sociales en relación con la enfermedad.



La experiencia social del paciente con diabetes tipo 2 está determinada por aquellas influencias sociales que a partir de la interacción pueden generar un efecto en la forma de su autocuidado o manejo de la enfermedad. Ante esto encontramos que el primer círculo social de influencia es la familia, representada por los hijos, hermanos, padres y cónyuge. La influencia de la familia tiene un papel activo e importante en los momentos en que el paciente sufre angustia y desesperanza por los desafíos que trae consigo la diabetes y apoyan inicialmente proporcionando información relacionada con la enfermedad y a elevar el espíritu del paciente con actos de empatía y tratando de aliviar la angustia, mejorando el comportamiento y sentir del paciente en relación a su autocuidado.<sup>28,29</sup>

Además, para los pacientes algunas acciones de los miembros de la familia son considerados como actos de vigilancia o control sobre sus comportamientos de salud, por ejemplo: regaños y advertencias que motivo al paciente a ser consciente de su condición y la asistencia directa de recordar las cosas causando en el paciente la sensación de autonomía en su atención. La mayoría de los pacientes lo vio como un control positivo para el autocuidado o manejo de la enfermedad, aceptándolo y expresando su aprecio por ese tipo de influencia de la familia. Sin embargo, en ocasiones la familia puede tomar un enfoque directo y controlador en áreas como la alimentación y actividad física, por lo que el paciente genera angustia e insatisfacción porque no ofrecían soluciones o alternativas para los desafíos y obstáculos que experimentaba, viéndolo como un control negativo, considerándolo poco útil, la acción de corregir su manejo de la diabetes y los comportamientos se interpretan como críticos o intrusivos.<sup>29,30</sup>

Hay que precisar que el control social relacionado con la salud y el apoyo social son totalmente diferentes, este último tiene como objetivo alentar o facilitar el manejo que ya se percibe como efectivo.<sup>30</sup> A lo anterior, los pacientes distinguen diversas formas de apoyo, entre ellas el instrumental o práctico que consiste en una asistencia práctica y variada por sus redes sociales más amplias y alientan al paciente a seguir con su manejo de la enfermedad, como comprar libros de cocina que proporciona información sobre las diversas maneras de preparar alimentos, así

como invitaciones para comer fuera de casa siempre con responsabilidad compartida, ayuda con el hogar, ir por medicamentos, la compra de alimentos que pueden consumir.<sup>31</sup>

Por otro lado, también encontraron el apoyo social emocional,<sup>29,31,32</sup> un poco diferente a la instrumental por la cuestión práctica, sin embargo, su red social ofrece validación, comprensión y aceptación. El primer apoyo que experimentaron fue el del humor, aquí se tomó en cuenta la diabetes con el fin de ayudar al paciente a sentirse más cómodo con su condición, el segundo apoyo que tuvieron los pacientes con DM2 fue el de compartir con sus amigos sus experiencias de enfermedad o tratamiento mutuamente, cabe señalar que los pacientes suelen reunirse con amigos con la misma enfermedad u otras, cumpliendo con una variedad de funciones potenciales como normalizar la experiencia de la diabetes, aumentar la intimidad a través de la comunicación y al mismo tiempo ofreciendo solidaridad.<sup>30</sup>

La evidencia que se ha producido a través de la metodología cualitativa ha demostrado que las personas que son diagnosticadas con DM2 experimentan toda clase de desafíos psicosociales que pueden tener un efecto significativo en la vida del paciente, tienen pérdida de la libertad en la toma de decisiones como es la alimentación y en ocasiones perciben un deterioro en la calidad de vida. El papel de la red social del paciente es fundamental, sirve como soporte emocional, práctico, cognitivo, este último a través de la provisión de información, cocimiento y asesoramiento. El apoyo de la familia y de amigos ayuda al paciente a superar las barreras sociales en el momento de llevar a cabo su autocuidado como son las citas al médico, la planificación de comidas, control de pies y el ejercicio.<sup>32</sup>

A lo anterior, Miller y DiMatteo<sup>33</sup> en el 2013, coinciden que el impacto del apoyo familiar trae consigo grandes beneficios para la salud del paciente con DM2 como amortiguar el estrés, cambiar los estados afectivos, un aumento de la autoeficacia y la influencia positiva del cambio de comportamiento negativos, así mismo un mejor control glucémico a partir de la cohesión y orientación familiar, de hecho las familias descritas como cálidas, aceptantes y cercanas ocasionaban en el paciente un

adhesión tres veces mayor de aquellas que no eran cohesivas teniendo un control glucémico.

Para los pacientes con diabetes tipo 2 no todo es fácil dentro de su experiencia social, en ocasiones se encuentran solos en su autogestión de la enfermedad a causa de que algunos miembros de su red social no se involucran por la forma en que maneja su diabetes, encontrando no participación positiva, negativa y un socavamiento involuntario.

En cuanto a la experiencia de la no participación positiva, los pacientes al no tener ningún tipo de intervención (opinión y preguntar) por parte de su red social en el autocuidado de la diabetes, consideraron que sus familias, amigos o colegas del trabajo no se vieron afectados por él y el impacto de esa ausencia social se consideró indicativa del éxito que el mismo paciente está haciendo con su enfermedad. La experiencia de la no participación negativa, no se reportó tanto por los pacientes, pero si se considera un desinterés por parte de la red social, es decir, no es significativo y no importante por ello la falta de participación para el paciente con diabetes.<sup>30</sup>

En ocasiones los pacientes con diabetes tipo 2 se encuentran con un socavamiento social involuntario, es decir, consideran que su red social mina sus esfuerzos por su autocuidado o la manera en que hace frente a la condición que se encuentra, son interacciones sin apoyo involuntarias y en muchas veces no deliberadas por lo demás, causando que el manejo de la diabetes sea aún más desafiante para el paciente, especialmente en la alimentación, como no adaptar sus hábitos alimenticios, ir de visita con la familia en fechas especiales y no comprender o preocuparse por las necesidades del paciente, causando en el paciente un sentir de exclusión y sentimientos de aislamiento cuando socializan con la familia o amigos. Algunas de las acciones realizadas por los pacientes ante esta situación, fue evitar compartir la hora de comida para evitar sabotear los esfuerzos de autocontrol relacionados con la dieta y autoimponerse un aislamiento social por temor a los alimentos poco saludables y la presión directa o indirecta de los otros por el consumo de alimentos que pueden empeorar su condición.<sup>29,30</sup>

Las relaciones laborales del paciente con DM2 pueden ser positivas o negativas en el manejo y autocuidado de la enfermedad, esto depende de la consciencia de la condición por parte de los jefes y compañeros. Ante esto, los pacientes tenían fuertes sentimientos (ansiedad) y preguntas sobre revelar o no su diabetes en el trabajo, a quién le diría, qué efecto tendría la divulgación y cuándo decirlo. La razón por la que revelaron su condición fue por el desempeño laboral y en caso de una emergencia, experimentando diversas actitudes y actos sobre su condición y necesidad, como es el apoyo en las rutinas del paciente en aspectos del descanso y alimentación.<sup>34,35</sup>

Para aquellos pacientes que tuvieron comprensión y apoyo en su área laboral en relación a su diabetes, los aspectos que ayudan en el entorno fue la naturaleza y ritmo de las actividades, el horario diario y la cooperación de colegas. La experiencia laboral de los pacientes con DM2 fue positiva en su salud gracias a que pudieron mantenerse consistentes en su dieta, horarios de comida y las rutinas de actividades y, por otra parte, los colegas apoyaban directamente en prestar atención de cómo les iba y ayudando a que se mantuvieran sanos.<sup>35</sup>

No obstante, la experiencia laboral del paciente esta mermada por los prejuicios sociales existentes, en ocasiones sufren de discriminación laboral directa y poca comprensión, experimentando situaciones de despido injustificado y cuestionamientos por sus comportamientos, por ello el paciente prefiere no mencionar su enfermedad y encontrar otras formas de manejo de la diabetes fuera del trabajo así también para minimizar las afecciones secundarias (neuropatía, problemas de visión, enfermedad renal crónica), las cuales están dentro de las implicaciones negativas de la DM2 en relación a la capacidad y productividad del trabajo como las jornadas laborales perdidas por la necesidad de salud (consultas médicas, ambulatorias y hospitalarias), baja o incapacidad para el trabajo y la limitación de oportunidades. A lo anterior, los pacientes sienten que hablar de su enfermedad es una violación de la privacidad y los harían parecer menos capaces para el empleador, a diferencia de divulgar su diabetes para ganarse la comprensión

de los colegas llevándolo a una libertad de decisión del paciente sobre su condición y su manejo en el área laboral.<sup>34,35,36</sup>

### *La Interacción Social del Paciente con Diabetes tipo 2 con el Profesional de Salud*

La experiencia social del paciente con DM2 de mayor interés es la que lleva con el profesional de salud, esta inicia cuando se le diagnostica la enfermedad y continua con el monitoreo a través de consultas médicas. Su relevancia radica en los efectos producidos por la relación paciente-profesional de salud, la cual puede ayudar o empeorar la situación del paciente.

Bech<sup>31</sup>, et al en el 2019, en sus hallazgos demuestra la necesidad del paciente con DM2 de apoyo personalizado por parte del profesional de salud, los pacientes viven dos experiencias distintas durante la interacción social con el profesional, la primera de ellas, expresaron tener un soporte personalizado para el manejo de su enfermedad, la cual la describió como una relación de interés mutuo, sincero e individual con información a medida de cada paciente, y una segunda experiencia del desinterés donde la relación es impersonal, desapegada y solo orientada a la enfermedad en las consultas.

A lo anterior, para los pacientes es importante experimentar presencia e interés por el profesional durante las consultas como tener el tiempo suficiente para conversar asuntos cotidianos, establecer confianza y motivación para exponer cuestiones de interés personal, ya que representan una importante fuente de información, sin embargo, dependía de la confianza existente entre ellos. La falta de interés y asesoramiento individualizado o especializado como una enfermera de diabetes, causó rechazo a sesiones grupales educativas ocasionando que entendieran mal la información por los profesionales ya que utilizaban frases de libros enfocadas al tratamiento o fueron considerados con conocimiento básico, en vez de incorporar conocimiento de acuerdo a las necesidades del paciente, lo que generó que sintieran inseguridad sobre el manejo de la diabetes en casa, desconfianza y dificultad para la búsqueda de apoyo.<sup>22,28,31,34</sup>

La existencia de insatisfacción del paciente hacia el profesional de salud esta ocasionado por la actitud y forma de ser cuando brindan la orientación, la cual es imponente en cuanto a los cambios que debe hacer el paciente en su estilo de vida, ignorando aquellos significados en la vida del paciente con DM2, por lo tanto, las recomendaciones y el tratamiento tienen poca relación con la realidad del paciente. El paciente al encontrarse en esa situación, lo que menos desea es ser acusado como desobediente por lo que puede engañar al profesional modificando su dieta antes de la consulta o exámenes de glucosa para evitar las represalias y los cuestionamientos por su manejo, teniendo una preocupación por la misma enfermedad y los requisitos del tratamiento.<sup>22,26,27</sup>

El apoyo que debe brindar el profesional de salud al paciente con DM2 debe tener atributos emocionales, afirmativos, informativos y tangibles para que el paciente logre autocuidarse y manejar adecuadamente la enfermedad. Para llegar al objetivo de salud en los pacientes con diabetes, el profesional de salud debe implementar la comunicación efectiva, es decir, prestar atención a los aspectos significativos de la vida del paciente con una interacción verbal sencilla y adecuada para verificar la comprensión del paciente sobre las estrategias planteadas desde una postura empática y capaz para generar confianza y lograr los cambios en el comportamiento.<sup>32</sup>

Por otra parte, los pacientes con DM2 expresaron su sentir respecto a cómo las enfermeras profesionales pueden ayudarlos a lograr un buen autocontrol como educadora y defensora de ellos, a partir del conocimiento adecuado. De acuerdo con su experiencia, los pacientes sintieron que no todas las enfermeras son conscientes de reconocer los logros que obtuvieron por su autocuidado, a medida que aprendieron más sobre su condición.<sup>21</sup>

### *La Cotidianidad del Paciente con Diabetes tipo 2*

La cotidianidad del paciente que padece Diabetes tipo 2 se ve alterada con todos los cambios que debe hacer en su vida, se definirá por los actos y acciones que hará tanto en su persona como en su entorno social. Los pacientes aparentemente desarrollan una vida normal después del diagnóstico esto a causa de que no tienen

una experiencia corporal de la enfermedad, pero tomaba relevancia cuando se producía algún malestar como las hipoglucemias recordando que la vida cotidiana estaba restringida, esto ocasionaba que el paciente hiciera una planificación que le permitiera estructurar un marco de referencia de las cifras glicémicas y guía de acción en la toma de decisiones, siendo así una brújula que oriente las prácticas del mundo cotidiano.<sup>37,23</sup>

Para los pacientes el punto central es sentirse bien tanto en el presente como el futuro y evitar ser afectado por la carga de manejar la enfermedad, aunque se desea ser normal y la esperanza de un cura.<sup>38,27</sup> Sin embargo, la normatización del modo de vida por parte del enfoque biomédico hace que se regulen todos los aspectos cotidianos bajo la necesidad de cuidarse, generando en el paciente actitudes y conductas como privarse alimentos a partir de una dieta, adelgazar mediante la actividad física, medicarse e ir a consulta, transformando su mundo cotidiano.<sup>37,27,23</sup>

El tener Diabetes implica hacer un cambio en el estilo de vida, el cual puede ser el impacto más fuerte a la cotidianidad, sin embargo, para algunos pacientes el cambio al estilo de vida saludable se produjo de manera natural, aunque con el paso del tiempo el mantener los hábitos como la actividad física, la alimentación y el monitoreo de la glucosa en sangre puede ser desafiante y difícil por no poder relajarse en algún momento, generando tensiones emocionales y sociales.<sup>38,25,23</sup>

La cotidianidad del paciente se enfoca en el cuidado de la enfermedad, por lo que puede tener alguna dificultad al enfrentarse a situaciones como salir a comer, tener fiebre, viajar, los horarios irregulares en el trabajo o la vida social, los cuales depende completamente de cómo se siente el paciente respecto a los eventos de la vida y de la esfera social.<sup>38</sup>

### *Atención Psicosocial por Parte del Profesional de Enfermería*

Para los pacientes que son diagnosticados con Diabetes tipo 2 experimentan problemas psicosociales que pueden interferir con la aceptación, manejo y autocuidado de la enfermedad, sin embargo, el profesional de salud puede ayudar mediante estrategias educativas y especializadas a las necesidades del paciente para afrontar las barreras psicológicas y sociales e integrar adecuadamente la enfermedad a su vida cotidiana.

En un estudio se examinó la necesidad de la atención de la salud psicosocial desde la perspectiva de los pacientes y de los profesionales. Se encontró dos perspectivas por cada grupo, para algunos proveedores de salud no reconocieron ninguna necesidad particular de apoyo psicosocial a los pacientes que atendían, esto es a que algunos pacientes no experimentaron la necesidad del apoyo porque no se sintieron agobiadas y no tuvieron un impacto en su estado de ánimo al ser diagnosticados con diabetes, más bien, descubrieron un estilo de afrontamiento que les ayudo a verse menos afectados, como es tener una visión positiva sobre el futuro, usar el afrontamiento evitativo –no hablar o leer- sobre la diabetes y un afrontamiento activo a partir de buscar información sobre la enfermedad y encontrar la forma de incorporar los requisitos a su estilo de vida, además reconocieron que era mucho más fácil si contaban con apoyo de alguien cercano para ayudarle con el medicamento o las comidas.<sup>39</sup>

Por otra parte, los pacientes que consideraron la necesidad de tener el apoyo y atención psicosocial por el proveedor de salud, fue porque tuvieron problemas específicos como la angustia que provocaba el vivir con diabetes como es el tratamiento, miedo y preocupación por el control glucémico, las complicaciones y el futuro de insulina a partir del diagnóstico, así como enfrentarse a aceptar la condición. Los pacientes experimentaron sentimientos de vergüenza ante actos sociales como es administrarse su medicamento y el rechazo de alimentos. Esto se relaciona también, que la sensación de frustración fue por no sentir el respaldo del proveedor de salud, el tener que escuchar consejos poco realistas, que el proveedor no considero el contexto del paciente para la interpretación de los análisis de



laboratorio, no recibir la atención adecuada tanto en conocimiento y tiempo y no tomar en serio sus quejas somáticas, todo esto a diferencia de lo que los proveedores consideraron problemas psicosociales como la adicción a la comida, alcohol y complicaciones sexuales. Algunos proveedores consideraron útil abordar las barreras psicosociales del paciente con DM2 de manera proactiva y sobre todo aquellos casos delicados como problemas sexuales.<sup>39</sup>

Desde la experiencia del paciente, el proveedor de salud puede ayudarlos a prevenir la angustia al tener un conocimiento actualizado o especializado como una Enfermera de Diabetes, tener habilidad en la comunicación o tener una buena derivación para encontrar un correcto profesional de salud, reconociendo que el vínculo entre ellos, es importante para abordar los problemas psicosociales que causan la diabetes.<sup>39</sup>

### Capítulo 3. Aproximación Teórica

Para la realización de este estudio se consideró la propuesta del filósofo y sociólogo Alfred Schütz, que combina la tradición filosófica de la Fenomenología de Edmund Husserl y el campo teórico de la sociología por Max Weber. Antes de adentrarnos a la Fenomenología Social es necesario revisar los aportes de cada autor que inspiraron al estudio del mundo de la vida cotidiana por Schütz.

La fenomenología es una tradición filosófica que surge en el siglo XX a partir de Edmund Husserl, su propósito es enfocar en el regreso de la intuición reflexiva para describir la experiencia vivida tal como se constituye en la conciencia, es decir la experiencia subjetiva de la persona. Hace énfasis sobre lo individual y plantea volver a captar la esencia de la conciencia en sí misma, cuyo inicio no es la teoría ni la historia, sino la descripción de la presencia del hombre en el mundo y la presencia del mundo para el hombre. Para Husserl todos los procesos están en el fondo de la conciencia (yo), el cual existe un reflejo de sí mismo, por eso se pretende describir la experiencia para revelar la conciencia por medio de la reducción fenomenológica.<sup>40</sup>

El sentido de la fenomenología es:<sup>41</sup>

- Estudiar la experiencia vital, del mundo de la vida, de la cotidianidad, esta última es la experiencia no conceptualizada.
- Busca explicar los fenómenos dados a la conciencia, ser consciente implica una intencionalidad, y toda conciencia es conciencia de algo.
- Estudia las esencias, para describir las estructuras significativas internas del mundo de la vida.
- Procura explicar los significados en los que estamos inmersos en nuestra vida cotidiana.
- Es un estudio científico-humano de los fenómenos, se considera ciencia en sentido amplio, es un saber sistemático, explícito, autocrítico e intersubjetivo.

Por otro lado, la sociología comprensiva (*Verstehende Soziologie*) es una teoría de la sociología que surge en el siglo XX por Max Weber, su finalidad es comprender interpretativamente la acción social para explicarla causalmente en su desarrollo y sus efectos, es decir, se deben comprender la motivación de las acciones individuales significativamente orientadas en los fenómenos sociales. Para Weber, la comprensión de la acción es una forma de interpretación del sentido de ésta, que se orienta hacia la conducta externa de los actores sociales y hacia las regularidades o leyes que la guían o determinan.<sup>42,43</sup>

Además, Alfred Schütz rescata dos cosas de la sociología comprensiva: los tipos ideales y la acción racional, los cuales son aspectos fundamentales en la fenomenología social, la cual aborda la experiencia vivida del actor social en actitud natural en el mundo cotidiano –que a su vez es un mundo social- comparte una intersubjetividad con otros actores sociales semejantes él, por lo que se genera un “nosotros” con sentido común, el cual está determinado por las acciones y actos tanto del actor social y de los otro, a través de la reflexión de estos, se pueden encontrar los motivos y la interacción social que existe.<sup>44</sup>

Para comprender la acción social en el mundo cotidiano, Schütz retoma de la propuesta de Edmund Husserl, la reducción fenomenológica (époje) y el mundo de la vida (*Lebenswelt*) cuya teoría se enfoca alrededor de este último concepto. El motivo por el que desarrolla una teoría fenomenológica del *Lebenswelt* es para otorgarle a la sociología comprensiva de Weber una base filosófica, con la finalidad de describir y analizar los modos esenciales que los sujetos experimentan, conocer e interpretar el entorno natural y socio-cultural, en otras palabras, proporciona un análisis fenomenológico de las estructuras de la experiencia vivida: la temporalidad, la espacialidad, la corporalidad, la reflexibilidad, la empatía, intencionalidad, percepción, experiencia del otro, etc., las cuales dentro del pensamiento de Husserl son las descripciones eidéticas de la experiencia subjetiva.<sup>45,46</sup>

Para Schütz, el mundo de la vida o también llamado mundo cotidiano se manifiesta desde el comienzo (*von vornherein*), por lo que no es necesario efectuar un acto cognitivo complejo para experimentarlo de esa manera,<sup>25</sup> sino es práctico natural,

es decir, se manifiesta inmediatamente al actor social sin tener una estructura de conocimiento previo para experimentarlo, coincidiendo con Husserl respecto a que los sujetos se conducen o comportan en mundo ya dado y no cuestionado, dan por sentado las existencias de las cosas, objetos y de otros.

La experiencia es generada por el actor social dentro del mundo cotidiano definido por Schütz como el campo de acción social. El actor social hace una aprehensión de la realidad y comprensión de su lugar en el mundo (tiempo y espacio), determinando una visión interpretativa de las acciones propias y de los otros comprendiendo su orientación en sentido de algo (social) y formulará conciencia de vivir y compartir el mundo cotidiano a través de significaciones vivenciales (experiencia) en relación a su comportamiento con los otros.<sup>44,47</sup>

Uno de los postulados esenciales de *lebenswelt* fenomenológicamente, es cuando las personas se orientan de manera práctica en el mundo, la tarea cotidiana del ser humano es tratar de comprender lo que pasa a su alrededor y para ello debe tener una capacidad desarrollada para actuar racional y reflexivo respecto a este, por lo que la subjetividad trascendental –“única que posee el sentido óntico del ser absoluto”- donde surgirán las coordenadas temporoespaciales de la persona en actitud natural y del pensamiento solo puede ser fundado por sí misma, para lograr reconocer las estructuras de la vida cotidiana.<sup>46</sup>

Hay que reconocer que el mundo cotidiano no es privado, al contrario, es público y se comparte con otros actores sociales, por lo que se convierte en un mundo intersubjetivo, esto se refiere a sostiene una realidad intuitivamente compartida y entendida como válida por todos, –marco común de interpretación- producto de estratificaciones culturales y sociales.<sup>48</sup>

A lo anterior, Schütz toma la noción de intersubjetividad o mundo intersubjetivo trascendental propuesta por Husserl<sup>46</sup> y la convierte en una intersubjetividad de sentido común, que distribuido socialmente se emplea para poder actuar en el mundo, para estar ahí. La persona o actor social, debe generar una reflexión del aquí y ahora de sus actos y acciones, que son con sentido o no, debido al conocimiento previo socialmente producido.

El mundo intersubjetivo que considera Schütz permite entender que los objetos de pensamiento que se pueden construir son para comprender la realidad, y deben basarse en los objetos contruidos por el pensamiento de sentido común entre las personas que viven su existencia cotidiana dentro de su mundo social.<sup>46</sup>

La intersubjetividad es clave para profundizar en el mundo de la vida tal y como la experimenta la persona en su actitud natural, con esto se refiere al supuesto de aceptar tal mundo como se me presenta y que mis semejantes también lo aceptan.

Retoma aspectos relevantes de Weber para analizar las relaciones sociales, por lo tanto, hay que reconocer los principios regulares por lo que las personas en su vida diaria mantienen éstas. Las relaciones que mantiene la persona pueden tener varios grados de proximidad y anonimia, y derivan de la interacción cara a cara o la relación nosotros. Schütz considera que solo en este ámbito podemos ser comprendidos por nuestros semejantes y solo en él podemos actuar junto con ellos, como también utilizar el conocimiento producido, verificarlo, modificarlo y adquirir nuevas experiencias, en ello reside el aprendizaje y la creación de significados.<sup>46,49</sup>

El mundo de vida permite la constitución de diferentes formas de relaciones sociales que los actores, en espacios y contextos de interacción social específicos, ponen en juego en su vida cotidiana.<sup>48</sup> Existen cuatro tipos de dominios en las relaciones sociales:

- Congéneres/asociados: círculos cerca cercanos/relaciones reciprocas (interacción social).
- Contemporáneos: aquellos que no necesariamente conocemos, pero compartimos el tiempo y la temporalidad.
- Predecesores: antepasados no conocidos (cultura).
- Sucesores: hijos, nietos y nuevas generaciones.

Para Schütz, en el mundo de vida, toda acción tiene un sentido –reflexivo o no- porque se tiene un conocimiento previo -acervo de conocimientos- socialmente producido que se transmite por la intersubjetividad y por la reflexión de las acciones y actos, las cuales están regidas por motivaciones y representaciones subjetivas.<sup>42</sup>

Por esto, el acto se define como algo realmente cumplido en el pasado o bien es la idealización de algo concreto en el futuro, mientras que la acción es la ejecución del acto proyectado, es la experiencia de estar cumpliendo el acto, la cual se da en la corriente temporal interna del actor social y la acción se vincula al suceso que se está vivenciando.

Para llegar a la comprensión de los motivos por lo que las acciones están basadas, Schütz toma la idea de la comprensión observacional de Weber, que básicamente es la que se ejerce cotidianamente en las relaciones sociales, atribuyendo una interpretación sin sobrepasar la interpretación del otro quiere significar, y la convierte en la comprensión motivacional, que engloba el conocimiento del actor, su configuración y el significado de la acción. Existen dos clases de motivos, el “para” que se desarrollan en la conciencia del actor social y tiene fines deseados y objetivos propuesto, son subjetivos y se refieren al futuro; y por otra parte están los motivos “porque”, que se refieren al contexto de la acción y a la predisposición psíquica del sujeto, son objetivaciones de aspectos que rodean la acción y tiene una referencia al pasado.<sup>50</sup>

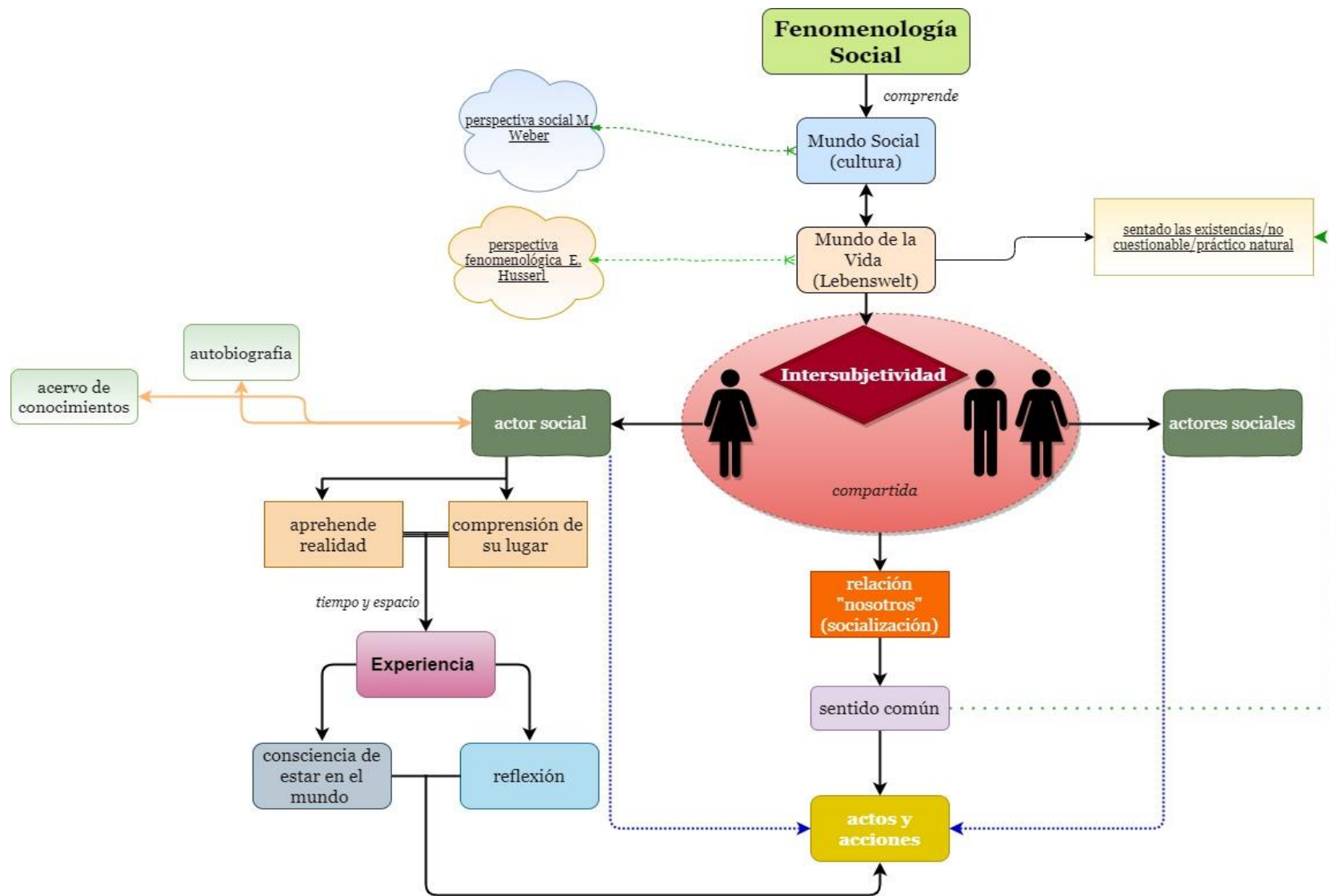


Figura 1 Mundo Cotidiano. Alfred Schütz.

Elaboración propia. 2020

## **Capítulo 4. Marco Conceptual**

### **Diabetes Mellitus tipo 2**

La diabetes mellitus tipo 2 se caracteriza por la incapacidad del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina a causa de una resistencia y de manera concomitante a una deficiencia en su producción, está relacionada a consecuencia del exceso de peso, la inactividad física, se presenta lentamente en pacientes mayores de 30 años y los síntomas son leves durante años.<sup>13,51,52</sup>

### **Dimensión psicológica**

Involucra la conciencia, la vida mental, la conducta, el comportamiento de la persona, mediante la actividad abierta u observable (individual o de grupos) y encubierta o inobservable directamente (pensamiento, toma de decisiones, razonamientos, recuerdos, motivaciones, emociones).<sup>53</sup>

### **Dimensión social**

Proceso de relaciones e interacciones dadas a partir de la comunicación y el lenguaje que se manifiestan en significados compartidos entre los sujetos. Todas aquellas relaciones que establecen las personas por su condición de seres sociales que hacen la vida humana. Esto implica la realidad interrelacional e interaccional que se da entre los seres humanos y la sociedad en la cotidianidad.<sup>54</sup>

### **Experiencia desde la visión de Alfred Schütz**

El uso del concepto de experiencia ha sido utilizado a lo largo del tiempo por diversos autores y cada uno lo ha definido de acuerdo a su perspectiva, pero tradicionalmente se distingue una doble concepción. La primera es la experiencia externa que se asocia a los sentidos y a la concepción autosuficiente del objeto. Por otra parte, está la experiencia interna que se relaciona con la imposibilidad de separar al sujeto del mundo durante el acto que hace para conocer. El anclaje de esta dualidad tiene lugar en la tradición fenomenológica, la experiencia se entiende



como la “aprehensión del entorno a través de los sentidos y la vivencia del mundo por el sujeto en sus dimensiones sensorial y simbólica”.<sup>55</sup>

Schütz consideraba que el mundo de la vida representa la experiencia del sentido común de la vida cotidiana,<sup>56</sup> donde el actor social tiene un pre-conocimiento de las estructuras típicas de las cosas mundanas, -siguiendo con Husserl acerca de la tipicidad de la experiencia ante-predicativa- desde el comienzo en que se presenta *Lebenswelt*. Además, afirma dos cosas en relación a la experiencia ante-predicativa:<sup>44</sup>

1. percibimos inmediatamente en nuestra experiencia ante-predicativa son objetos con sentido (árbol, personas, animales) y no datos sensoriales carentes de significatividad.
2. Los objetos mundanos se manifiestan siempre dentro del horizonte de familiaridad y pre-conocimiento, por eso jamás se enfrentan experiencias totalmente desconocidas.

Por ende, la experiencia del sujeto se construye en el curso de su existencia concreta<sup>57</sup>, es decir, a partir de la aprehensión de la realidad y comprensión de su lugar en el mundo -tiempo y espacio- por lo tanto, la experiencia le proporciona la consciencia de estar en el mundo y la reflexión de los actos y acciones de la relación nosotros, en sus palabras:

*“Cada paso de mi explicitación y comprensión del mundo se basa, en todo momento, en un acervo de experiencia previa, tanto de mis propias experiencias inmediatas como de las experiencias que me transmiten mis semejantes, y sobre todos mis padres, maestros, etc. Todas estas experiencias, comunicadas e inmediatas, están incluidas en una cierta unidad que tienen la forma de mi acervo de conocimiento, el cual me sirve como esquema de referencia para dar el paso concreto de mi explicitación del mundo. Todas mis experiencias en el mundo de la vida se relacionan con ese esquema.”*<sup>58</sup>

Este acervo de experiencia previa del actor social que está formado de sus propias experiencias inmediatas y de las experiencias que le transmiten sus semejantes, se incluyen en una unidad en forma de acervo de conocimiento, el cual sirve como esquema de referencia para dar paso concreto de mi propia explicación del mundo.<sup>56</sup>

A lo anterior, la experiencia es totalmente mundana y se genera por la relación nosotros que existe dentro del mundo social, con la pre-experiencia nos permite aceptar el mundo de la vida en una actitud natural, por lo tanto, hay una orientación de reciprocidad de perspectivas entre los actores sociales, con la capacidad de comprensión, motivación y acción de tal manera que se proyectan los datos, como un dato futuro del mundo.

### **La vida cotidiana (*Alltag*) de Alfred Schütz**

La vida cotidiana surge dentro del concepto de mundo de vida que tomo de Edmund Husserl, sin embargo, Schütz lo define como el ámbito de la realidad donde el hombre participa continuamente:

*“El mundo de vida cotidiana es la región de la realidad en que el hombre puede intervenir y que puede modificar mientras opera en ella mediante su organismo animado. Al mismo tiempo, las objetividades y sucesos que se encuentran ya en este ámbito (incluyendo los actos y resultados de las acciones de otros hombres) limitando su libertad de acción.”*<sup>58</sup> (Schütz y Luckmann, 199. 25).

Lo cierto, es que en su obra están poco diferenciados el termino de mundo de vida como la vida cotidiana, sin embargo, se puede decir que para Schütz el problema de la vida cotidiana (*Alltag*) se expresa en las relaciones de los actores sociales entre sí, cómo comprenden y constituyen la realidad social, los cuales también están sumergidos dentro de la teoría general de la acción social proveniente de M. Weber. Por ello, para el autor analizar la realidad social involucra cómo experimenta el actor social el mundo donde vive, cuáles son sus motivaciones e intereses que están influenciados o mediados por lo socialmente establecido y cómo participa en las

interacciones sociales con sus semejantes (sentido común), es decir, una sociología de la vida cotidiana.<sup>48</sup>

La teoría social fenomenológica de Schütz busca analizar la intersubjetividad mundana a partir de las estructuras del Lebenswelt y así interpretar la vida cotidiana (Alltag). El analizar las estructuras del mundo de la vida que son multiformes ayudara a comprender al otro (conciencia) en la vida cotidiana, específicamente su mundo intersubjetivo.

A lo anterior, el mundo de vida de Schütz siguiendo a Husserl es un horizonte de sentido que abarca todas las provincias finitas de sentido, mientras que la vida cotidiana es una región específica de sentido dentro del plano intersubjetivo. La región de la vida cotidiana es el ámbito de la realidad en donde el actor participa y modifica con sus intervenciones prácticas, siendo el único lugar donde puede ser entendido y comprendido por sus semejantes, por ende, actuar en consecuencia en concierto con ellos.<sup>48</sup>

### **Fenomenología y Fenomenología Social**

La fenomenología surge como un opuesto al pensamiento positivista que se mantenía en la investigación, confiriendo al pensamiento filosófico y al ontológico una nueva perspectiva de abordaje a la problemática tradicional. La fenomenología existe desde el siglo XVIII<sup>59</sup> aunque fue a partir del siglo XX que tuvo su auge con su fundador Edmund Husserl, convirtiéndose una tradición filosófica.

La fenomenología se concentra en cómo la realidad está constituida sobre una base de estructuras generales de experiencia en función de las actividades de la conciencia, investigando cómo las apariencias de la realidad se presentan en el espacio y tiempo a nuestra conciencia. Según Husserl, un fenomenólogo tiene que volver a las cosas mismas, es decir, volver a las cosas como realmente se dan a nuestra experiencia. Así mismo, todos los procesos están en el fondo de la conciencia por lo que se pretende describir la experiencia misma desde el interior de la conciencia.<sup>40,59,60</sup>

La conciencia siempre será la conciencia de algo y está caracterizada por la intencionalidad, lo que significa que se dirige a las cosas u objetos a partir de la manifestación espacio-temporal de las actividades de la conciencia como experimentar, percibir, pensar, recordar, etc., por eso el objetivo de la fenomenología es revelar las actividades intencionales de la subjetividad para describir cómo el mundo y sus objetos están constituidos a partir, del estudio de la experiencia del mundo de la vida (Lebenswelt) y de las estructuras significativas internas del mismo.<sup>41,59</sup>

La conexión de la fenomenología y la sociología se da a partir de Alfred Schütz con su teoría del mundo de la vida, donde une la filosofía de Edmund Husserl con la teoría de Max Weber, con la finalidad de darle un sustento a esta. La teoría de Schütz ofrece una perspectiva sociológica de diversos fenómenos sociales y mundanos de la vida diaria desde la descripción e interpretación fenomenológica de las actividades de la conciencia y las precondiciones mundanas involucradas en la estructura de los fenómenos sociales. Así se fundamentan los hallazgos sociológicos con una epistemología, que puede ser comparable.<sup>60</sup>

## Capítulo 5. Metodología

### 5.1 Diseño Metodológico

Estudio cualitativo, con aproximación fenomenológica social interpretativa, a partir de lo propuesto por Alfred Schütz.

La fenomenología social busca interpretar la realidad social a partir de la comprensión de las acciones de las personas en el mundo de la vida con base a los conceptos de intencionalidad e intersubjetividad de Husserl, por lo tanto, se considera al sujeto en sí mismo y las relaciones intersubjetivas que tiene con otros sujetos, las cuales están inscritas en las experiencias cotidianas y mediada por la descripción eidética (a priori) de las mentes conscientes del mundo donde se encuentran.<sup>61,62</sup>

El mundo cotidiano es una realidad establecida donde la persona se encuentra en una actitud natural y tiene la capacidad de intervenir, influyendo o siendo influenciado transformando las estructuras sociales continuamente. Su característica de ser intersubjetivo, lo vincula con diferentes relaciones sociales siendo comprendido a través de ellas. Para poder interpretar el mundo social de la persona es necesario hacer reconocimiento de la situación actual del sujeto constituida en sus experiencias subjetivas previas.<sup>61,63</sup>

### 5.2 Contexto

El contexto de los participantes corresponde al lugar de su domicilio y espacio laboral, por lo que se realizó en dos entidades federativas:

- Alcaldía Gustavo A. Madero correspondiente a la Ciudad de México
- Municipio de Ecatepec de Morelos correspondiente al Estado de México

Cabe mencionar que ambas son parte de la Zona Metropolitana del Valle de México la cual es muy diversa en estratos sociales, sin embargo, las características que comparte el contexto físico y social de los participantes es muy similar por ser zonas urbanas, ya que cuentan con la infraestructura necesaria de educación, salud,

vivienda, recreación y servicios públicos para el desarrollo psíquico, físico y social, entre ellas:

- servicios públicos prestados por el gobierno: drenaje y alcantarilla, alumbrado, pavimentación, toma de agua potable, bomberos, servicio de limpia, seguridad municipal/ciudadana, seguridad vial y de tránsito, cementerios y panteones.
- educación: kínder, secundaria, bachillerato y universidades públicas y privadas.
- salud: centros de salud, clínicas de primer nivel y hospitales correspondientes al segundo nivel de atención y farmacias.
- diversidad de establecimientos comerciales: tiendas, tlapalerías, fondas de comida, puestos de antojitos, mercados y centrales de abasto, rastros y cadenas de tiendas de conveniencia (super) y plazas comerciales.
- espacios recreativos: parques, jardines, gimnasios y museos.
- también cuentan, servicio de televisión de paga, internet, iglesias de diferentes religiones y transporte público.



Figura 2. Mapa de la Alcaldía Gustavo A. Madero.

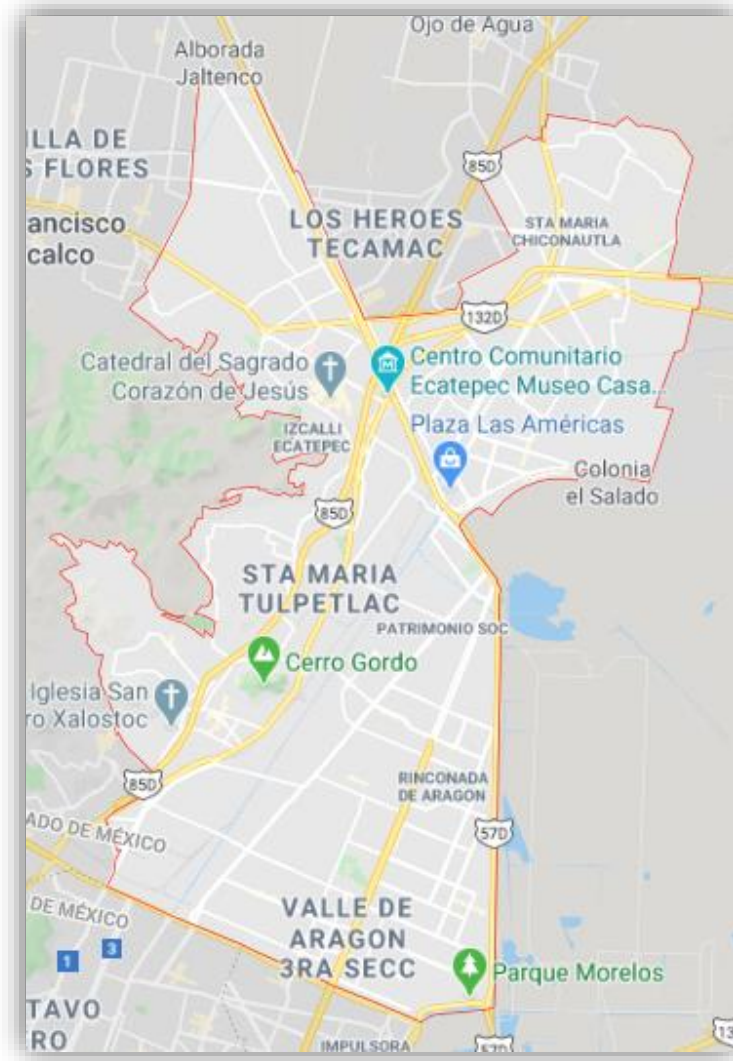


Figura 3. Mapa del Municipio de Ecatepec de Morelos.



### **5.3 Selección de los participantes**

La selección de los informantes fue por típico ideal, que es un tipo de procedimiento donde el investigador idea un perfil de caso mejor, eficaz y deseable de una población.<sup>64</sup> Se buscaron personas que hubiesen vivido el fenómeno de estudio, cumpliendo con el perfil que el investigador estableció para este estudio:

sexo: hombre o mujer, edad: 50 a 65 años, tener diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 mínimo de 5 años atrás, nivel económico de clase media y media baja, vivir en el Estado de México y Ciudad de México, nivel de escolaridad, religión y actividad laboral.

El acceso al campo fue sencillo porque los participantes del estudio fueron amables y aceptaron la invitación a colaborar y compartir su testimonio de vida con Diabetes. Además, fueron contactados usando la técnica de bola de nieve <sup>65</sup> a partir de un primer informante, la cual tenía previa participación en un proyecto de la asesora de tesis.

#### **5.3.1 Descripción de los participantes**

Participaron un total de 5 personas, 3 del género femenino y 2 del género masculino. La identificación de los participantes, se utilizaron seudónimos derivados de la mitología nórdica, cada entrevista cuenta con su fecha, lugar y número de entrevista, así mismo el encabezado tiene los datos de los participantes en relación al perfil elaborado por la investigadora. Ver tabla 1.

<b>Atributos</b>	<b>Participante 1</b>	<b>Participante 2</b>	<b>Participante 3</b>	<b>Participante 4</b>	<b>Participante 5</b>
<b>Seudónimo</b>	Var	Thor	Bragi	Evir	Frigg
<b>Edad</b>	58	64	57	50	52
<b>Años con Dx de DM tipo 2</b>	17	30	16	16	7
<b>Estado civil</b>	Casada	Divorciado	Separado	Divorciada	Casada
<b>Hijos</b>	4, (2m-2h)	2, hombres	3, (2h-1m)	2 hombres	5, (3h-2m)
<b>Empleo</b>	Ama de Casa y Clases de fieltro y bordado	Dueño de taller mecánico	Comerciante	Ama de Casa	Empleada trámites vehiculares
<b>Religión</b>	Creyente	Creyente	Creyente	Creyente	Católica
<b>Clase social</b>	Media baja	Media baja	Media baja	Media baja	Media baja
<b>Seguridad Social</b>	Si	Si, pensionado	No	Si	Si
<b>Lugar de Residencia</b>	Propio, Ecatepec de Morelos	Propio, Ecatepec de Morelos.	Propio, Gustavo A. Madero	Propio, Ecatepec de Morelos	Rentada, Gustavo A. Madero

*Tabla 1. Características de los informantes*

En cuanto a las características específicas de los participantes (tabla 1) comparten similitudes a su contexto económico y social, es decir, su nivel de educación es de secundaria, la actividad laboral es un oficio y en el caso de los participantes femeninos dos son amas de casa, su religión es católica y creyente, su hogar es propio y uno de ellos es rentado, tienen desde 2 a 5 hijos tanto hombres y mujeres, los cuales estudian y estudiaron en escuelas públicas, y algunos de ellos tiene nivel

escolar de licenciatura, técnica o bachillerato trunco, son dueños por lo menos de un automóvil de 8 a 10 años, tienen mascotas que son perros, su alimentación es diversa y de acuerdo a sus posibilidades económicas, tienen una carga cultural y social relacionado a los diversos remedios existentes en la sociedad mexicana para el control de la diabetes y de otros padecimientos, tienen seguridad social lo que les permite el acceso a la atención médica, medicamentos y laboratorios, solo uno de ellos no cuenta con seguridad social por lo que se hace cargo de sus gastos médicos y tiene antecedentes heredo familiares de Diabetes Mellitus tipo 2.

*Var*, vive en el municipio de Ecatepec de Morelos junto con dos de sus hijos –una mujer y un hombre-, los otros dos viven en el estado de Cancún por cuestiones laborales, su esposo trabaja en la cosecha y distribución de aguacate nacional e internacional por lo que pasa algunos meses fuera de casa y otros en forma de vacaciones. Informa tener antecedentes heredofamiliares de Diabetes Mellitus tipo 2, donde su papá falleció por complicaciones y su mamá viva tiene un descontrol de su cuidado. Además de ser ama de casa, su tiempo también lo invierte en dar clases de fieltro y pintura a otras señoras de la comunidad. En su casa, hace comida específica para ella, ya que consulta un nutriólogo, aunque cuando su esposo está en casa, hace comida para él descuidando su alimentación. Asimismo, menciona sentirse triste y en depresión por su apariencia física además de padecer DM.

*Thor*, es dueño de un taller mecánico en el municipio de Ecatepec de Morelos, convive con sus dos hijos –hombres- todos los días, ya que el negocio familiar se encuentra en la parte baja de la casa. Vive con un hijo, un amigo y su hijo que por circunstancias le ofreció un cuarto y tiene 4 perros de raza pitbull, los cuales son cariñosos y en ocasiones juega con ellos. El señor está divorciado desde hace 20 años y desde ahí se hizo cargo de sus hijos, por lo que siempre han sido ellos tres. Menciona tener antecedentes heredofamiliares de DM por su mamá, pero recuerda que siempre se cuidó, es decir, se tomaba sus medicamentos. En cuanto a la rutina del día, todos desayunan, almuerzan, comen y cenan juntos, además de que amigos del rumbo son invitados o llevan guisados para compartir. Dice tener muchos amigos y conocidos que lo estiman mucho y se preocupan por él. Se considera

independiente pero sus hijos son atentos con él en todos los aspectos, desde la comida, sus medicamentos, sus citas y mantiene una relación buena y hasta bromean con él, entre otras cosas. Refiere cuidarse en la toma de medicamentos y a lo que come, no tiene actividades recreativas, porque menciona que en el taller se la pasa muy bien con los muchachos y los clientes, ya que el ambiente es muy agradable. Tiene una relación sentimental, pero la describe como diferente a lo amoroso, es más de tiempo de calidad y de compartir la vida.

*Bragi*, vive en la Alcaldía Gustavo A, Madero, con su mamá debido a que se separó de su esposa por lo que ve a sus hijos continuamente. Refiere dedicarse al comercio y gracias a ello, tiene conocimiento de todo, pero más sobre la Diabetes Mellitus ya que no tiene antecedentes heredofamiliares y él es el primer miembro de la familia con la enfermedad, la cual consideraba que era de viejitos, pero reconoce que su padecer fue gracias al tipo de vida que llevo desde joven en relación al consumo de sustancias nocivas. Se reconoce como seguidor del jugo terapia y es la que más le ha funcionado para su control de la diabetes, así mismo refiere atenderse siempre con doctores y nutriólogos porque no es alguien que se auto medique. Se considera una persona muy activa y sería en cuanto a su salud, es innovador al tener aplicaciones dirigidas al paciente con DM y donde dice que ha encontrado buenos consejos.

*Eir*, vive en el municipio de Ecatepec de Morelos con sus dos hijos y su nuera, un hermano soltero, una hermana casada y sus dos hijos, su mamá que está en cama por las complicaciones de la vejez y de la DM y 8 perritos que la animan todos los días, dice no tener corazón para dejarlos en la calle. Se dedica todo el día al hogar, desde atender a su hermano, sus hijos por la mañana, hacer comida para todos y en ocasiones para su hermana, pero sobre todo del cuidado de su mamá. Ante la situación de su mamá dice, querer tener más fuerza para ayudarla y no sentir cansada, porque ya presenta neuropatía diabética por no cuidarse, reconoce que se descuida y ponerse en último lugar por su familia. Su día favorito son los domingos porque es el día que comparte con toda su familia, desde ir al tianguis, ver películas, preparar la comida y reír. Dice no tener muchas amistades porque no

tiene tiempo para eso, y tampoco de tener algún apareja sentimental, dice que eso ya no es para ella, está centrada totalmente a su familia y sobre todo a su pequeño hijo, quien es muy atento con ella.

*Frigg*, vive en la Alcaldía Gustavo A. Madero con su esposo y su hija, es empleada en un centro de tramites vehiculares privados muy cerca de su domicilio. Menciona tener antecedentes heredofamiliares por su mamá quien dice ser como ella porque se cuida mucho y su papá quien compara con su hermano porque ambos no se cuidan. Tiene más hijos e hijas, y una es la que está más al pendiente de ella, le habla todos los días por teléfono y se preocupa por su toma de medicamentos. Se ve como una persona activa y con buen humor, hace ejercicio y cuida de su alimentación, se informa bien con los médicos en cuanto a la dieta.

#### **5.4 Técnicas de Recolección de Datos**

Antes de iniciar la recolección de los datos, se aplicó el recurso fenomenológico por Husserl, que se llama *Epoje*, del griego que significa desconexión, no compromiso, suspensión del juicio, y que consiste en “poner entre paréntesis”<sup>66</sup> las creencias e ideas relacionadas con el objeto de estudio, a través de una conversación normal fuera del estudio que permitiera un ambiente de confianza con el informante.

Es importante señalar que este suspenso que hace el investigador consiste en no calificar, diagnosticar, anteponerse a nada independiente si lo que nos dice el informante es bueno o malo, se debe controlar las emociones y no involucrarnos, es estar con ellos en el momento de la entrevista sin obligar a que contesten nuestras preguntas, debe ser un momento de relajación mental y de escucha activa, importante para dar voz a las experiencias y vivencias de los participantes.

Se realizó una triangulación de técnicas las cuales fueron entrevista a profundidad, observación no participante y notas de campo para asegurar la mayor obtención de información por parte de la investigadora, realizar un análisis lo más próximo a la realidad de los participantes, el uso de las tres técnicas mejora el método de recolección acaparando todos los aspectos y características del objeto de estudio.

#### **5.4.1 Entrevista a Profundidad**

La entrevista a profundidad permite obtener la mayor información posible del participante desde su punto de vista, por lo que se puede acceder a su vida y conocimientos de creencias a partir de su propio lenguaje.<sup>67,68</sup>

Para fines de este estudio, se estableció una serie de temas de interés de la investigadora para cumplir con el objetivo y se inició con una pregunta detonadora que fue: *¿Podría contarme cómo ha sido su vida después del diagnóstico de Diabetes?*

Conforme se fue avanzando durante las entrevistas, la investigadora pudo preguntar sobre los temas de interés establecidos de manera libre sin que el informante se diera cuenta y logrando mayor obtención de información de acuerdo a los objetivos.

Las entrevistas se realizaron en un espacio y tiempo escogido por los participantes, procurando que fuera un momento tranquilo y privado para permitir la comunicación entre el participante y la investigadora. Tres participantes fueron entrevistados en su hogar y uno fue en su área laboral. Por motivos de ubicación geográfica, una participante sugirió que fuera por vía telefónica la primera entrevista, ante esta situación se le pidió que para la entrevista fuera un entorno conocido, privado y de confianza, para garantizar una adecuada comunicación entre ambas partes, todas las entrevistas fueron grabadas en audio con previo consentimiento.

#### **5.4.2 Observación no participante**

Se llevó a cabo mediante la observación de los detalles desde el primer contacto con los participantes y durante las entrevistas. Se apuntaron en las notas de campo y durante las transcripciones para darle mayor énfasis al momento del análisis. Se logró observar gestos de su sentir y acciones corporales y otras particulares como el llanto.

### 5.4.3 Notas de Campo

Las anotaciones se hicieron antes, durante y después de los encuentros con los participantes plasmando situaciones de interés durante las entrevistas, así como ideas relacionadas al estudio, pensamientos y sentimientos propios del investigador con el fin de tener un registro lo más fiel a lo vivido durante el proceso de recolección de datos. Todos los datos registrados fueron utilizados para el análisis y como complementación a la interpretación de los hallazgos obtenidos del estudio.

### 5.5 Análisis de Datos

El análisis de datos se realizó mediante lo propuesto por Amedeo Giorgi.<sup>69,70</sup>

Que consta de 4 pasos esenciales:

1. Sentido del todo:
  - Inicia con la transcripción textual de la entrevista para obtener los datos verbales y se hace una lectura completa del texto, familiarizándose con el lenguaje del participante, con el fin de comprender el sentido de la totalidad de la experiencia del participante.
2. Unidades de significado/sentido:
  - Se realiza una segunda lectura después de haber comprendido el sentido del todo, donde el investigador hace una reflexión del contenido de los datos para distinguir las unidades de sentido, dividiendo en aspectos, actitudes, valores y términos clave para hacer un análisis detallado. Se debe mirar y comprender las unidades en términos de significado completo, sin dividir.
3. *Insight* psicológico:
  - Consiste en la transformación de las unidades de significado. El investigador debe captar y expresar de la mejor manera el *insight* de

las unidades, desde el cambio del lenguaje simple conservando el contexto del participante, interrogar a cada unidad a la luz del estudio, es decir, plantear a cada unidad la pregunta de investigación y reescribir el significado en lenguaje psicológico, con la finalidad de visualizar todo el fenómeno, tal como se presenta.

4. Síntesis e integración:

- El investigador debe realizar una estructura situada a cada unidad de significado y una general, para responder a la pregunta de investigación. Las expresiones de las unidades deben ser consistente con la experiencia del sujeto y tiene que estar en común.

Además, se realizaron otros pasos que formaron parte del proceso de análisis que complementaron la metodología del autor.

Se describe el proceso del análisis (Tabla 2):

<b>Paso</b>	<b>Nombre de la fase</b>	<b>En que consiste según el autor</b>	<b>Descripción de su aplicación en la investigación</b>
<b>1.</b>	Obtención de los datos verbales	Se realiza la transcripción de la entrevista para tener los datos en un documento por escrito.	Después de realizar la entrevista, se hizo la transcripción del audio en Word para tener los datos en papel.
<b>2.</b>	1ra lectura de datos	Se realiza una primera lectura donde el investigador se familiariza y hace una reflexión del contenido de los datos.	Posterior a tener toda la entrevista por escrito, se hizo una lectura con el fin de hacer la reflexión de los datos obtenidos y ver su relación con la pregunta de investigación.



3.	Agrupación	Se identifican las unidades de significado, es decir, los códigos que se usaran.	Aquí se hizo a partir de una segunda lectura la identificación de unidades a partir de códigos, de acuerdo a la pregunta de investigación y a la aproximación teórica.
4.	Organización y expresar los datos	Se identifican los temas y subtemas que resultaron de la agrupación por códigos.	Después, a partir de los códigos se organizó los temas y subtemas para expresar los datos obtenidos.
5.	Sintetizar y resumir los datos	Se realiza una selección de las narrativas representativas de los temas y subtemas.	Se realizó una síntesis de los datos a partir de los temas y subtemas resultantes de la agrupación (paso 3), para definir los hallazgos.
6.	Confirmación de los participantes y colegas	Una vez teniendo los temas y subtemas en organización, se realiza una confirmabilidad de los datos por parte de los participantes así como de los investigadores colegas para verificar que la información es congruente.	Posteriormente, se mostró los hallazgos organizados que se obtuvieron para su lectura y verificación por parte de la asesora de tesis para dar su punto de vista.
7.	Síntesis	Se realiza un documento con los discursos más	Finalmente, se realiza un documento con los

		representativos y que se usaran para dar a conocer los hallazgos.	hallazgos obtenidos ya organizados y representativos de la investigación.
--	--	---	---

*Tabla 2 Proceso de análisis de los datos obtenidos, 2020.*

## 5.6 Consideraciones Éticas

La investigación forma parte del proyecto: Aspectos Psicosociales relacionados con las enfermedades crónico-degenerativas (diabetes y cáncer), fue sometida a revisión por la comisión de ética de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala con aval sin recomendaciones en el oficio CE/FESI062018/1231/ el día 5 de junio de 2018.

De igual manera, se consideraron los principios éticos del Informe Belmont<sup>71</sup> para la protección de los sujetos humanos de investigación y se tomó en cuenta el artículo 100 del Título Quinto de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud<sup>72</sup> y el Título Segundo del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud.<sup>73</sup>

### 1. Respeto por las personas:

Este principio se hace acatar a través de la autonomía de la persona, respetando sus opiniones y su libertad de acciones dentro de la investigación, es decir, en caso de que la persona desee abandonar la investigación será libre de retirarse sin mencionar sus motivos o de retenerla bajo amenazas que obstruyan el cumplimiento de su autonomía. Así mismo aplica hacia aquellas personas que por su enfermedad sean incapaz de manifestar su desconformidad, por lo tanto, se protege durante la investigación.

## 2. Beneficencia:

Se hace constatar mediante el respeto ético y de evitar o disminuir algún daño durante la investigación que agreda su persona o perjudique su salud física y mental, siempre asegurando su bienestar y maximizando los beneficios resultantes de la investigación. Se hace cumplir mediante un uso adecuado de métodos para su participación y obtención de hallazgos adecuados.

## 3. Justicia:

En la presente investigación se hace respetar mediante el trato igualitario y justa de los participantes, sin discriminar alguna situación o comparación con otros con el fin de sacar provecho. A cada participante se le trata con dignidad y favoreciendo los beneficios por igual de la participación dentro de la investigación.

Sus aplicaciones de estos principios se hacen constatar mediante la formulación y aplicación del consentimiento informado donde se informa al participante de sus derechos, su participación es voluntaria y de los objetivos de la investigación, por ello se les hizo entrega del documento para que lo leyeran y comprendieran para posteriormente firmar si estaban de acuerdo, además se grabó al inicio de la entrevista para tener respaldo de esta consideración ética.

## 5.7 Criterios de Rigor

Para el rigor científico de esta investigación cualitativa se consideraron aquellos criterios propuestos por Castillo y Vázquez,<sup>74</sup> donde el criterio de *credibilidad* se llevó a cabo mediante la transcripción fiel de las entrevistas y las anotaciones del investigador fueron reconocidas por los informantes como verdaderas, llegando a la conclusión de que la interpretación realizada fue lo más próximo a lo que los participantes quisieron decir, afirmando los datos obtenidos.

El segundo criterio es el de *conformabilidad*, cumpliendo con el registro y documentación de la técnica de recolección de datos a partir de entrevistas semiestructuradas y grabadas en una grabadora magnetofónica (R5-PRO), se menciona en el apartado de metodología y anexos las características de los informantes, la guía de entrevistas y las etapas del análisis de los datos, con el fin de permitir que otros investigadores puedan examinar los datos y llegar a conclusiones similares.

Y finalmente el tercer criterio es el de *transferibilidad* y se aplicó mediante la descripción de las características de los participantes, del contexto donde el fenómeno se desarrolló, que en este caso es en una población mexicana que reside en el área metropolitana con una economía media baja y la mención de respuestas típicas resultantes del análisis e interpretación de los datos, a partir del primer criterio, con el fin de extender los hallazgos a otro contexto.

## **Capítulo 6. Hallazgos e Interpretación**

Derivado del análisis de los datos se encontraron cuatro temas principales, que forman parte del tema central “Mundo de Vida del Paciente con Diabetes tipo 2”, establecidos por la aproximación teórica de Alfred Schütz, las experiencias psicológicas y sociales de los pacientes con DM2 se construyen en el mundo de la vida a partir del diagnóstico, generando una experiencia única que comparte con otras personas a través de la intersubjetividad.

La experiencia del paciente con diabetes es generada con base en su biografía y su acervo de conocimientos, los cuales ayudan a comprender los cambios que influyen en su cotidianidad, resultantes por la enfermedad. Por lo tanto, el paciente deberá aprehender su nueva realidad y comprender nuevamente su lugar en el mundo, con la finalidad de aceptar su nueva condición dentro de su cotidianidad, será consciente de su estar en el mundo y realizará una reflexión sobre los actos y acciones en tres ámbitos: consigo mismo, hacia con los demás y viceversa.

A continuación, se presentan los temas principales:

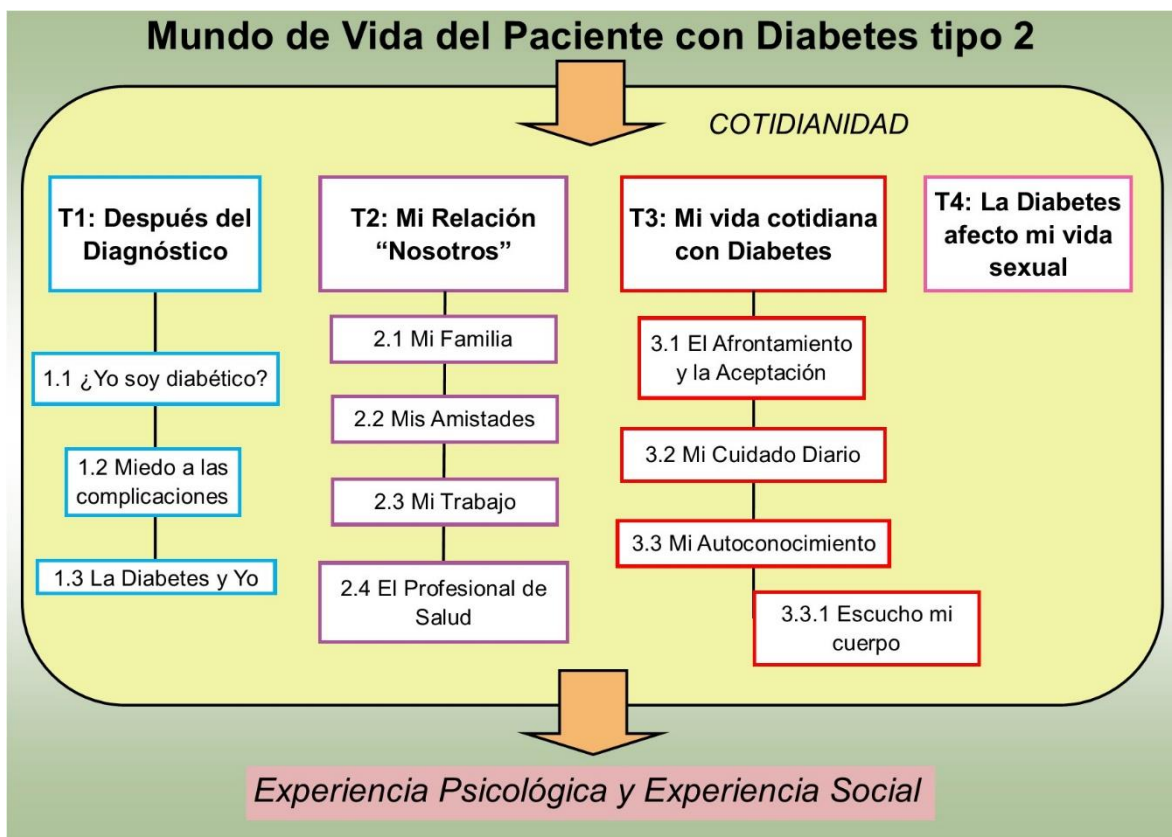


Figura 4: Presentación de hallazgos. Fuente: Elaboración propia, 2020

### Tema 1. Después del diagnóstico

Se refiere a la experiencia psicológica generada por los participantes después de recibir la confirmación del diagnóstico de padecer diabetes, en la cual experimentan una serie de afecciones emocionales y un impacto a su vida cotidiana tras padecer diabetes. Se enfrentan a un nuevo mundo, donde lo de ayer y el presente no tiene relación alguna, existe la preocupación y miedo del futuro por las complicaciones de la enfermedad y comprenden su situación actual a partir de su conocimiento previo de la diabetes.

En este sentido, el mundo de vida del paciente con diabetes ha cambiado y por ende su actitud con la que se enfrentará a su vida diaria. Se genera una incertidumbre y preguntas relacionadas con su nueva realidad, permitiendo la reflexión de su estar en el mundo, asimismo hará uso de su acervo de conocimientos para hacer frente a la situación de padecer diabetes, desde su biografía para explicar este nuevo acontecimiento.

### **Subtema 1. ¿Yo soy diabético?**

La primera reacción descrita por los participantes tras la confirmación de padecer diabetes fue algo difícil de asimilar en el momento, a causa de que no esperaban un cambio radical en la salud y la no aceptación de la noticia porque les costaba comprender a la enfermedad, es decir, comparaban los síntomas de la diabetes con sus manifestaciones físicas, las cuales fueron pérdida de peso, el cansancio y polidipsia, pero según ellos no eran relevantes para relacionarse con la confirmación del diagnóstico y padecer diabetes.

En voz de los participantes:

- *Vair: "...como que no lo asimilaba yo, ósea yo decía: ¡no, no, no, pero es que no, no puede ser diabetes, no creo que sea diabetes pues sino me siento mal! no me siento mal porque pues eh decían que cuando le diagnostican a uno la diabetes, bueno cuando uno tiene diabetes es la sed excesiva, baja uno de peso y yo no tenía la sed excesiva y al contrario en vez de bajar de peso estaba subiendo más de peso".*
  
- *Bragi: "al principio cuando me detectan, me dicen que ya soy diabético para mi si no fue fácil, dije ¡para eso deje de beber, nada más para que me diera diabetes! y normalmente uno ignora esta enfermedad...me dio pena así no, porque las burlas, el bullying está cañón...a veces no lo crees, porque al principio comía y decía ¡a lo mejor los doctores se equivocaron!, y me hacía estudios y si salía yo muy alto de azúcar".*

- *Frigg: “al principio pues lo primero no aceptaba ser diabética, me costó mucho trabajo entender la cuestión de mis síntomas, ya iban en aumento”*

La experiencia psicológica de los pacientes con DM2 está basada principalmente en sentimientos y emociones negativas resultantes de la no aceptación del diagnóstico. Esto sucede porque el paciente se enfrenta a una situación de salud que repercute en su mundo de vida, es decir, en todo aquello que es parte de su cotidianidad, comenzando por su actitud natural, la cual comienza a cuestionar el porqué de la enfermedad. Además, deberá aprehender su nueva realidad y aceptarla junto con la comprensión de su lugar con diabetes en su mundo de vida.

Por otra parte, algunos participantes la cotidianidad continuó normal porque no hicieron los cambios debido a que no presentaron un malestar físico importante y la falta de interés a los síntomas que padecían, reflejándose en la negación ante sus círculos sociales cercanos ante la pregunta de ser diabético. Y también, a causa de vivir en circunstancias difíciles que no se les permitió asimilar el diagnóstico, dificultando el desarrollo de cuidados apropiados, causando que el paciente siguiera con sus actividades diarias, actuando de igual manera.

En voz de los participantes:

- *Thor: “pues para mi normal, siguió normal porque no pues yo pienso que no me he sentido mal de la diabetes, ósea no me ha pegado así duro...lo más que note primero fue pérdida de peso, dije ¡órale ya me estoy poniendo trabado! (ríe) porque estaba gordo. Muchas personas me dijeron ¿no tienes diabetes? Les dije no”.*
- *Eir: “mi vida ha sido poquito difícil porqué, porque tengo a cargo a mi mami que también esta mala, creo que no he puesto un poquito de atención*

*conmigo misma...si perdí mucho peso, en realidad tengo mi casa, tengo que ir y venir”.*

Parte de este primer proceso psicológico de gran impacto para los participantes, se evidencia el desajuste psicosocial que trae consigo el ser diagnosticado con diabetes, además de la modificación de su estilo de vida a partir de sus actos y acciones consigo mismo y con los demás, sin embargo, la negación está presente por un largo tiempo, afectando la aceptación de la enfermedad en su cotidianidad, postergando los actos y acciones de autocuidado y del manejo de la enfermedad.

### **Subtema 1.2. Miedo a las complicaciones**

El diagnóstico causó que los pacientes tuvieran emociones negativas como la preocupación y el miedo a las complicaciones que derivan de la diabetes, como es el pie diabético que conlleva a la pérdida parcial o total de la pierna y sufrir daño en renal teniendo que ser dializado, esto deriva del conocimiento socialmente establecido a una situación como es enfermar de diabetes y a la misma experiencia previa (biografía) que ha tenido con sus relaciones sociales, sea familia o amigos causando una idea de la enfermedad y cómo hace que la cotidianidad cambie.

En voz de los participantes:

- *Var: “si me preocupe por las complicaciones porque mi papá fue diabético y termino muy mal, yo lo vi como termino. Y otra persona que vi fue mi suegro, vi que le amputaron una pierna, entonces si me preocupé por las complicaciones de la diabetes”.*



- *Frigg: "...si me dio miedo porque cuando no puede subir la glucosa son muchas cosas que el cuerpo empieza a desvariar...en los riñones principalmente, lo veo o lo viví con terceras personas que ya empezaron a dializarse, mi mamá ya quedo ciega por lo de la diabetes".*
  
- *Bragi: "...sabemos que la diabetes a parte del páncreas son tus riñones, yo tengo un pavor, un miedo de verdad porque lo he visto".*

La experiencia psicológica de los participantes se basa en el aspecto emocional que se conoce de la enfermedad, en este caso de las consecuencias de un mal manejo y control de la diabetes. Sus emociones se expresan a través de su acervo de conocimiento socialmente establecido de la diabetes y por su situación biográfica, que les ha dado la experiencia de conocer la diabetes en personas que son parte de sus círculos sociales, principalmente la familia y amigos.

Esta experiencia previa de DM2 tiene una influencia valiosa en su cotidianidad, es decir, se puede hacer uso positivo para el manejo y control de la diabetes, retomando su conocimiento previo y aplicarlo correctamente. Este proceso requiere que el paciente reflexione sobre los actos y acciones de los otros que fueron diabéticos y terminaron con alguna complicación, para después reflexionar sobre sus propios actos y llevarlos a su mundo de vida, generando una nueva experiencia alrededor de la diabetes.

### **Subtema 1.3. La diabetes y Yo**

Después de recibir el diagnóstico, el mundo de vida del paciente involucra a la diabetes. Toda acción y acto debe estar pensado en la enfermedad, la cual por su naturaleza de cronicidad conlleva daños a otros órganos conforme pasa el tiempo afectando colateralmente la calidad de vida de las personas.

El estilo de vida del paciente se ve alterada por el cambio drástico que demanda la enfermedad, por lo tanto, la cotidianidad cambia y se agregan nuevas actividades de autocuidado, principalmente el del tratamiento médico que confirma la presencia de DM2 perjudicando aún más la afección psicosocial inicial del paciente. De esta forma, el paciente producirá una vivencia física por el tratamiento a causa de los efectos producidos, resultando en una experiencia psicológica positiva y negativa entorno a la enfermedad.

En voz de los participantes:

- *Thor: "...me sentí más mal cuando empecé a tomar la medicina, ósea yo dije bueno, voy a tomar la medicina, iba manejando y de pronto me dio mucho frío ¡ay!, y ¿ahora qué tengo?, así como que me quise marear un poco...fue la única vez que yo me he sentido mal".*
  
- *Frigg: "...me dieron de la metformina, yo siento que mi cuerpo acepto esa de 500 mg, pero cuando me hacen el cambio a la de 850 mg fue muy, no la aceptaba mi cuerpo, era mucho malestar de las ganas de volver y esos dolores de cabeza que me daba a toda hora. En la noche empezaba con esas sudoraciones, que me bañaba en sudor, pero me vuelven a cambiar el medicamento como es, hoy entiendo que es por mi bienestar porque en realidad si cambio mi vida, ya empecé a sentirme mejor"*

La experiencia de padecer diabetes en los participantes parte principalmente de los efectos secundarios que ocasionaron la integración de la medicalización en su cotidianidad. Algunos aceptaron tomarse el medicamento porque estaban enfermos y tomar medicina es para sentirse mejor, pero este acto tuvo repercusiones en su salud física, afectando su cotidianidad. Sin embargo, con el paso de tiempo y el aprendizaje y aceptación de su enfermedad, comprendieron la importancia de tomar el medicamento.

Para otros participantes, la integración del medicamento en su vida cotidiana seguía siendo un reto por la presencia de la experiencia emocional que dejó el diagnóstico.

En voz de los participantes:

- *Var: "...cuando iba al médico me daban este medicamento la verdad no me lo tomaba como era y porque por lo mismo yo decía: no puede ser diabetes".*

También parte de esta experiencia, los pacientes continuamente regresan a su conocimiento producido por sus vivencias anteriores. Algunos ven a la diabetes como herencia al relacionarla con sus familiares que la padecieron, haciendo un marco de referencia en sus acciones y actos para con la diabetes y lo que implica, es decir, el autocuidado y manejo.

En voz de los participantes:

- *Frigg: “Mi mamá y yo somos diabéticas y seguimos un tratamiento, porque mi mamá a pesar de que no ve, ella me dice o me marca: oye hija, ya se me va a acabar la pastilla, márcale a tus hermanos por favor para que me manden mi medicamento. Ósea, ella si tiene la intención de cuidarse, me lo ha dicho que ella quiere tomarse el medicamento para no sentirse mal y estar mejor, y eso de cierta manera me siento bien”.*
  
- *Bragi: “...mi abuelita hace unos años le detectaron la diabetes, pero mi abuela tiene 98 años y no se ve diabética...en la información de la diabetes, cuando tú lo vives dentro de tu casa pues a lo mejor estás más relacionado, pero cuando no lo vives, la ignorancia. Yo sabía que la diabetes es hereditaria...yo a esta edad voy a tener diabetes entonces eso fue el shock”*
  
- *Thor: “...mi mamá era diabética y duro uno 80 años y así también a mamá no la vi muy mal de la diabetes, nunca...no se quejó mucho de la diabetes, si se tomaba sus medicinas y yo ahorita las medicinas no se me olvidan, si se me olvida: ¿y la medicina? ¡ah, sí ahorita me la tomo!*

Se crea una relación íntima entre el paciente y la enfermedad, la cual dependerá de la situación biográfica del paciente y del conocimiento previo de la enfermedad. Estos dos aspectos son clave para comprender cómo el paciente va aceptando gradualmente la enfermedad, para finalmente generar la experiencia de padeciente con su aprehensión de la realidad y consciente del estar en el mundo con diabetes.

## **Tema 2. Mi Relación “Nosotros”**

El mundo de la vida del paciente con DM2 lo comparte con otras personas a través de la intersubjetividad, que es el intercambio de pensamiento a través de la comunicación y de la reflexión de las acciones y actos mutuos que están en un sentido común derivado de la relación nosotros. La experiencia social del paciente es generada a partir de la intersubjetividad con los otros, que es la familia, la pareja o cónyuge, los amigos, compañeros de trabajo y los profesionales de salud relacionado con el padecer diabetes en la cotidianidad.

La relación con los otros puede ejercer una influencia positiva o negativa en los actos y acciones del paciente en cuanto al autocuidado y manejo de la enfermedad, asimismo la influencia es bidireccional, por lo que a su vez repercute en la subjetividad, en los actos y acciones de los otros en relación con el significado de la diabetes como enfermedad y los cuidados necesarios.

### **Subtema 2.1. Mi familia**

El círculo social principal y cercano del paciente con diabetes es la familia, que puede estar compuesta por la esposa/esposo, hijos, hermanos (as) y dependiendo de la situación civil, la pareja. El paciente tiene una intersubjetividad con este grupo social que puede visualizarse a través de las acciones y los actos como apoyo para el autocuidado y manejo de la diabetes, resultando que el paciente no se sienta solo en esta batalla de vivir con diabetes.

En voz de los participantes:

- *Thor: “Pienso que a lo mejor hay más confianza después de la diabetes, de que me dio porque ya no son tan serios como antes, son más cotorros, más llevados conmigo, y yo lo sigo tratando igual. Si hay apoyo, simplemente en la comida: Hijo: ¿qué quieres de comer papá? Respuesta: Lo que quieras. Hijo: No, pues tú que no puedes comer todo”.*

- *Var: “mi familia pues me ha apoyado, por decir, mis hijos. La grande es tratando de investigar con que médico me puedo tratar, con que nutrióloga para que me diera una dieta. Ellos se solidarizan conmigo, si me ponen a dieta ellos igual se ponen a dieta conmigo”.*
  
- *Bragi: “la familia obviamente es muy importante porque por decirlo...si te llaman la atención cuando ven que estás en tu alimentación mal o cuando estás haciendo cosas mal, mis hijos: papá no debes tomar eso, ósea empiezan. La mamá de mis hijos igual me hizo muchos cuidados, me hacía mis ensaladas, procuraba tenerme jugos”.*
  
- *Frigg: “Actualmente tratan de también cuidarme de no hacerme enojar, los tres hemos aprendido a que por mi enfermedad...si ellos ven que yo empiezo a sentirme mal inmediatamente le bajan (enojo), están al pendiente: ¿ya te tomaste la pastilla? Mi esposo hoy procura tenerme una caja más, cuando antes no y si no me la tomaba era un descontrol muy feo. Antes decía que no me querían que ni se preocupaban por mí, pero hoy me siento muy bien, hasta en mi aspecto psicológico”.*

La intersubjetividad creada por la relación paciente-familia se basa en los cuidados que implica padecer diabetes. La familia se compromete en el manejo de la diabetes comenzando en apoyar al paciente en cuestiones básicas como es el cambio en la alimentación. Los actos y acciones de la familia son esenciales para que el paciente pueda aceptar la enfermedad dentro de su cotidianidad y buscando un buen control de esta.

La llegada de la diabetes al mundo de vida del paciente ha tenido efectos en su cotidianidad, en sus relaciones con los demás y en sí mismos; tanto positivos y negativos de acuerdo a la experiencia del paciente. El apoyo por parte de la familia puede ser un efecto positivo y puede variar de acuerdo a las necesidades que va teniendo el paciente con DM2, demostrándolo a partir de pequeños actos, como es no hacer enojar, hacer comentarios que alegran al paciente y estar atento en los cuidados que el paciente necesita, como es tener suficiente del tratamiento farmacológico, la acción de tomar la pastilla y las consultas médicas.

En voz de los participantes:

- *Thor: "...me vacilan, digo sienten también la confianza...si es una forma de demostrarme pues cariño, de hacerme sentir bien y si es cierto el apoyo, y lo siento bien fuerte porque no veo, así como que traten de hacerme enojar, al contrario, tratan de hacerme reír o me vacilan, quieren tenerme alegre".*
  
- *Frigg: "...especialmente mi hija esta, así como que "tomate la pastilla, ¿ya te tomaste la pastilla?", e incluso revisa mi bolsa y si ve que no traigo echa una tableta. Tengo otra hija que es casada y a pesar que está lejos igualmente está al pendiente de mí: ¿mami tienes pastillas o te deposito? Si tengo, ya tu papá me las compró, me siento muy bien que mi familia este al pendiente de mí".*

Para algunos participantes es necesario sentirse cuidados por la familia para sentirse bien consigo mismos, sin embargo, en ocasiones el paciente con DM2 puede sentirse vigilado y atacado por la familia cuando no se cuida correctamente, generando actos que pueden ser perjudiciales para sí mismo.

En voz de los participantes:

- *Bragi: “[mis hijos] regañándome: papá no comas esto; No, eso no puedes comer, son muchos dulces; no fumes. Si porque también afecta y deje de fumar. Te ves regañado, te ves atacado y honestamente sí te tienes que andas a veces escondiendo”.*
- *Eir: “ellos si están constantemente [apoyo] por ejemplo Vivi [hermana] y mi hermano no tomes refresco, pero trato de no hacerles caso, o sea si me dicen no hagas esto, te va a hacer daño. Pero lo hago a escondidas”.*

Por otra parte, puede ver actos y acciones por algún miembro en particular de la familia que dificulta el manejo y autocuidado del paciente con DM2 y perjudicando la intersubjetividad entre ellos dos. El paciente puede considerar inapropiado el apoyo que recibe, viéndose afectado en su esfera psicológica a partir de esa relación social, sumando una barrera más a su cotidianidad, ocasionando por un lado enojo y por el otro el desarrollo de una conducta no saludable, que es esconderse, lo cual puede ser una negación a su condición de persona con diabetes.

En voz de los participantes:

- *Var: “...mi esposo no cree, bueno si cree que soy diabética por los estudios, pero de repente él no cree que no deba comer ciertos alimentos y él me hace comer ciertos alimentos que no debo comer, todo lo que contiene azúcar. Él me lo da a fuerzas, así hasta me lo mete a la boca, esos son los problemas que he tenido con él...yo me siento mal cuando hace él eso”.*



La relación entre la dimensión psicológica y social del paciente se puede ver perfectamente durante las interacciones sociales a través del proceso de intersubjetividad. En este caso, los participantes muestran los efectos psicosociales que ha dejado la enfermedad una vez que se interactúa dentro de sus círculos sociales cercanos, en este caso la familia. Su experiencia es fundamental para comprender las relaciones sociales que tiene el paciente con DM2 con la finalidad de saber los efectos posibles negativos o positivos dentro del manejo de la enfermedad.

### **Subtema 2.2. Mis Amistades**

Las amistades son el segundo círculo social cercano al paciente DM2, esta relación está caracterizada por una intimidad compartida a través de la intersubjetividad que comparten en el mundo de la vida. Las acciones y actos de las amistades están enfocados al apoyo emocional e instrumental/práctico en cuanto al manejo de la enfermedad y el autocuidado, sin embargo, puede interpretarse de diferente manera por el paciente, ocasionando dificultad en la relación. Asimismo, los comentarios tienen un impacto en la esfera psicológica del paciente, afectando o beneficiando la realidad de ser diabético. Las amistades son importantes para que el paciente a partir de su relación pueda continuar en su cotidianidad actual, dando pasos firmes para la aceptación e integración de la diabetes.

En voz de los participantes:

- *Bragi: “Primero te escondes y haz de cuenta que sales del closet: “soy diabético” (risas) y ya tus amistades, la mayoría son diabéticos. Hace un tiempo llegué a un Oxxo, fui a comprar unas cosas y la persona que iba adelante le digo: “oiga, esas cervezas no son bajas en calorías, dice “es que soy diabético”, apoco, yo también!, y ahora somos los cuates, él me da recetas y yo le doy recetas”.*

- *Eir: "...fíjate que me dicen: ¡ay te ves muy bien, no te ves mal como otras personas! (personas diabéticas) Y yo: ¿no? ¡no, estas muy bien, te ves muy bien! (físicamente) ... siento bonito".*
- *Thor: "si me han contado (comentario de la diabetes) pero yo pienso pues a lo mejor les dio más fuerte la diabetes o no se cuidaron...pero así que me influencien pues no. Yo no digo que me cuidado mucho, pero si ya evite muchas cosas".*

La interpretación que el paciente realiza sobre algunas acciones y actos de los demás puede que sean consideradas de mal gusto, sobre todo algunos comentarios al enterarse del diagnóstico de diabetes, provocando que el paciente se siente inseguro y con pena, despertando nuevamente las emociones negativas por afectar su esfera psicológica y generando que el paciente descuide su autocuidado.

En voz de los participantes:

- *Var: "Les platicaba unas personas [amigas] y empezaron a compadecerme, me decían: ¡no pues pobre porque es que ya cuando tienes diabetes, la diabetes es muerte, no pues cuídate! Mucha gente así me decía y me sentía mal cuando decían eso, me deprimía y empezaba a comer más, el medicamento no me lo tomaba, deje de tomarlo".*
- *Bragi: "honestamente al principio me dio pena, porque las burlas, el bullying está bien cañón a los diabéticos: se te van a subir las hormigas, él endulza el café con el dedo y un buen de cosas, si me siento mal, obviamente si me he descuidado".*

- *Frigg: "...hubo una persona que decía: ¡ay, ¿a poco eres diabética? pero no se te ve, pero no se te olvide que esa enfermedad te va a acabar, ¡procura vivir la vida ahorita! y como que siempre me lo recalca. Hasta el día que dije: esa señora está más frustrada que yo".*

Es importante considerar la influencia que tiene la interacción social en la esfera psicológica, a pesar de que ambas esferas se pueden visualizar individualmente, en el paciente con diabetes tipo 2 se ha visto como la experiencia social tanto positiva como negativa influye en su pensamiento, comportamiento y actitudes hacia uno mismo y con la enfermedad.

Para algunos participantes, los comentarios tuvieron efecto en su comportamiento, además de ocasionar estrés y ansiedad en cuanto a su manejo de la enfermedad.

En voz de los participantes:

- *Var: "...hay personas en las que me dicen: pues cuídate, mira este yo tuve a mi mamá diabética y duro años y años, si te cuidas, pero ósea me estresa tanto el que me digan: "es que debes de cuidar, no debes de comer esto, no comas lo otro", porque si habido amistades que si me han dicho eso. Y hay amistades que me dicen: "no, tú de vez en cuando no debes privarte de nada", entonces llego, así como no sé, me pongo hasta nerviosa de que me están diciendo: "no te debes privar de nada" y las otras: "es que debes cuidarte, porque no llevas la dieta, ejercicio, medicamento, acuérdate de la vista, de los pies", empiezan a decir "al rato la diálisis". Si me da mucha ansiedad, yo creo si busco la manera [sacar la ansiedad] pero en vez de algo positivo es algo negativo porque luego, luego empiezo a querer comer algo dulce".*

A pesar de las buenas intenciones de algunas amistades al comentar y aconsejar sobre lo que debe hacer el paciente con diabetes en cuanto a su cuidado, como forma de mostrar su preocupación y compartir su experiencia de algún familiar, el efecto que provoca en el paciente suele ser inverso, negativo y con efecto en su esfera psicológica, volviendo a sentimientos y comportamientos al inicio del diagnóstico, sumergiendo nuevamente al paciente en la integración de la enfermedad en su vida cotidiana, como son las actividades de autocuidado.

La intersubjetividad que existe entre el participante y las amistades es significativa dentro de la esfera social con un impacto mayor en la esfera psicológica del paciente, quien desde el diagnóstico de DM2 ha tenido que hacer cambios a su mundo de vida y por ende a su cotidianidad, como se muestra en la interacción social.

### **Subtema 2.3. Mi trabajo**

El área laboral es el segundo espacio donde transcurre la cotidianidad del paciente, el cual además de hacer las actividades laborales también se caracteriza por ser socialmente por la convivencia con los compañeros del trabajo. Así mismo, el paciente comparte una intersubjetividad con los demás permeado de un ambiente laboral y personal que permite una influencia de las acciones y actos en el desempeño laboral con o en ausencia de enfermedad. En el caso del paciente con diabetes tipo 2 su desempeño puede ser afectado por su malestar físico y perjudicado por los compañeros o jefes.

En voz de los participantes:

- *Frigg: "...suscitó una situación de que mi jefa me hacía sentirme como que no podía, me decía: ¿tu diabetes te hace ser más estúpida o qué? ...varias ocasiones la encontré platicando con compañeras o con demostradoras de mí, una de ellas le decía: oye jefa, ¿sabes que la jefa (frigg) es diabética? Deberías de tener tantita consideración porque es diabética, le dijo ¿y? aquí no hay consideraciones, aquí todo es parejo. Así sucesivamente eran cosas que yo escuchaba que ella decía. Me daba coraje, me daba sentimiento el que se burlaran, yo lo sentía una burla para mí, ósea el ser diabética tampoco quiere decir que tengan compasión o lastima".*

Los actos y acciones de los compañeros de trabajo o de los mismos jefes, puede ocasionar que la esfera psicológica del paciente tenga un efecto negativo, generando sentimientos de tristeza o impotencia por padecer diabetes. Así mismo, la intersubjetividad que comparten perjudica la socialización, es decir, la relación nosotros que ayuda a comprender desde un sentido común lo que los demás hacen y dicen, resultando para el paciente una experiencia laboral negativa.

Por otra parte, así como pudieron experimentar comentarios negativos también encontraron apoyo emocional y práctico por otras personas que alentaron al paciente en su desarrollo laboral y personal, sin ningún interés relacionado con su enfermedad, generando un efecto positivo a su esfera psicológica y social.

En voz de los participantes:

- Frigg: “...hubo alguien que me motivo mucho, porque al verme llorar a veces sin querer, me dijo: ¡es que tú puedes, si puedes! Él me enseñó a hacer las cosas que ella (jefa) no me enseñaba...en cuestiones así me he motivado, no porque tenga diabetes o este mal, si puedo y lo tengo que lograr, me he forjado metas, al llegar aquí (actual trabajo) me hice ese propósito me dije: tengo que poder, la enfermedad no me va a permitir hacerlo”.
  
- Frigg: “...a pesar de que esa jefa era sí conmigo, lo hice, me sentía muy orgullosa de mí misma. Cuando entraban los proveedores me decían: ¡ay jefa ahora si ya sabes, muy bien, mis respetos! No faltaba quien llegara un pequeño detalle: ¡jefa te traje una paleta!, aunque ellos sabían que yo no podía comer dulce. ¡jefa yo te ayudo, yo meto la mercancía, no te metas tú! Eso me hacía crecer”.
  
- Thor: “...a lo mejor si me altero un poquito en la forma de ser, pero me enojo con los muchachos por cuestión de trabajo, porque ellos tienen su forma de trabajar y yo les digo así y luego me dicen: “es que yo así lo hago papá”, bueno cuando tengas un problema y me platicas y te voy a decir porque te paso. Así les digo, trato de no meterme mucho en el asunto, de por sí ando mal y luego haciendo corajes con ellos, pero no me hacen corajes... los regaño a los dos y no me contestan, entonces yo creo dicen para que nos enojamos, mejor así... no se me ponen al brinco, yo digo que si hay apoyo en ese aspecto”.

El apoyo social para el paciente con diabetes en el área laboral tiene un alcance tangible en la dimensión psicológica, comenzando por cambiar la manera de pensar y de superar adversidades propias y de la vida diaria. Esto es posible porque el paciente dentro de su mundo de vida, ha aprehendido su realidad con DM2, ha comprendido su lugar en el mundo y en particular en el área laboral, ha generado experiencia a través de ser consciente de su estar y la reflexión de los actos y acciones propios y de los demás. Tanto el acervo de conocimiento y su autobiografía se van enriqueciendo con cada experiencia para poder comprender y su cotidianidad, aceptar su enfermedad dentro de sus interacciones sociales.

#### **Subtema 2.4. El Profesional de Salud**

El mundo de vida del paciente con DM2 cambia a partir del diagnóstico, agregando a su dimensión social una nueva relación que tiene una gran trascendencia en su nueva cotidianidad y con el autocuidado de la enfermedad. Esta nueva relación social es con el profesional de salud, el paciente tiene una interacción continua con médicos, especialistas y enfermeras/enfermeros.

Esta nueva relación de paciente-profesional es clave para que el paciente afronte la situación de padecer Diabetes tipo 2 y las implicaciones que esto requiere como son los cambios alimenticios, el tratamiento médico, estudios de laboratorio y valoraciones, cuya finalidad es mantener un control glucémico retrasando las complicaciones y mejorando la calidad de vida. Sin embargo, la relación con el profesional de salud no siempre es comprendida y aceptada para el paciente, generando una brecha de comunicación entre estos dos actores sociales y afectando principalmente al resultado deseado en los pacientes con DM2 y complicando aún más su cotidianidad.

En voz de los participantes:

- *Var: “En el seguro fue una situación no muy agradable cada que iba, me dijo (el médico) que me iban a quitar el riñón porque ya no funcionaba. Porque como no estaba llevando bien la dieta, el tratamiento y el ejercicio para mejorar, el riñón era complicación de la diabetes. Cuando me dijo eso, pues si me sentí mal no, me sentí mal, me deprimí y dije: ¡yo creo que no voy a durar mucho!”.*
  
- *Bragi: “Realmente no tuve información (de los profesionales de salud), haz de cuenta que yo llego a urgencias la villa y ¡usted ya es diabético!, ya se acabó”.*
  
- *Frigg “hubo una doctora que su manera de ser era muy déspota, muy tajante, ella decía: te vas a tomar esto y te vas a tomar lo otro. A la siguiente ocasión que iba: ¿te estas tomando el medicamento como te dije? No pues que sí. Entonces ¿por qué esto? ¿por qué se te está subiendo la azúcar? Es que no tienes cuidados, no te interesas, si tú no te interesas yo no voy a hacer nada. Me quedaba con dudas por su manera de ser”.*

La experiencia del paciente con el profesional de salud a partir del diagnóstico no fue de la mejor manera para el paciente, lidiando con el impacto de padecer una enfermedad crónica y además la indiferencia de quien es responsable de guiarlo y enseñarle su autocuidado para evitar complicaciones, cuyas emociones negativas se enfocan.

En esta relación, la intersubjetividad que da pie a la relación nosotros y por ende a darle sentido a los actos y acciones de los demás está afectada, dificultando el proceso de comprender lo que el profesional de salud se refiere en cuanto a los cuidados para mantener la DM2 en control. Así mismo, la forma de expresar de los profesionales de salud con el paciente puede ser inadecuado, tomándolo por agresivo e innecesario, afectando el sentir del paciente y en consecuencia su autocuidado y manejo de la enfermedad.



Los participantes al tener su primera experiencia de forma desagradable decidieron consultar a otro profesional de la salud, por lo que mejoró su perspectiva de la enfermedad, repercutiendo positivamente en el futuro y el manejo y autocuidado de la enfermedad dentro de su cotidianidad:

En voz de los participantes:

- *Bragi: “Fui a ver a una doctora, me explicó qué es la diabetes, entonces me dijo: pero no se preocupe, si usted lleva su dieta y haciendo ejercicio va a tener una mejor calidad de vida”.*
- *Frigg: “...esta doctora es muy diferente, me explica mucho, antes de pasar con ella, me pesan, me miden el azúcar, la cintura, los triglicéridos y me dicen: ¡oye, estas muy bien se ha controlado tu nivel de azúcar!”.*
  
- *Thor: “...me dice la doctora: sabe que, si tiene diabetes, pero no es de riesgo. ¡ah bueno!, nunca me dijo que estaba yo mal, dice: nada más cuídese en la comida, en los excesos. Si y hasta me sentí mejor”.*

La relación paciente-profesional de salud debe fluir a partir de mantener una comunicación asertiva y respetuosa para ambas partes, de esta forma se ira fortaleciendo la intersubjetividad para que el paciente pueda comprender los actos y acciones del profesional y viceversa, buscando el mejor resultado en esta nueva cotidianidad que involucra una enfermedad crónica. Asimismo, se cuida la dimensión psicológica del paciente y su forma de actuar ante las recomendaciones de autocuidado y manejo de la enfermedad.

### **Tema 3. Mi vida cotidiana con Diabetes**

La cotidianidad dentro del mundo de la vida del paciente con diabetes tipo 2 sufrió cambios a partir del diagnóstico, produciendo nuevos desafíos relacionados con el estilo de vida, el autocuidado y manejo de la enfermedad, asimismo provocó que la intersubjetividad del paciente con los demás tuviera algunos obstáculos por las acciones y actos de ambos pero que afectaban psicosocialmente al paciente.

Las experiencias psicológicas y sociales derivadas del diagnóstico de la enfermedad influyen de alguna manera en la cotidianidad del paciente, como es durante el afrontamiento y la aceptación de la enfermedad que llevan hacer cambios en el estilo de vida. Por otra parte, el paciente se hace consciente de su cuerpo y de las manifestaciones físicas de la enfermedad, que sin duda alguna afecta las actividades diarias.

A lo anterior, el paciente tuvo que hacer uso de sus habilidades y retomar su acervo de conocimiento producido socialmente para sobrellevar la diabetes y aceptarla en su cotidianidad, siendo ellos dos ahora. La situación biográfica del paciente permitió afrontar su estar en el mundo y continuar en el mundo de la vida con nuevos conocimientos y con la experiencia de padecer diabetes.

#### **Subtema 3.1. El Afrontamiento y la Aceptación**

El afrontamiento que el paciente con DM2 tiene a partir del diagnóstico es pieza clave para la aceptación, algunos son honestos consigo mismos y conscientes de su realidad, de su lugar en el mundo de la vida y aceptan la diabetes junto con las acciones y actos de autocuidado y manejo para continuar su cotidianidad, sin embargo, para algunos el proceso se convierte en una barrera para aceptar el padecer diabetes. La aceptación hace que el paciente integre a su manera los cambios requeridos y se adapte a una nueva cotidianidad a través de actos y acciones acorde a sus necesidades y su bien físico y mental.

En voz de los participantes:

- *Frigg: “pues a hoy al día, a pesar de que me costó dos años el aceptar que tenía diabetes, me siento bien y tomando los medicamentos que hoy tengo, me siento mejor, ya no quiero quedarme en casa, pero hoy mi vida ha cambiado. Este tipo de diabetes o de enfermedad que hoy ya entiendo, no es porque quieras, sino cuando uno la tiene hay que cuidarse, yo muy personalmente es lo que trato de hacer en mi vida”.*
  
- *Bragi: “...al final de cuentas tienes que asimilarlo, no así rápido, pero va pasando el tiempo y que crees, que ya lo aceptas. Es creer, es saber que eres diabético y que va a ser para toda la vida, informarte de esta enfermedad...yo no tengo el día de hoy ningún problema con eso...pero si tienes que hacer consciencia de controlar la diabetes porque no va a haber nadie más”.*

El afrontar y aceptar la enfermedad por parte de los pacientes comienza por ser consciente de su estar en el mundo de vida con diabetes, comprender que requiere de actos y acciones específicos para mantener un buen manejo y retrasar las complicaciones y reflexionar sobre la importancia de integrar los cuidados en su cotidianidad, con la finalidad de sentirse bien consigo mismo, físicamente y mental.

No obstante, no todos los pacientes pueden aceptarlo y reconocen que puede ser parte del malestar físico que conlleva no cuidarse adecuadamente, de no integrar la enfermedad dentro de su cotidianidad por sentimientos generados desde su autobiografía y acervo de conocimientos con relación a la diabetes que afecta su esfera psicológica, siendo barrera para continuar.

En voz de los participantes:

- *Eir: "...no me cuida la verdad a los 16 años que tengo de diabetes, si tú me dices cuánto tiene de azúcar, 400 de azúcar, a lo mejor no aceptar que tengo esa enfermedad, para mí es muy difícil, he tratado de olvidar, me da miedo morirme, me da miedo verme como mi mamá".*

Los efectos psicosociales que trae consigo el diagnóstico para algunos pacientes son muy difíciles de superar, haciendo que el afrontamiento se alargue por años y la aceptación se prolongue o bien que no llegue. Estos dos procesos psicológicos del paciente se basan en su conocimiento sobre la enfermedad que han aprendido a lo largo de su vida y han tenido las experiencias previas, sin embargo, no quiere decir que el paciente sea lo suficientemente fuerte y realizar los cambios en su estilo de vida para vivir con DM2, provocando que la enfermedad siga afectando de forma psicosocial y físicamente.

### **Subtema 3.2. Mi Cuidado Diario**

La experiencia de autocuidado del paciente con diabetes tipo 2 es resultado de la integración de la enfermedad a su mundo de vida y su cotidianidad, es decir, contemplar lo que uno hace con base en el manejo de la enfermedad, como es mantener los niveles de glucosa, la alimentación y el ejercicio con la finalidad de evitar las complicaciones a través de sus acciones y actos de autocuidado, mejorando los efectos psicosociales producidos por el diagnóstico.

En voz de los participantes:

- *Bragi: “yo el día de hoy te como carne de puerco muy de vez en cuanto, trato de evitar carnes rojas, es que la información tú la vas a ir adquiriendo...mira la verdad yo me he tomado jugos como no sabes, hoy yo me tomo algunos jugos y me han funcionado, ósea yo tengo mi aparato (glucómetro), le vas a invertir a tu enfermedad eso sí, yo le invierto una lana”.*
  
- *Frigg: “Hoy día me mantengo de esa manera, haciendo ejercicio y tomándome el medicamento, no llevo la dieta tal cual es, trato de no comer lo que son azúcares, pero también al refresco le baje muchísimo. He tratado de hacerme un hábito el desayunar temprano, me preparo una malteada y me siento muy bien”.*
  
- *Thor: “...me tomo la medicina, pero hay veces que se me olvida, pero si me la tomo, ahorita estoy poniendo mucha atención a mis uñas, el podólogo me vendió una pomada”.*

El autocuidado del paciente progresa conforme va generando nuevo conocimiento de su condición, a partir de aprehender su realidad, estar consciente de estar en su mundo de vida y hacer reflexión de sus actos y acciones dentro de su cotidianidad que puede mejorar o empeorar su condición actual, esto es una experiencia de ser diabético día con día y saber por qué hacer lo que hace, su objetivo es sentirse bien a partir del cuidado continuo.

Cuando el paciente acepta la diabetes en su vida diaria, los cambios en el estilo de vida suelen ser más fáciles para ellos, saben el motivo por el que requieren cambiar la alimentación, el régimen del tratamiento médico, de procurar su cuerpo con especialistas y de hacer ejercicio. Lo anterior muestra, que los efectos psicosociales que en un primer momento dejó el ser diagnosticado se van transformando en nuevas acciones de cuidado, de aceptación de padecer diabetes.

Algunos participantes tratan de llevar acabo el cuidado lo mejor posible, pero reconocen que las indicaciones médicas son exageradas, es ahí cuando la cotidianidad del paciente al tratar de hacer cambios se ve afectada y mejor limitan algunas cosas por otras. Además, relacionan su desempeño de cuidado con no haber experimentado subida de la glucosa a causa de sus actos de no ser cumplidos. Y algunos otros deciden mejor no cuidarse y seguir con su cotidianidad, resultando ser más importante para ellos.

En voz de los participantes:

- *Thor: "...si me cuido, pero no como debe de ser, no al 100 por ciento porque siento que es muy exagerado lo que dicen los doctores: que no tiene que comer eso, que no tiene que comer lo otro, que no, ¡hijoles! si me dicen también alguna recomendación pues si puedo cuidarme, por ejemplo, cómase dos o tres tortillas, bueno, y no he tenido problemas de que ya se me subió el azúcar y que me lleven al doctor".*
  
- *Eir: "la verdad yo no me cuido, porque en realidad tengo mi casa, mi mamá, mi hermano, el quehacer, mi niño que tiene 8 años, hago comida...yo no te sé cuánto tengo de azúcar...tengo como un año que ya empecé con mis pies, que me duelen mucho, no sé me dicen que es la neuropatía diabética".*

Cada paciente integra su autocuidado a su cotidianidad, considerando algunos actos y acciones acorde a su sentir físico y recomendaciones para evitar complicaciones a futuro, sin embargo, no todos los pacientes son iguales y dejan a un lado su autocuidado por atender sus actividades diarias a pesar de tener malestar físico, es como seguir con su mundo de vida igual aún con el diagnóstico y los efectos psicológicos, es estar en negación de no estar enfermos.

### Subtema 3.3. Mi Autoconocimiento

El paciente con DM2 tiene que hacer muchas actividades en relación al manejo de la enfermedad y es consciente del beneficio que se obtiene, principalmente el sentirse bien físicamente dentro de su cotidianidad. Su experiencia le ha permitido reconocer lo que es bueno para ellos y la diabetes, teniendo efecto en su dimensión psicológica y social. Parte de la experiencia del paciente a partir del diagnóstico de diabetes es comprender su lugar en el mundo y aprehender su realidad a través de la reflexión de sus acciones y actos, es por esto que realiza las actividades de autocuidado y dentro de su cotidianidad se permite el tiempo y espacio para atender su diabetes y continuar su vida.

En voz de los participantes:

- *Frigg: "...Trato de no hacer corajes...hago las cosas que tengo que hacer para mi persona, he hecho una rutina para mi bienestar: me levanto, hago ejercicio, desayuno, me baño y al trabajo. Y me siento bien, no falta a veces hay días malos, hay días buenos, pero me siento perfectamente.*
  
- *Bragi: "...me ayudo con naturistas, me vitaminó. Yo estoy en un programa para diabéticos (app), haz de cuenta que me llegan notificaciones, por decir, ensalada de tal puede comer. Me siento bien y el día de hoy estoy haciendo ejercicio, estoy tratando de dejar el cigarro porque sé que me afecta".*
  
- *Thor: "...me cuide un poco no digo que totalmente, por ejemplo, lo que es la copa (refiriéndose al alcohol) pues si la hice un poquito a un lado, pero si no me cuido yo, por ejemplo, mis hijos me querrán mucho pero no andarán atrás de mí".*

El autoconocimiento les permite identificar aquellos actos y acciones de autocuidado que les beneficia físicamente, psicológicamente y socialmente a pesar de que en muchas ocasiones no lo relacionan de esta forma. Lo que ellos realizan para sí mismo como paciente diabético les deja un gran conocimiento que puede compartir con los demás, forma parte de su autobiografía y finalmente la reflexión genera la experiencia de autocuidado.

El mundo de vida del paciente con DM2 está lleno de diversas experiencias que le permitirán continuar su cotidianidad aún con la enfermedad, sin embargo, no es un proceso rápido y para llegar a ese autoconocimiento tuvieron que pasar momentos malos como negación ante el padecer diabetes.

### **Subtema 3.3.1 Escucho mi cuerpo**

El paciente ha desarrollado la habilidad de escuchar su cuerpo especialmente cuando tiene episodios de hiperglucemia como resultado de la aceptación de la diabetes en su vida cotidiana y la comprensión de su lugar en el mundo de vida. Su conocimiento ha crecido en cuanto a la enfermedad y por ende sus acciones y actos están enfocados en el autocuidado y manejo de la enfermedad.

En voz de los participantes:

- *Bragi: "...cuando yo detecto la azúcar arriba es porque me pica la planta del pie, haz de cuenta que me están picando con agujas. Ahora sé que son neuropatías diabéticas, o alrededor de los labios siento que me echaron chile y la boca seca".*
  
- *Thor: "... es que siento que estoy como cansado, como que me da flojera, es lo máximo que me ha pasado, ósea uno conoce su cuerpo, dice quiúbule aquí está fallando".*



La cotidianidad del paciente no solo se refiere a la experiencia psicológica y social a partir del diagnóstico, sino un autoconocimiento de sí mismo donde identifica síntomas de la enfermedad como parte de él, su acervo de conocimiento y autobiografía se enriquecen y favorecen para que el paciente pueda comprender su estar en el mundo de vida padeciendo DM2 y reflexiona sobre sus actos y acciones alrededor de los cuidados y manejo con la finalidad de sentirse bien.

Asimismo, el escuchar su cuerpo les permite saber en qué momento se ha agudizado su enfermedad y volver al autocuidado de manera más ordenada y responsable.

#### **Tema 4. La DM2 afecto mi vida sexual**

La experiencia de padecer diabetes para el paciente no solo trajo repercusiones sociales y psicológicas dentro de su cotidianidad, sino que además de los cambios realizados en su vida diaria por los requerimientos de cuidado y manejo de la diabetes también les afecto su vida sexual. Tema que es escondido por lo pacientes por pena y por resignación de aceptarlo como consecuencia de la diabetes. Algunos pacientes pudieron comunicar la situación con el profesional de salud recibiendo indicaciones de qué hacer y sin problema de juicio.

En voz de los participantes:

- *Thor: “lo que note si fue pérdida de apetito sexual, si note eso y me dije: no pues es por la diabetes. Me dijo el doctor: trate de tener relaciones, es que necesita más estímulo. Ahora ya no es como antes, la mera verdad, ósea es algo natural que se necesita”.*

- *Bragi: "...en lo sexual, creo que es muy importante, es un golpe que mucha gente no lo aguanta, pero te lo dicen los médicos: va a bajar su nivel de actividad sexual, ya no es lo mismo...te agotas más rápido, entonces para el diabético es lo doble y muchas veces mejor se justifica uno, cuando no obedece sexualmente: ¡es que mi amor soy diabético agárrame la onda, no!"".*
- *Frigg: "...el que pierdas el apetito sexual, a lo mejor yo en mi vida en ese aspecto he tratado de no perderlo, yo solita me motivo"*

Para algunos aceptan la disfunción sexual causada por la diabetes, pero buscan alternativas para evitar tener problemas a partir de un autocuidado adecuado.

En voz de los participantes:

- *Bragi: ... pero si usted se cuida, ¿qué pasa? También hay pastillas para la disfunción eréctil, no te ocasiona mayor problema de verdad. Pero si yo tomo refresco, me como 10 tortillas, fumo, tomo y todavía quiero tener un vigor de súper macho, pues tampoco, ¿cómo te hace sentir como hombre? Pues te frustras y todo es psicológico".*

La sexualidad es una parte importante del ser humano y que puede verse implicado por diversas situaciones, entre ellas por salud como es el caso del paciente con DM2. El padecer diabetes hace que la persona modifique su estilo de vida en todo aspecto, el conocimiento socialmente construido entorno a estas modificaciones que uno debe hacer se refieren a la alimentación, la actividad física y tomar medicamentos, pero no se incluye que la vida sexual del paciente también se modifica.

Lo anterior ocasiona que el paciente se siente diferente en su desempeño, tanto como mujer como hombre, lo adjudican a la enfermedad y lo mantienen escondido, debido a que el mundo cultural mexicano no se considera un tema oportuno para hablar con el profesional de salud o casualmente.

El cuidar de su vida sexual es parte del autocuidado y manejo de la enfermedad, por lo que dentro de su mundo deberá considerar atención profesional y mayor cuidado de su salud sexual para sentirse pleno, tratando de que una situación de tal índole afecte su dimensión psicológica y por supuesto social, en donde se puede incluir las relaciones interpersonales con el esposo/a o pareja.

## Capítulo 7. Discusión

Derivado del análisis de datos se encontraron temas relevantes a la experiencia de padecer Diabetes tipo 2, especialmente se pudo identificar aquellas experiencias psicológicas y sociales del paciente generadas a partir del diagnóstico y cómo estas influenciaron en su vida cotidiana.

Los hallazgos se visualizaron dentro de la cotidianidad, que a su vez está inmersa en el mundo de vida del paciente, la cual incluye la vida diaria y sus relaciones sociales, obteniéndose la experiencia que ha concebido el paciente entorno a padecer DM2 y la integración a su vida.

Se entiende que las experiencias obtenidas de los participantes son complejas y forman parte de un todo, es decir, son experiencias psicosociales que surgen por padecer DM2, para ello los pacientes se consideraron en el estudio como seres biopsicosociales con la finalidad de abordar de forma integral y reconociendo su estar en el mundo desde su individualidad. Por lo tanto, comprender el significado de interconexión de la dimensión biológica, psicológica y social fue crucial para el estudio.

Asimismo, implica el reconocimiento de las acciones provenientes del medio externo (ambiente y social) afectan la esfera psicológica y biológica del paciente, reflejándose en pensamiento, emociones, actos, acciones y actitudes relacionadas con la enfermedad. Los pacientes por si mismos son complejos y dinámicos por lo que se necesita profundizar en sus experiencias que surgen de su cotidianidad, las cuales marcan y forman una actitud hacia con la enfermedad y sus requisitos, ya que los hallazgos obtenidos por si solos pueden interpretarse particularmente, pero son parte de un todo, el todo de padecer Diabetes tipo 2.

De la experiencia se reconocieron tres aspectos importantes que el paciente experimenta tras la confirmación del diagnóstico y de la integración de la enfermedad a su vida: en primer lugar, el impacto psicológico que conlleva el ser diagnosticado con una enfermedad crónico-degenerativa, segundo, el apoyo social por parte de sus círculos sociales cercanos, y tercero, la influencia de la experiencia psicológica y social dentro de su cotidianidad.

La experiencia psicológica comienza después del diagnóstico con sentimientos, pensamientos y acciones acorde a lo que estaba viviendo, como es la confirmación de una enfermedad crónica no deseada, que trae cambios complejos y significativos a la vida cotidiana, los cuales involucran una transformación total del mundo de vida del paciente tal como lo conocía, es un fin y un comienzo al que debe aceptar de forma obligatoria ocasionando reacciones de incertidumbre ante su nueva realidad.

Los hallazgos coinciden con otras investigaciones en relación al impacto que surge del diagnóstico, donde se reconoce el impacto psicológico como significativo en el paciente, siendo un momento crucial y de difícil de asimilación que conlleva una reacción de negación inmediata, aun cuando presentaban síntomas del cuadro clínico de Diabetes tipo 2. De acuerdo con Guillén y colaboradores<sup>18</sup>, el diagnóstico suele ser inesperado por los pacientes, viéndolo como algo lejano o algo a lo que no se está expuesto, pero repercute severamente en él, así mismo la negación ante la enfermedad se puede manifestar de diversas formas, en este caso los participantes se convencían así mismos de no tener diabetes porque no se sentían mal a partir de lo socialmente conocido que es la baja de peso súbito y la sed excesiva, a diferencia de lo que ellos consideraban tener.

Algunos participantes dudaron y cuestionaron el diagnóstico, teniendo conductas nocivas que aumentaron el riesgo en su salud por considerarlo un error de los profesionales, sin embargo al realizarse estudios de sangre obtuvieron un valor alto en la glucosa, confirmando su realidad de ser diabético. Esto es ejemplo de las diversas formas de negación que el paciente puede experimentar y es parte de la experiencia psicológica.

Representando un obstáculo para aceptar la realidad de padecer DM2, así como de las acciones de autocuidado que requieren, ejemplo de ello es que los participantes reconocieron en que tardaron en aceptar la enfermedad y con ello lo importante que es este paso para ser consiente del autocuidado para sentirse bien.

Es sustancial reflexionar sobre las causas que repercuten en la dimensión psicológica de los pacientes de DM2 al ser diagnosticados, que principalmente figura la pérdida de salud repentina y el cambio súbito en su estilo de vida.

Además, al escuchar hablar de DM2 el paciente llega a pensar directamente a las complicaciones derivadas de un mal cuidado, como es el pie diabético que causa la amputación de miembros inferiores, hipertensión, enfermedad renal y ceguera, por lo que el paciente a partir de lo que ha visto y escuchado de sus congéneres, genera un marco de conocimiento negativo respecto a padecer diabetes.

Castellanos y cols.<sup>24</sup> mencionan que el conocimiento de las complicaciones de la enfermedad se determina por las experiencias previas con la familia, amigos y conocidos, que lamentablemente terminaron en una situación grave a causa de un mal autocuidado y manejo de la DM2, aumentando la reacción negativa del diagnóstico y de un futuro obligado de cuidado constante, por lo cual surge el miedo a tener diabetes y a las complicaciones, tal como los hallazgos mostraron.

Estas reacciones negativas están presentes en las emociones de los pacientes diagnosticados y del proceso del duelo que experimenta cada individuo, el cual en ocasiones no se resuelve y comienzan a ser parte de la persona definiendo el rumbo de las acciones de cuidado de forma negativa y no aceptando la enfermedad. Las emociones negativas tras el diagnóstico forman parte del impacto psicológico que sufre el paciente, en este caso con miedo, ansiedad y frustración por las complicaciones que pudieran tener en algún futuro<sup>20</sup>, que surge por sus experiencias previas.

Por ello, es importante dar a conocer los sentimientos y emociones que experimenta el paciente para ayudarlo a reflexionar sobre su pensar y sentir, encaminado hacia una actitud y acciones positivas del manejo de la enfermedad para retardar las complicaciones e integrar las actividades de autocuidado acopladas a su vida cotidiana, con la finalidad de que el paciente acepte padecer Diabetes.

Castellanos et al, mencionan algo relevante en cuanto a la reacción psicológica negativa del diagnóstico y es que los profesionales de salud están situados desde un enfoque biomédico, lo cual agrava más la situación inquietante e indeseable de padecer una enfermedad crónica y radicaliza el efecto negativo del modelo donde al encontrar la dificultad de cambiar el estilo de vida y lograr un buen control glucémico, los profesionales de la salud califican al paciente como incompetente y desobediente ante las indicaciones,<sup>24</sup> lo cual perjudica aún más la psique del paciente ocasionando emociones y actitudes negativas en cuanto a su autocuidado.

Una vez que el paciente recibe el diagnóstico, se sabe sin ser consciente de ello que el mundo de vida cambia, esto implica hacer cambios acordes a las necesidades actuales tanto del paciente como de la enfermedad. Todo acto y acción del paciente tiene que ir pensado en su bienestar y en la integración del autocuidado y manejo de la DM2, por lo que su cotidianidad cambia y se agregan actividades específicas del tratamiento médico que también perjudica su esfera psicológica, generando una experiencia positiva y negativa.

Low y colaboradores<sup>26</sup>, mencionan que seguir el régimen de tratamiento para los pacientes es un desafío por querer cumplir con lo prescrito y por la preocupación de olvidar el medicamento, lo que implica una autodisciplina. Sin embargo, en el caso de los participantes de esta investigación el querer cumplir con lo prescrito les ocasiono una experiencia física negativa, debido a los efectos secundarios que tuvieron, que en muchas ocasiones se convierte en una barrera para continuar con el autocuidado necesario.

También afirman los autores, que no todos los pacientes tienen inconvenientes por integrar el tratamiento a su vida diaria y crean diversas estrategias para cumplir con su autocuidado<sup>26</sup>. En los hallazgos de esta investigación se encontró que los participantes utilizaban estrategias provenientes por sus círculos sociales cercanos, como es la familia, especialmente de aquel integrante que fue o es diabético y que nunca ha tenido alguna complicación.

Asimismo, se guiaban por las nuevas recomendaciones médicas como es el cambio de medicamento y encontraban mejoría en su sintomatología, mejorando su calidad de vida y generando una consciencia de que el tratamiento médico es una herramienta para el manejo de la enfermedad, así como para su bienestar.

Para los participantes, la integración de la Diabetes tipo 2 a su mundo de vida fue a partir del tratamiento médico y aunque sabían las razones por lo que debían consumirlo, algunos de ellos dentro de la primera experiencia psicológica del diagnóstico decidieron no tomarlo, porque aún se encontraban en la negación de padecer la enfermedad, provocando tardanza en la aceptación y aumentando el riesgo de un daño físico como son las complicaciones.

El impacto inicial es significativo dentro de la vida del paciente, siendo clave para entender el porqué de la dificultad del apego al régimen de autocuidado experimentado. Y también entender que la integración de actividades a su vida cotidiana como el tratamiento médico, es una forma de dejar entrar la DM2 y aceptar el diagnóstico que provocó la experiencia de los efectos psicológicos producidos, los cuales pueden influir directa e indirecta en su comportamiento consigo mismo y con los demás.

En cuanto a la relación social con los demás, la experiencia social del paciente muestra una influencia e impacto de las acciones de los otros en la dimensión psicológica del paciente, esto es gracias al proceso de intersubjetividad que se mantiene en el mundo de vida en diferentes espacios sociales.



La experiencia social del paciente mostró cómo fueron las reacciones y acciones de sus círculos sociales cercanos posteriormente de recibir el diagnóstico, así como la forma de relacionarse con ellos una vez que es consciente de su estar en el mundo social y cotidiano de padecer DM2. Las interacciones sociales principales suceden dentro de la familia, las amistades, el lugar de trabajo y con el profesional de salud, este último es debido al padecimiento.

El principal círculo social que está presente con el paciente posterior al enterarse de su diagnóstico es la familia, tal como se muestra en diversos estudios<sup>28-30</sup>. La cual puede estar compuesta de diversas formas, en el caso de los participantes figuraban principalmente los hijos e hijas, posteriormente el esposo y esposa, así como pareja sentimental y finalmente los hermanos y hermanas. Cada integrante de la familia tiene un rol dentro de la configuración familiar, sin embargo, lo relevante es cómo se presenta la interacción entre la familia y el paciente de forma general y particular en cuanto al cuidado y manejo de la enfermedad.

Por consiguiente, la interacción solo cambio en cuanto a las necesidades de los pacientes, como fue participar en el cambio de dieta, estar pendiente de la toma del tratamiento, búsqueda de profesionales de la salud como médicos y nutriólogos que guiaran los actos y acciones de autocuidado y manejo de la enfermedad, y finalmente el evitar corajes. Además, el paciente encontró en su familia un apoyo emocional e instrumental, tal como señala Newton-John y colaboradores<sup>30</sup> en su estudio del 2017, así mismo ellos afirman que los miembros inmediatos de la familia pueden tener una influencia significativa en el autocontrol de la diabetes, puesto que existe un apoyo positivo para seguir los cuidados alimenticios y de tratamiento de la diabetes tipo 2.

En cuanto a su círculo social de amistades, figura como el segundo en brindar el mismo apoyo que la familia, pero en menor grado y se representa en diferente forma. Aquí, las amistades brindan su apoyo a través de pláticas y comentarios enfocados a dar ánimos y hasta intercambiar consejos para seguir el autocuidado.

De esta forma, la experiencia familiar y de amistad influye al paciente de forma positiva, generando una integración de la enfermedad a su cotidianidad y siendo un poco más fácil la aceptación.

Aunque, en ocasiones el paciente puede sentirse observado y vigilado por los miembros de la familia a través de regaños por no seguir el autocuidado y manejo adecuado de la enfermedad. Asimismo, las amistades hacen comentarios pesimistas ante la situación de padecer DM2 afectando al paciente psicosocialmente, que resulta en una actitud negativa, es decir, el paciente realiza acciones de comer alimentos prohibidos a escondidas, no tomarse el medicamento adecuadamente y sentirse mal consigo mismo hasta estar en depresión generando ansiedad ante el hecho de vivir con DM2.

Esta influencia negativa generada durante la intersubjetividad con estos dos grupos sociales afecta la dimensión psicológica y social, siendo así que el actuar de los pacientes con el autocuidado se convierta desalentador y pesimista, perjudicando su salud, alejándose del objetivo de bienestar dentro de la cotidianidad a través de una buena adherencia a los requisitos tal como se muestra en los hallazgos.

No obstante, se coincide con Kadirvelu y Sadasivan<sup>32</sup> en que el apoyo familiar y de las amistades es indispensable para superar las barreras psicosociales que ha dejado el diagnóstico de diabetes tipo 2 como son la cita médica, la planificación de comidas y la integración del medicamento en su cotidianidad.

La interacción social del paciente con DM2 no solo abarca sus círculos sociales cercanos, sino también en aquellos espacios que se desarrolla laboralmente y tiene una relación social con otras personas, así mismo, realiza determinadas actividades que son parte de su trabajo.

Se encontró que el área laboral es parte de la dimensión social, es un espacio donde se desenvuelve en todos los ámbitos y tiene un impacto tanto en su dimensión psicológica y en su bienestar físico. Tal como afirma Bose<sup>35</sup> la atmosfera del trabajo, el ritmo y la naturaleza de las actividades, las actitudes y expectativas de los empleadores y colegas pueden ayudar a la persona con DM2 a decidir sobre si el entorno laboral puede o no fomentar un exitoso manejo de la enfermedad.

El segundo espacio donde el paciente con DM2 pasa parte de su cotidianidad es en su lugar de trabajo, el área laboral. El cual es parte de su mundo social y por lo tanto, existe una intersubjetividad con sus compañeros de trabajo y una influencia de los actos y acciones de los otros hacia su persona. Por lo tanto, se considera que el ambiente laboral por si solo puede ser abrumador y a veces exigente en cuanto a las actividades que debe realizar el paciente independientemente de su condición de salud, sin embargo, los síntomas ocasionados por la enfermedad pueden afectar su rendimiento físico viendo se afectado dentro de su área laboral.

Asimismo, la divulgación de su enfermedad da pie a que supervisores realicen comentarios directos e indirectos de discriminación, negativos que atentan contra su bienestar psicológico, provocando que el paciente sienta nuevamente emociones de tristeza o depresión por padecer Diabetes, coincidiendo con los hallazgos proporcionados por Bose<sup>35</sup> dentro de las afecciones secundarias y el aspecto de divulgación.

La intersubjetividad que le paciente experimenta con sus compañeros de trabajo puede ser perjudicial para sí mismo, convirtiendo el mundo laboral en una barrera psicosocial del paciente a partir de haber recibido el diagnóstico de DM2. Además, se puede observar claramente que los procesos de socialización a través de los actos y acciones de los demás si afectan su dimensión psicológica, que va desde su propia conducta consigo mismo y con los demás, su comportamiento de acuerdo a su enfermedad y sus sentimientos. Por otro lado, la manera en que se relaciona e interacciona con los demás también se ve afectada, y todo esto por el simple hecho de padecer DM2.

De modo similar a la familia y amigos, en el área laboral del paciente también tiene relaciones con personas que lo motivan a seguir los cuidados y con el manejo de la enfermedad, mediante acciones como comentarios que favorecen psicosocialmente, mejorando su desempeño laboral y por supuesto en su desarrollo personal. De este modo, el paciente genera sus experiencias sociales positivas que ayudan al entendimiento de su lugar en el mundo de vida y a la aprehensión de su realidad, que es padecer DM2 y ser laboralmente activo, capaz de hacer cualquier actividad laboral siempre y cuando este bien física, mental y socialmente.

El apoyo social demostrado por sus diferentes círculos sociales, ayudan a que el paciente pueda sobrellevar los cambios necesarios a su estilo de vida y a comprender sus cuidados desde una perspectiva de bienestar. Low y colaboradores<sup>28</sup>, mencionan que la red social es una fuente de información y participa activamente en la toma de decisiones sobre aspectos de la enfermedad, pero depende de la fuerza y tipo de relación, la confianza, el apoyo y atención percibida del paciente.

A propósito, se considera indispensable que los grupos sociales fomentan un apoyo emocional y práctico con el paciente con la finalidad de motivar la aceptación de la enfermedad e incluir los cambios de estilo de vida que requiere la Diabetes. Por ello, el apoyo social juega un papel importante en la prevención del estrés, ayuda a los mecanismos de afrontamiento, mejora la adherencia al ejercicio, la dieta, cambio de hábitos como fumar y obtener mejores resultados, pero lo más sustancial es que este aspecto debe entenderse dentro del contexto cultural y social del paciente.<sup>29,32,33</sup>

La vida cotidiana del paciente no solo ha cambiado por su estilo de vida o la forma de interactuar con los demás, sino que agrega nuevas relaciones intersubjetivas o sociales que son indispensables después de recibir el diagnóstico, este nuevo actor social en el mundo de vida del paciente debe estar en comunicación constante para ayudar en los procesos de autocuidado y del manejo de la enfermedad.

Es por esto que el profesional de salud figura entre las experiencias sociales del paciente después de ser diagnosticado, sin embargo, la intersubjetividad con él puede ser variable y a veces perjudica el proceso de afrontamiento y aceptación, sumando mayor complejidad al impacto psicosocial que el paciente experimenta.

Tal como los hallazgos lo demuestran, la intersubjetividad inicial con el profesional de salud fue indiferente respecto a lo que el paciente estaba viviendo, recibiendo un trato grosero al ver que los pacientes no hacen los cambios requeridos tal como lo dice la literatura. Sin embargo, esta situación es más común y quién lo sufre son los pacientes con DM2, sintiéndose atacados y por lo tanto afectando su dimensión psicológica, alejando al paciente del autocuidado y manejo de la enfermedad, además de que tiene una actitud de rechazo a todo lo que conlleva padecer Diabetes.

Los testimonios de los participantes muestran que, si el profesional de salud fuese más flexible con los cambios al estilo de vida, como es la dieta, a los síntomas ocasionados por los medicamentos y a la perspectiva positiva de vivir con DM2 tendrían una mejor adherencia a los requerimientos y una aceptación de la enfermedad. Por otra parte, también se puede observar la necesidad por parte de los pacientes a que el profesional de salud sea más comprensible, respetuoso y tenga la habilidad de comunicación asertiva con la finalidad de mejorar y enseñar el cuidado.

En las investigaciones consultadas respecto al apoyo e influencias sociales, resalta la relación paciente-profesional de salud tal como se observan en los hallazgos de este estudio, que va desde una experiencia negativa que perjudica aún más al paciente desde la perspectiva psicosocial, así como existencia de la necesidad de que los profesionales sean más comprensivos. No obstante, esta interacción depende de la confianza que le paciente tenga con el proveedor de salud y la orientación que tenga el profesional,<sup>28</sup> que como se ha visto, la mayoría está enfocada al tratamiento y una disciplina rigurosa a la adherencia dietética.

Johansson y colabs<sup>34</sup> proponen que los profesionales de la salud deben crear interacciones con clima de aprendizaje abierto, que active y promueva la reflexión en los pacientes, con la finalidad de que se integren la experiencia y el conocimiento de la enfermedad en un conocimiento personal exclusivo. También mencionan que el paciente su mayor desafío es asumir la responsabilidad de su propio aprendizaje, es decir, deberán ser abiertos, curiosos y receptivos para adquirir el conocimiento por parte de los profesionales de salud, aprender de sus experiencias y de los otros con el objetivo de evaluar sus propias acciones, de este modo y desde la aproximación teórica, el paciente a partir de la experiencia de padecer DM2 podrá aprehender su realidad, comprender su lugar y ser consciente de su estar en el mundo desde sus actos y acciones.

Sin embargo, las interacciones con el profesional de salud particularmente con el médico no fueron relevantes para dimensión psicológica debido a que la atención estaba enfocada directamente a la adherencia alimenticia y de tratamiento, dejando al olvido las situaciones psicosociales presentes en el paciente con DM2.

Además, el profesional de enfermería no figura con las experiencias sociales de los participantes como en los artículos consultados donde figura un profesional de enfermería especializada en la atención del paciente con DM2 en otros países, por lo que no se puede discutir ni saber cómo es la relación entre estos dos actores sociales dentro de este estudio. Entonces, se cuestiona el actuar del profesional de enfermería en las clínicas de primer nivel, que son aquellas enfocadas a prevenir y llevar un control dentro del sistema de salud mexicano.

En los artículos consultados, la interacción con el profesional de enfermería tiene un impacto significativo debido a que los pacientes se sintieron escuchados, detonando un sentimiento de solidaridad ante los problemas asociados a la enfermedad. Por ello, Nygren y colaborador expresan que la asistencia sanitaria debe funcionar para motivar y mejorar el autocuidado de los pacientes, maximizando las oportunidades del cuidado personal exitoso con los pacientes con DM2, asimismo, la enfermera necesita enfocarse a trabajar con el apoyo y ver a cada individuo con sus obstáculos y recursos particulares.<sup>23</sup>

Por consiguiente, se considera esencial que el profesional de enfermería se involucre en la atención del paciente con DM2 dentro del sistema de salud o particularmente para considerar el abordaje de aspectos psicosociales que están alrededor de padecer Diabetes tipo 2, como es el impacto del diagnóstico como lo demuestra la experiencia psicológica de los informantes.

A lo anterior, Stoop y colaboradores<sup>39</sup> en su estudio sobre las necesidades de atención de la salud psicosocial de las personas con DM2, sugieren que los proveedores de salud deberían proporcionar una atención a problemas psicosociales específicos, es decir, aquellos centrados a la carga de vivir con Diabetes como es las dificultades en relación al diagnóstico, aceptar la condición, la angustia relacionada con el control glucémico, miedo a las complicaciones y preocupaciones sobre el futuro de insulina, además de que el tratamiento fue considerada una fuerte carga emocional junto con las recomendaciones sobre el estilo de vida.

Además, mencionan que dentro de la vida diaria se consideraron aquellas situaciones sociales como el rechazo de ciertos alimentos, la vergüenza de inyectarse en lugares públicos y el cuidado de la enfermedad, esto último coincide con lo obtenido por los participantes sobre su cotidianidad. A partir de lo propuesto por Schütz se logró visualizar la vida cotidiana del paciente con DM2 con la finalidad de contestar la pregunta de investigación.

En los hallazgos se observa el cambio radical que tuvo la vida cotidiana del paciente tras recibir el diagnóstico, comenzando por experimentar los procesos de afrontamiento y aceptación de la enfermedad, los cuales guardan relación con la experiencia psicológica vivida como el impacto por padecer y la experiencia social como manifestar a los demás sobre su padecimiento.

El afrontamiento se ve alargado o aplazado por años junto con la aceptación debido al cambio que debe tener su cotidianidad y que deben ser conscientes de su enfermedad en el aquí y ahora; aunque para algunos participantes el aceptar la DM2 no es opción, por lo que su cotidianidad continua normal porque no existe la integración de los cuidados necesarios. Sin embargo, la cotidianidad de aquellos que no aceptan la enfermedad si se ve alterada, ya que experimentan algunas complicaciones ocasionadas por el mal autocuidado, volviendo a recordar la presencia de la Diabetes en su vida, creando un círculo vicioso entre el shock y la no aceptación.

Una vez que el paciente termina su etapa de afrontamiento y de aceptación, el resultado se visualiza directamente proporcional al cuidado diario que el paciente realiza a partir de sus actos y acciones. El autocuidado asimismo muestra la integración de la Diabetes a su cotidianidad, lo que permite que le paciente realice su reflexión sobre su estar en el mundo y sea responsable con los requerimientos, como es la alimentación, monitorear los niveles de glucosa y el ejercicio como parte de su rutina y estilo de vida. Teniendo relación con los mencionado por Svedbo et al.,<sup>38</sup> ya que comienzan a gestionar por si solos los cuidados con la finalidad de sentirse bien tanto para el presente como el futuro, en otras palabras, las complicaciones que en un inicio fueron causa de incertidumbre, miedo y angustia afectando psicológicamente al paciente se vean aún más lejanas.

A medida que el paciente integre el autocuidado a su vida, también obtiene mayor conocimiento sobre su condición de modo que su experiencia ocasiona cambios en su conducta, pensar y hacer con la finalidad de obtener bienestar aun cuando se vive con una enfermedad crónica y superando los efectos psicosociales experimentados, aunque reconocen que los cambios hechos a su estilo de vida a veces pueden ser algo estrictos, sin embargo, la enfermedad pudo haber traído un incentivo para tener un estilo de vida más saludable el cual se produjo de forma natural aunque no se descarta que a veces pueden ser desafiantes o difíciles, ya que se necesitaba de mayor conocimiento de sí mismos y de la enfermedad.<sup>38</sup>



Parte de la cotidianidad y del autocuidado, sucede que el paciente crea una consciencia de su cuerpo desde la identificación de síntomas que cuando se manifiestan pueden o no afectar su dimensión psicológica y social.

Además, el paciente crea una capacidad para controlar la Diabetes en diferentes situaciones resultando orgulloso y con la confianza en su propia capacidad, aunque esta capacidad puede estar influenciada por cómo se siente el paciente y de los eventos de la vida cotidiana se enfrente,<sup>38</sup> con ello el paciente reflexiona sobre sus propios actos y acciones que ayudan a manejar la DM2 dentro de su vida diaria, para poder continuar sus actividades dentro de los diversos contextos sociales donde se desarrolla, buscando lo mejor para ellos mismos.

En relación a la vida sexual de los pacientes con DM2, el cual se presentó como parte de vivir con Diabetes principalmente por los participantes del género masculino. Durante la revisión sistemática solo se obtuvo un estudio sobre la percepción y funcionamiento sexual, bienestar sexual en los contextos psicosociales en los que ocurren.

Tanto en el estudio como en los hallazgos obtenidos, la vida sexual se fue afectada directamente por el padecimiento, independientemente del cuidado y manejo de la enfermedad que lleven los pacientes, sin embargo, los efectos negativos que tuvo esta experiencia personal e íntima en la esfera psicológica, generó una preocupación y gracias a la aceptación de la enfermedad en su mundo de vida, el paciente pudo sobrellevar y pedir ayuda al profesional de salud ante esta situación personal, por lo tanto, sus actos y acciones se enfocaron a la autocuidado y a la búsqueda de alternativas para evitar que siguiera afectando su vida sexual.

Los hombres dentro del estudio y en la revisión sistemática fueron quienes reconocieron en primer lugar la consecuencia de la Diabetes en su vida sexual, siendo para ellos algo importante y primordial en su vida cotidiana, tal como lo muestran en sus resultados de Cooper y colaboradores,<sup>75</sup> en donde la dificultad sexual es una preocupación clave para vivir con diabetes, ya que presentaron disminución del deseo sexual, excitación reducida y disfunción eréctil lo que ocasionaba angustia por su intimidad sexual.

En el caso particular de los hombres, mostraban una baja en su autoestima relacionada con la sensación de pérdida de la masculinidad y la reducción de la intimidad, además de la inseguridad en la relación la desconfianza por sus parejas y el miedo al abandono o al ser juzgado se vio directamente en la afección negativa del bienestar sexual.

Lo anterior, se asemeja mucho con lo dicho por los pacientes masculinos entrevistados, donde buscaban la comprensión de sus parejas ante la disfunción sexual o disminución del deseo en relación a tener DM2. Ante esta situación, los participantes buscaron ayuda del profesional de salud, sintiéndose apoyados y haciendo caso de las recomendaciones, sintiéndose respaldados, aunque el tema no fue visto durante el asesoramiento médico ni discutido por el profesional de salud como una complicación de la Diabetes, más bien fue hablado por la propia iniciativa de los participantes, coincidiendo con los resultados presentados por Cooper y colabs.<sup>75</sup>

Resumiendo, los hallazgos obtenidos a través de la experiencia de los pacientes con DM2 a partir del diagnóstico podemos observar los diversos cambios que han tenido en su mundo de vida de forma general y aún más específica en su cotidianidad, los cuales al inicio fueron percibidas como obstáculos y barreras durante el afrontamiento de tener Diabetes hasta llegar a la aceptación de la misma, la cual está conformada por esa comprensión de sí mismo en su mundo de vida pero con DM2 a partir de la aprehensión de la realidad que conlleva los cuidados y cambios de en el estilo de vida, así como estar consciente de su estar en relación a los demás a través de los actos y acciones que forman la relación nosotros dentro de la intersubjetividad social.

## Capítulo 8. Conclusiones

Se concluye que el proceso de la enfermedad no solo involucra la parte física, sino también aspectos psicológicos y sociales cruciales del paciente con DM2, los cuales comienzan con la vivencia de ser diagnosticado y de los cambios necesarios a la vida cotidiana.

Se demuestra que el impacto que sufre la dimensión psicológica es crucial para la aceptación de la enfermedad y con ello de los requerimientos del autocuidado y manejo dentro del estilo de vida del paciente. Por ello, es importante considerar y averiguar cómo se encuentra la psique del paciente durante la atención de enfermería, mediante una comunicación asertiva y empática para generar confianza con el paciente y poder saber sus pensamientos, emociones, sentimientos y autoestima entorno a la enfermedad, como es la negación al diagnóstico y con ello a los sentimientos negativos, el miedo al futuro por las complicaciones socialmente conocidas y que tienen un significado que influye en las acciones del paciente.

En cuanto a la experiencia social, se puede establecer que el paciente modifica sus relaciones interpersonales en sus diversos espacios donde se desarrolla, sumando el impacto a su dimensión psicológica. Asimismo, sus círculos sociales como es la familia, los amigos y compañeros del trabajo ofrecen apoyo práctico y emocional para afrontar la enfermedad e influyendo de forma positiva, sin embargo, es posible que los pacientes se encuentren con comentarios crueles que merman su actitud ante su situación de salud, perjudicando su autoestima y observándose actos y acciones que perjudican su situación de salud.

Conocer la experiencia psicológica y social ha permitido indicar la importancia de establecer estrategias adecuadas a las necesidades del paciente desde su contexto y situación de vida. Además, de conocer la actitud del paciente hacia las dificultades que se presentan día con día durante los cambios a su estilo de vida.

Nuestros hallazgos también exponen la importancia de contemplar la salud sexual del paciente, la cual involucra la dimensión biológica, psicológica y social, teniendo un gran impacto en la vida cotidiana del paciente. Este hallazgo debe estudiarse a profundidad para determinar el grado de impacto que genera en el paciente y cómo se relaciona con el manejo y autocuidado de la enfermedad. Sin embargo, es importante reconocer que la DM2 afecta aspectos de la vida sexual y repercute fuertemente en la psique del paciente, alterando principalmente su autoestima y generando preocupaciones y temores en cuanto a su desempeño sexual.

De ahí la importancia de investigar estos dos aspectos relacionados al proceso de enfermedad de padecer Diabetes tipo 2, la cual por su naturaleza de cronicidad implica serie de complicaciones que terminan afectando la calidad de vida del padeciente. Ofreciendo una perspectiva diferente de ver al paciente con DM2, por lo que se otorga al profesional de salud una alternativa para brindar una atención integral, considerando aquellos aspectos que pueden estar perjudicando el autocuidado y el manejo de la enfermedad.

Tan solo en México, la Diabetes tipo 2 se ha convertido en una enfermedad común entre la población adulta, convirtiéndose en un problema de salud pública con una constante alza en la tasa de incidencia, prevalencia y mortalidad. Por ello, es necesario que las políticas públicas de salud estén basadas en evidencia procedente de la realidad de las personas involucradas, con la finalidad de que los programas de salud tengan el impacto deseado y reducir los porcentajes procedentes de la DM2.

Así, cada uno de los programas enfocados al paciente con DM2 se centrará en las necesidades reales y ajustándose a cada paciente, algo muy diferente a lo que se ha manejado en el Sistema de Salud en donde el paciente debe acoplarse al programa, convirtiéndose en la principal barrera para alcanzar los objetivos establecidos.

Ante este problema, el Sistema de Salud Mexicano requiere de un cambio en la atención a la salud, la cual debería ser especializada, integral y objetiva para combatir los factores, aspectos y barreras que experimentan los pacientes mexicanos con DM2 y obtener resultados favorables a la salud pública.

El cambio debe comenzar a partir de un nuevo paradigma de atención en todo el sistema y en todos aquellos que están dentro de él. De esta forma el abordaje de toda enfermedad debería considerar aquellos aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales que interactúan constantemente en el paciente desde una perspectiva particular y general, es decir, un enfoque holístico, el cual ofrece un reconocimiento y comprensión del paciente en todos los aspectos que lo complementan.

De esta forma los programas de salud enfocados a la atención del paciente con Diabetes tipo 2 tendrían mayor impacto si se adaptaran las actividades establecidas al manejo, al control de la enfermedad y a la prevención de complicaciones desde la realidad y contexto del paciente.

Además, se propone que el profesional de salud participe activamente con el cambio de paradigma en la atención, partiendo con el modelo biopsicosocial el cual se adapta mayormente a lo planteado en el estudio y como primer acercamiento al abordaje a la situación del paciente con DM2. Además, este modelo considera al paciente en todas sus dimensiones y puede dar solución a las barreras encontradas con los pacientes, como es la adherencia alimenticia, de tratamiento, los cambios al estilo de vida y evitar el desarrollo de complicaciones asociadas a un mal cuidado de la enfermedad.

Este enfoque le ofrece al profesional de salud, particularmente a Enfermería a reconocer la participación activa del paciente al considerarla como resultado de la interacción continua de sus diferentes dimensiones, viéndolo como un todo, pero también visualiza aspectos particulares que pueden afectar en lo general.

Además, permite desarrollar la capacidad de ver al paciente con DM2 como un ser dinámico y complejo, por lo tanto, se considera todo aquel aspecto implicado en el proceso de enfermedad con la finalidad de orientar y abordar de la mejor manera los cuidados esenciales para el control de la enfermedad.

Es necesario que el profesional de enfermería considere desde el primer contacto con el paciente las experiencias y vivencias que ha pasado, con la finalidad de brindar una atención empática desde la comprensión de las posibles barreras que el paciente se enfrenta al hacer los cambios a su estilo de vida y por la integración de actividades a su vida cotidiana como el ejercicio, el tratamiento médico y cuidados.

Finalmente se destaca la importancia de continuar con investigaciones cualitativas dentro de temas de salud como es la Diabetes Mellitus tipo 2, ya que indagan a profundidad y dan a conocer aspectos importantes de padecer una enfermedad. En caso particular de enfermedades crónicas, ofrece la participación activa del paciente, un contexto cotidiano y real de las necesidades; aporta directrices al profesional de salud desde otra perspectiva para abordar al paciente y el manejo de aspectos relacionados con el paciente y su enfermedad, mejorando la atención y en resultados favorables.

## 8.1 Aportaciones a la profesión

- El cuidado brindado debe ser integral y holístico, considerando todo aspecto biológico, psicológico, social y espiritual de la persona como componentes interrelaciones en el proceso de enfermedad.
- Contemplar el contexto y la situación del paciente con DM2 ayuda a vislumbrar el impacto psicológico y social que trae consigo la enfermedad y que influye directamente al manejo y a la vida diaria.
- La salud sexual es un aspecto importante en la persona, por lo que se debe reconocer dentro de los aspectos afectados por la Diabetes tipo 2 y parte fundamental del bienestar, por lo que su afección repercute directamente en su dimensión psicológica y social del paciente con DM2.
- El profesional de enfermería es capaz de permitir y reconocer la participación activa del paciente en su plan de cuidado, con la finalidad de trabajar aquellas barreras que se presentan en el manejo de la enfermedad a partir, de la importancia de las vivencias y experiencias generadas por el paciente tras el diagnóstico.
- La comunicación es parte primordial de la relación enfermera-paciente, funge un papel importante para saber lo que piensa y siente el paciente, establecer el plan de cuidados acorde a las necesidades del paciente mejorando la interacción y alcanzando los objetivos de salud.
- La profesión se desarrolla principalmente en el trabajo comunitario, el cual permite brindar datos relevantes y de interés para la atención de salud pública, desde el contexto de la población de riesgo o que padece alguna enfermedad.

## 8.2 Aportaciones a la práctica

- Impulsa la participación del profesional de enfermería en las políticas y programas de salud enfocadas en la atención del paciente con DM2, considerando al paciente como pieza clave para alcanzar los objetivos de prevención, control y manejo de la enfermedad, proporcionando la realidad y contexto de los pacientes.
- El profesional de enfermería debe recordar que su atención debe ser de acuerdo al enfoque biopsicosocial para conocer aspectos relevantes del paciente con DM2 que ha experimentado y son importantes para mejorar el autocuidado y manejo de la enfermedad.
- El paciente tiene voz y derecho de participar en su plan de cuidados, planeando y modificando las actividades establecidas en los programas de salud, desde su contexto generando una mayor adherencia de los cambios al estilo de vida y aceptación de la enfermedad, lo cual permite que el paciente pueda vivir con DM2 mejorando su calidad de vida.
- Reconocer el sentir y pensar del paciente respecto a lo que está viviendo permite el fortalecimiento de la relación enfermera-paciente, así como permitir expresar libremente y con confianza para conversar e identificar las barreras que experimenta el paciente al integrar la DM2 a su vida.
- Reconocer y aprender a valorar la salud sexual del paciente con DM2 quitando tabús y mitos que interfieren y omiten la atención holística de este aspecto importante en la dimensión psicológica y social.



### 8.3 Aportaciones a la investigación

- La investigación es importante para el profesional de enfermería para generar conocimiento relacionado al objeto y sujeto de estudio, dando pie a la participación en las políticas públicas de salud con un fundamento especializado y único que otorga la profesión.
- Fomentar el uso de la metodología cualitativa para profundizar en aspectos subjetivos de la persona que juegan un papel importante en el proceso de la enfermedad, en el caso de la DM2 proporciona una visión única y particular del padecimiento desde la vivencia, experiencia y perspectiva de todo aquello que rodea al paciente desde su diagnóstico.
- Del presente estudio emergen líneas de investigación que ayudaran ampliar y complementar el conocimiento respecto a padecer DM2 en México, siendo de gran importancia para el profesional de enfermería:  
En primer lugar, buscar y definir alternativas para abordar los aspectos psicosociales generadas en el padecimiento de una enfermedad crónico degenerativo, como es la DM2.  
Segundo, realizar diferentes abordajes metodológicos para proporcionar diferentes perspectivas de atención del paciente con DM2 al profesional de salud y generar resultados favorables, como mejorar la adherencia de hábitos saludables y retrasar complicaciones causantes de la tasa de mortalidad.  
Y finalmente, ampliar el conocimiento de la DM2 desde la aproximación sociocultural para profundizar en aspectos relevantes de la persona en la atención del paciente, así como en el cuidado y manejo de la enfermedad.

## **Capítulo 9. Limitaciones del estudio**

No fue posible llegar a la saturación de datos del hallazgo referente a la vida sexual del paciente con DM2, a causa de la pandemia del Covid-19 que inicio en el mes de marzo del 2020. Los participantes forman parte de la población vulnerable, por lo que se priorizo la protección de su salud.

### **9.1 Conflicto de Intereses**

En el presente estudio se declara no tener conflicto de intereses.

## Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Ginebra: OMS; actualizado 1 junio 2018 [consultado 11 febrero 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/1oYZqiU>
2. Organización Mundial de la Salud. Diabetes: datos y cifras [Internet]. Ginebra: OMS; actualizado 30 octubre 2018 [consultado en 11 febrero 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2RHjjxG>
3. Internacional Diabetes Federation. About Diabetes: What is diabetes [Internet]. IDF; actualizado 26 marzo 2020 [consultado 28 mayo 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2BdX7YP>
4. International Diabetes Federation [Internet]. IDF Diabetes atlas, Eighth edition 2017. [consultado agosto 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2RvFx9a>
5. Federación Mexicana de Diabetes. Estadísticas en México. [Internet]. 23 abril 2018 [consultado abril 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2AMHBjR>
6. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. [Sitio en Internet]. [marzo 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2HWtbiU>.
7. Instituto Nacional de Salud Pública. Diabetes, causa principal de muerte en México. [Internet] 2019 [consultado abril 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2QRcR2y>
8. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Resultados de la medición de pobreza en México del periodo 2010-2016 [Sitio en Internet]. [consultado marzo 2019]. Disponible: <https://bit.ly/2p0vs3E>.
9. Ledón L. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. Rev. Cub. Salud Pública [Internet]. 2011 [consultado marzo 2019]; 37 (4): 488-499. <https://bit.ly/2wkaqEd>
10. Vinaccia S, Orozco LM. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Diversitas [Internet]. 2005. [consultado marzo 2019]; 1 (2): 125-137.

11. Ledón L. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2012 [consultado marzo 2019]; 23 (1): 76-97. Disponible en: <https://bit.ly/2NIAkbp>
12. Garay-Sevilla ME. El mundo emocional del paciente diabético. Ideas Concyteg [Internet]. 2006 [consultado marzo 2019]; 1 (3): 3-7. Disponible en: <https://bit.ly/36O8Hph>
13. "Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus". NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010. Diario Oficial de la Federación. Agosto 2019.
14. Cardoso G. MA. La cultura como configurador de estilos alimentarios antagónicos al tratamiento médico contra la Diabetes. Cultura, Dieta y Diabetes. Cuicuilco. [Internet]. 2006 [consultado mayo 2020]; 13 (37): 129-142. Disponible en: <https://bit.ly/2ArluBQ>
15. Martos MJ, Pozo C, Alonso E. Enfermedades Crónicas y adherencia terapéutica: relevancia del apoyo social. [Internet]. Almería: Universidad de Almería; 2010 [consultado mayo 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2Y1sLAr>
16. Durán VM. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. Aquichan. [Internet]. 2005 [consultado mayo 2020]; 5 (1): Disponible en: <https://bit.ly/3csDzNe>
17. Ledón L. La comunicación en el campo de la diabetes mellitus, algunas pautas para su acción efectiva. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2014 [citado marzo 2019]; 25 (2): 124-138. Disponible en: <https://bit.ly/2q64nAA>
18. Guillén C. DM, Flores AB, Aristizábal H. GP. Viviendo con diabetes: una agri dulce experiencia. Revista Conamed [internet]. 2016 [citado agosto 2018]; 21 (3): 140-144. Disponible en: <https://bit.ly/31LtvLV>
19. Marmolejo GC, Franco C. MBE. Significado de la experiencia de vivir con diabetes mellitus en la cotidianidad del adulto. Jóvenes en la Ciencia [Internet]. 2016 [consultado agosto 2018]; 2 (1): 99-103. Disponible en: <https://bit.ly/2XXy0St>

20. Abolghasemi R, Sedaghat M. The Patient's Attitude Toward Type 2 Diabetes Mellitus, a Qualitative Study. *J Relig Health*. [Internet]. 2015 [consultado octubre 2019]; 54 (4): 1191-1205. Disponible en: <https://bit.ly/2PPfPtD>
21. O'Brien CA, Van Rooyen D, Ricks E. Self-Management experiences of persons living with diabetes mellitus type 2. *Afri J Nurs Midwifery*. [Internet]. 2015 [consultado mayo 2020]; 17 (2): 103-117. Disponible en: <https://bit.ly/31QcKz6>
22. Berenguera A, et al. Understanding the physical, social, and emotional experiences of people with uncontrolled Type 2 diabetes: a qualitative study. *Patient Preference Adherence*. [Internet]. 2016 [consultado mayo 2020]; 10: 2323-2332. Disponible en: <https://bit.ly/2E13pw1>
23. Nygren E, Schöldqvist S. Att leva med Diabetes Mellitus typ 2. En litteraturöversikt. Jönköping University. [Tesis]. 2017 [consultado abril 2020]; 01-23. Disponible en: <https://bit.ly/2PKodLb>
24. Castellanos MEP, et al. Evidências produzidas por pesquisas qualitativas sobre diabetes tipo 2: revisão da literatura. *Interface-Comunic., Saude, Educ*. [Internet]. 2011 [consultado septiembre 2019]; 15 (36): 257-273. Disponible en: <https://bit.ly/3arcGtB>
25. Gabre M, Wireklint Sundström B, Olausson S. 'A little good with the bad': Newly diagnosed type 2 diabetes patients' perspectives on self-care: A phenomenological approach. *Nordic Journal Nursing Research* [Internet] 2019 [consultado noviembre 2019]; 39 (1): 20-28. Disponible en: <https://bit.ly/2XXTUFj>
26. Low LL, Tong SF, Low WY. Mixed Feelings about the Diagnosis of Type 2 Diabetes Mellitus: A Consequence of Adjusting To Health Related Quality Of Life. *Coll Antropol* [Internet]. 2014 [consultado marzo 2020]; 38 (1): 11-20. Disponible en: <https://bit.ly/2XWSivs>
27. Santos AL, Felipe GF, Anjos SSJB, Sousa LB, Marcon SS. Viver e conviver com diabetes: dificuldades experienciadas no enfrentamento e manejo da doença. *Rev enferm UERL*. [Internet]. 2018 [consultado septiembre 2019]; 26: 01-6. Disponible en: <https://bit.ly/3ajewwA>

28. Low LL, Tong SF, Low WY. Social Influences of Help-Seeking Behaviour Among Patients With type 2 Diabetes Mellitus in Malaysia. *Asia Pac J Public Health*. [Internet]. 2016 [consultado agosto 2018]; 28 (1 Suppl): 17-25. Disponible en: <https://bit.ly/2DXIJoO>
29. Pesantes MA, et al. Family Support and Diabetes: Patient's Experiences From a Public Hospital in Peru. *Qualitative Health Research*. [Internet]. 2018 [consultado febrero 2019]; 28 (12): 1871-1882. Disponible en: <https://bit.ly/3gT0RPm>
30. Newton- John T, Ventura AD, Mosely K, Browne JL, Speight J. Are you sure you're going to have another one of those?: A qualitative analysis of the social control and social support models in type 2 diabetes. *J Health Psychol*. [Internet]. 2017 [consultado septiembre 2019] 22 (4): 1819-1829. Disponible en: <https://bit.ly/33UeU3B>
31. Bech LK, Borch Jacobsen C, Mathiesen AS, Thomsen T. Preferring to manage by myself: A qualitative study of the perspectives of hardly reached people with type 2 diabetes on social support for diabetes management. [Internet]. 2019 [consultado noviembre 2019]; 28 (9-10): 1889-1898. Disponible en: <https://bit.ly/3h5oiVT>
32. Kadirvelu A, Sadasivan S, Ng SH. Social support in type II diabetes care: a case of too little, too late. *Diabetes Metab Syndr Obes*. [Internet]. 2012 [consultado marzo 2020]; 5: 407-417. Disponible en: <https://bit.ly/3iBAwWk>
33. Miller TA, DiMatteo MR. Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. *Diabetes Metab Syndr Obes*. [Internet] 2013 [consultado agosto 2018]; 6: 421-426. Disponible en: <https://bit.ly/31LetFX>
34. Johansson K, Österberg SA, Leksell J, Berglund M. Patients' experiences of support for learning to live with diabetes to promote health and well-being: A lifeworld phenomenological study. *Int J Qual Stud Health Well-being*. [Internet]. 2016 [consultado marzo 2019]; 17: 31330. Disponible en: <https://bit.ly/2POc2gc>

35. Bose J. Promoting successful diabetes management in the workplace. *Int J Workplace Health Management*. [Internet] 2013 [consultado octubre 2019]; 6 (3): 205-226. Disponible en: <https://bit.ly/31OxK9s>
36. Lobato BC, Teixeira CRS, Zanetti GG, Zanetti ML, Daher de Oliveira M. Evidências das implicações do diabetes mellitus no trabalho: uma revisão integrativa. *Rev Eletr Enf*. [Internet]. 2014 [consultado octubre 2019]; 16 (4): 822-832. Disponible en: <https://bit.ly/2CmfCLs>
37. Calderón PL, Lavín JC, Hernández CJ, Carrera ME. La experiencia vivida por las personas que padecen Diabetes: cuerpos, cifras y normas. *Nuberos Científica*. [Internet]. 2015 [consultado agosto 2018]; 2 (14): 6-13. Disponible en: <https://bit.ly/31Np17n>
38. Svedbo Engström M, Leksell J, Johansson UB, Gudbjörnsdottir S. What is important for you? A qualitative interview study of living with diabetes and experiences of diabetes care to establish a basis for a tailored Patient-Reported Outcome Measure for the Swedish National Diabetes Register. *BMJ Open* [Internet]. 2016 [consultado marzo 2020]; 6: 01-9. Disponible en: <https://bit.ly/2PN2nXh>
39. Stoop C, Pouwer F, Pop V, Oudsten BD, Nefs G. Psychosocial health care needs of people with type 2 diabetes in primary care: Views of patients and health care providers. *J Adv Nurs*. [Internet]. 2019 [consultado mayo 2020]; 75: 1702-1712. Disponible en: <https://bit.ly/30PanNK>
40. Barbera N. Inicarte A. Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. *Multiciencias*. [Internet] 2012 [consultado junio 2020]; 12 (2): 199-205. Disponible en: <https://bit.ly/30oWE0i>
41. Rodríguez GG. Gil FJ. García JE. Capítulo 2. Métodos de investigación cualitativa: Fenomenología. *Aljibe. Metodología de la Investigación Cualitativa*. 2da. Málaga: Aljibe; 1999. 40-44.
42. Gros EA. Alfred Schütz, sociólogo comprensivo: revisitando la lectura schutziana de Weber. *Revista Mexicana de Sociología*. [Internet] 2017 [consultado junio 2020]; 79 (4): 755-784. Disponible en: <https://bit.ly/2BQLXcO>

43. Farfán R. La sociología comprensiva como un capítulo de la historia de la sociología. *Sociológica UNAM* [Internet] 2009 [consultado junio 2020]; 24 (70): 203-214. Disponible en: <https://bit.ly/2UuCcHB>
44. Gros EA. Tipificaciones y acervo de conocimiento en la fenomenología social de Alfred Schutz: Una reconstrucción teórico-sistemática. *RMCPyS UNAM*. [Internet] 2017 [consultado octubre 2019]; (231): 23-46. Disponible en: <https://bit.ly/2XgqTTK>
45. Gros EA. Alfred Schütz, un fenomenólogo inusual: una reconstrucción sistemática de la recepción schutziana de Husserl. *Discusiones Filosóficas* [Internet] 2016 [consultado junio 2020]; 17 (29): 149-173. Disponible en: <https://bit.ly/3cMVGh3>
46. Sáez AF. Vallejos-Romero A. Alcances metodológicos para el estudio del mundo de la vida diaria, desde la propuesta de Alfred Schütz. *Alpha* [Internet] 2017 [consultado junio 2020]; 44: 333-342. Disponible en: <https://bit.ly/2Uskh4p>
47. Leal RR. La Sociología interpretativa de Alfred Schütz. Reflexiones entorno a un planteamiento epistemológico cualitativo. *Alpha* [Internet] 2006 [agosto 2019]; (23): 201-213. Disponible en: <https://bit.ly/2NJX7nJ>
48. Estrada SM. La vida y el mundo: distinción entre el mundo de vida y vida cotidiana. *Sociológica* [Internet] 2000 [consultado en junio 2020]; 15 (43): 103-151. Disponible en: <https://bit.ly/3cPLWT2>
49. Hernández RY. Galindo SR. El concepto de intersubjetividad en Alfred Schütz. *Espacios Públicos* [Internet] 2007 [consultado junio 2020]; 10 (20): 228-240. Disponible en: <https://bit.ly/3h80G3j>
50. Schütz A. La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva. Barcelona: Paidós; 1993
51. Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud. Diabetes [Internet]. Ginebra: OMS; [consultado septiembre 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2DPreF6>



52. Federación Mexicana de Diabetes, AC. ¿Qué es la diabetes? [Internet]. México: FMD; 25 enero 2016 [consultado junio 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3cN5Yhb>
53. Arana MJ. Meilán JJ. Pérez E. El concepto de psicología. Entre la diversidad conceptual y la conveniencia de unificación. Apreciaciones desde la epistemología. Revista Intercontinental de Psicología y Educación. [Internet] 2006 [consultado junio 2020]; 8 (1): 111-142. Disponible en: <https://bit.ly/2zkdt1t>
54. Campos AL. Una aproximación al concepto de “lo social” desde trabajo social. Revista Tendencias & Retos [internet] 2008 [consultado junio 2020]; 13: 55-70. Disponible en: <https://bit.ly/2zjIW3H>
55. Rizo MG. Experiencias, vivencia y construcciones de identidades. Dialnet [Internet] 2004 [consultado octubre 2019]; 231-235. Disponible en: <https://bit.ly/3heCufI>
56. Salas AR. El mundo de la vida y la fenomenología sociológica de Schütz. Apuntes para una filosofía de la experiencia. Revista de Filosofía. [Internet] 2006 [consultado junio 2020]; (15): 167-199. Disponible en: <https://bit.ly/2Ad5ELv>
57. Jesus MCP, et al. A fenomenología social de Alfred Schütz e sua contribuição para a enfermagem. Rev Esc Enfer USP. [Internet] 2013 [consultado agosto 2020]; 47 (3): 736-741. Disponible en: <https://bit.ly/2Ykbd3q>
58. Schütz A. Luckmann T. Las estructuras del mundo de la vida. Buenos Aires: Amorrortu; 2009.
59. Waldenfels B. Fenomenología de la experiencia en Edmund Husserl. Arete [Internet] 2017 [consultado en octubre 2020]; XXIX (2): 409-426. Disponible en: <https://bit.ly/3mVxM8k>
60. Dreher J, Santos H. Sociology and Phenomenology. Civitas, Rev Ciênc. Soc. [Internet] 2017 [consultado en octubre 2020]; 17 (3): 385-388. Disponible en: <https://bit.ly/3l6p7iV>
61. Schütz A. El problema de la realidad social. Buenos Aires: Amorrortu; 1974.

62. Wagner HTR. Sobre fenomenologia e relações sociais. Textos escolhidos de Alfred Schutz. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.
63. Schütz A, Luckmann T. Las estructuras del mundo de la vida. Buenos Aires: Amorrortu; 2009.
64. Rodríguez GG, Gil FJ, García JE. Selección de informantes y recogida de datos. Metodología de la investigación cualitativa. 2da ed. España: Aljibe;1999. p. 135-147.
65. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. Ciênc. saúde coletiva [Internet] 2012 [consultado noviembre 2019]; 17(3): 613-619. Disponible en: <https://bit.ly/2zkRO9d>
66. Miele BM, Tonon G, Alvarado SS. Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. Universitas humanística [Internet] 2012 [consultado junio 2020]; (74): 195-225. Disponible en: <https://bit.ly/3hcEepA>
67. Álvarez-Gayou JL. Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. Barcelona: Paidós Educador; 2003.
68. Rodríguez GG, Gil FJ, García JE. Entrevista. Metodología de la investigación cualitativa. 2da ed. España: Aljibe;1999. p. 167-184.
69. Castro A. Introduction to Giorgi's existential phenomenological research method. Psicología desde el Caribe [Internet] 2003 [consultado mayo 2020]; (11): 45-56. Disponible en: <https://bit.ly/3dTQFo3>
70. Aguirre GJC, Jaramillo ELG. Aportes del método fenomenológico a la investigación educativa. Revista Latinoamericana de Estudios Educativos. [Internet] 2012 [noviembre 2019]; 8 (2): 51-74. Disponible en: <https://bit.ly/2q6WZol>
71. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. Informe de Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación 16 abril 2003 [30 octubre 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2qHmvRv>

72. Ley General de Salud. Artículo 100. Título Quinto. Investigación para la Salud. Disponible en: <https://bit.ly/2CKxpZz>
73. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título Segundo. De los aspectos éticos de la investigación en seres Humanos. Diario Oficial de la Federación. 2 abril 2014. Disponible en: <https://bit.ly/2pSCmN6>
74. Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colombia Médica. [Internet] 2003 [Consultado 30 octubre 2019]; 34 (3):164-167. Disponible en: <https://bit.ly/2JqiVzd>.
75. Cooper S, Leon N, Namadingo H, Bobrow K, Farmer AJ. “My wife’s mistrust. That’s the saddest part of being a diabetic”: A qualitative study of sexual well-being in men with Type 2 diabetes in sub-Saharan Africa. PLoS One. [Internet] 2018 [Consultado 12 octubre 2020]; 13 (9):e0202413. Disponible en: <https://bit.ly/2LGOb3m>

# Anexos



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
MAESTRIA EN ENFERMERÍA**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA  
INVESTIGACIÓN**

**“MUNDO DE VIDA: EXPERIENCIAS PSICOLOGIAS Y SOCIALES DEL PACIENTE  
CON DIABETES TIPO 2”**

Estado de México/ Ciudad de México \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2019.

La Diabetes por su naturaleza de cronicidad implica para quien la padece cambios a la esfera psicosocial, afectando sus relaciones sociales y su comportamiento ante el manejo de la enfermedad.

Por tal motivo, el objetivo de esta investigación es interpretar las experiencias psicológicas y sociales del paciente con Diabetes tipo 2 a partir del diagnóstico y su influencia en la cotidianidad.

Se realizará una entrevista a profundidad, iniciando con la pregunta: ¿cómo ha sido su vida después de que le diagnosticaron Diabetes?

Yo \_\_\_\_\_ manifiesto que he sido informado (a) con la claridad y veracidad debida respecto a la investigación y objetivo de la misma para participar en ella. Actúo de manera libre y voluntaria como colaborador contribuyendo con mis relatos.

Soy conocedor (a) de la autonomía que poseo para retirarme del proyecto de investigación en el momento que yo lo decida y sin necesidad de explicar mis razones. Se me ha enfatizado respeto a la privacidad e intimidad de la información que yo proporcione.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante

Datos: L.E. Alcántara Ruiz Karen Yael Correo: <a href="mailto:yael.vel@gmail.com">yael.vel@gmail.com</a>
--