

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

**DIABETES MELLITUS: UNA MIRADA DESDE LA PERCEPCIÓN
DEL ADULTO MAYOR. CHOTA, 2024**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA
EN ENFERMERÍA**

AUTORA:

Bach. Edith del Rocío Acuña Gálvez

ASESORA:

MCs. María Eloísa Ticlla Rafael

Chota – Cajamarca

2024

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: **Edith del Rocío Acuña Gálvez**
DNI: **76853706**
2. Escuela Profesional/Unidad UNC: **Escuela Profesional de Enfermería**
3. Asesor: **M. Cs. María Eloisa Ticlla Rafael**
Facultad/Unidad UNC: **Facultad de Ciencias de la Salud**
4. Grado académico o título profesional
 Bachiller Título profesional Segunda especialidad
 Maestro Doctor
5. Tipo de Investigación:
 Tesis Trabajo de investigación Trabajo de suficiencia profesional
 Trabajo académico
6. Título de Trabajo de Investigación:
DIABETES MELLITUS: UNA MIRADA DESDE LA PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR. CHOTA, 2024.
7. Fecha de evaluación: **18/12/2024**
8. Software antiplagio: TURNITIN URKUND (ORIGINAL) (*)
9. Porcentaje de Informe de Similitud: **9%**
10. Código Documento: **oid: 3117:417399278**
11. Resultado de la Evaluación de Similitud:
 APROBADO PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: 20/12/2024

| |
|--|
| <i>Firma y/o Sello Emisor Constancia</i> |
|   Dra. Martha Vicenta Abanto Villar DNI: 26673990 |

* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

**COPYRIGHT © 2024 by
Acuña Gálvez Edit del Rocio
Todos los derechos reservados**

FICHA CATALOGRÁFICA

Acuña E. 2024. Diabetes mellitus: una mirada desde la percepción del adulto mayor.
Chota, 2024

57 páginas.

Escuela Académico Profesional de Enfermería.

Asesora:

MCs. María Eloísa Ticlla Rafael

Disertación académica para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería- UNC.
2024


**DIABETES MELLITUS: UNA MIRADA DESDE LA PERCEPCIÓN DEL
ADULTO MAYOR. CHOTA, 2024**

AUTOR: Bach. Enf. EDITH DEL ROCIO ACUÑA GÁLVEZ

ASESORA: M. Cs. María Eloisa Ticlla Rafael

Tesis evaluada y aprobada para la obtención del Título profesional de Licenciado en Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, por los siguientes miembros:

JURADO EVALUADOR



.....
Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez
PRESIDENTE



.....
Dra. Martha Vicenta Abanto Villar
SECRETARIA



.....
M. Cs. Aida Cistina Cerna Aldave
VOCAL



MODALIDAD "A"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA

En Cajamarca, siendo las 10:10am del 17 de diciembre del 2024, los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico, reunidos en el ambiente 11-103 de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada:

Diabetes Mellitus: Una mirada desde la percepción del adulto mayor. Chota, 2024

del (a) Bachiller en Enfermería:

Estith del Rocío Acuña Nálvez

Siendo las 11:30am del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos: MUY BUENO, con el calificativo de: 17, con lo cual el (la) Bachiller en Enfermería se encuentra APTA para la obtención del Título Profesional de: **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA.**

| Miembros Jurado Evaluador Nombres y Apellidos | | Firma |
|--|---|-------|
| Presidente: | <u>Dra. Carmen Yvone Supanqui Vásquez</u> | |
| Secretario(a): | <u>Dra. Kuzethu Vicenta Abanto Villar</u> | |
| Vocal: | <u>Mrs. Aida Cristina Cerro Alotave</u> | |
| Accesitaria: | | |
| Asesor (a): | <u>Mrs. María Eloisa Ticlla Rafael</u> | |
| Asesor (a): | | |

Términos de Calificación:

EXCELENTE (19-20)

MUY BUENO (17-18)

BUENO (14-16)

REGULAR (12-13)

REGULAR BAJO (11)

DESAPROBADO (10 a menos)

DEDICATORIA

A ti DIOS por darme la oportunidad de vivir y regalarme una familia maravillosa.

A mis queridos padres, por su amor incondicional, su sacrificio inquebrantable. Gracias por enseñarme desde siempre la importancia del esfuerzo, la perseverancia y la humildad para enfrentar los desafíos de la vida y para nunca rendirme.

A mi querido hijo Diego, por ser mi mayor fuente de inspiración y fuerza. Gracias por tu paciencia, por entender mis ausencias, y por ser mi apoyo constante, incluso en los días más difíciles.

A mis hermanos Luis Fernando y Selena que, con su presencia, me ha brindado fortaleza y sobre todo, el recordatorio constante de que, en los momentos de dificultad, siempre tengo un refugio en su amor y apoyo.

Edith Rocío

AGRADECIMIENTO

A mis padres, por su amor incondicional, su apoyo constante y por enseñarme a nunca rendirme. Su confianza en mí ha sido mi mayor motivación para llegar hasta aquí.

A mi asesora de tesis, MCs. María Eloísa Ticlla Rafael, por su orientación, paciencia y valiosas recomendaciones. Su conocimiento y su guía fueron imprescindibles para el desarrollo de esta investigación.

A los profesores y compañeros de la facultad, quienes compartieron conmigo sus conocimientos y experiencias, y me brindaron siempre su apoyo en cada etapa del proceso. Gracias por las discusiones enriquecedoras y el aprendizaje mutuo.

Finalmente, quiero agradecer a los adultos mayores que me brindaron su tiempo y apoyo para la culminación de la investigación.

Agradezco a mis docentes de la Escuela de Enfermería de Chota, por las enseñanzas recibidas, por su empatía, motivación para terminar mis estudios profesionales.

Este trabajo es el resultado de un esfuerzo colectivo y de un camino recorrido con el apoyo de cada una de las personas mencionadas. A todos ustedes, mi más sincero agradecimiento.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|---|------|
| Dedicatoria | iv |
| Agradecimiento | v |
| Resumen | vii |
| Abstract | viii |
| CAPÍTULO I | |
| I. INTRODUCCIÓN | 9 |
| 1.1. Presentación del problema de investigación | 9 |
| 1.2. Pregunta orientadora | 12 |
| 1.3. Objeto de estudio | 12 |
| 1.4. Justificación | 12 |
| CAPÍTULO II | |
| II. REFERENCIAL TEÓRICO Y EMPÍRICO | 14 |
| 2.1. Referentes teóricos | |
| 2.2 Referentes empíricos | 26 |
| CAPÍTULO III | |
| III. TRAYECTORIA METODOLÓGICA | 23 |
| 3.1 Tipo de estudio | 23 |
| 3.2 Área de estudio | 24 |
| 3.3 Sujetos de investigación | 24 |
| - Muestra de estudio | 25 |
| - Criterios de inclusión | 26 |
| 3.4 Escenario de estudio | 26 |
| 3.5 Técnica e instrumentos de recolección de la información | 26 |
| - Proceso de recolección de información | 27 |
| 3.6 Interpretación y análisis de información | 28 |
| 3.7 Rigor científico en el estudio | 28 |
| 3.8 Consideraciones éticas del estudio | 30 |
| CAPITULO IV | |
| IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN | 31 |
| CATEGORÍA 1. La diabetes es tristeza y temor por el futuro | 32 |
| CATEGORÍA 2. La diabetes trajo cambios en todos los aspectos de la vida del enfermo | 39 |
| CONSIDERACIONES FINALES | 47 |
| RECOMENDACIONES | 48 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 49 |

RESUMEN

El estudio: Diabetes mellitus: una mirada desde la percepción del adulto mayor. Chota, 2022. Tuvo el objetivo comprender y describir la percepción del adulto mayor sobre diabetes mellitus. Se desarrolló bajo un abordaje cualitativo y método descriptivo/narrativo, la muestra estuvo conformada por 11 adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión propuestos y fueron seleccionados a través del muestreo no probabilístico por conveniencia. La información fue recolectada a través de la entrevista a profundidad en los domicilios de cada participante. Luego del análisis de contenido han surgido las siguientes categorías: la primera denominada: La diabetes es tristeza y temor por el futuro, se ha desdoblado en dos subcategorías relacionadas con la percepción de los participantes considerando a la enfermedad como crónica e incurable, la segunda subcategoría se relaciona con los medicamentos que los adultos mayores consideran importantes y por ese motivo aunque son reacios al consumo de otros fármacos, los ingieren puntualmente por temor a las complicaciones. La segunda categoría, titulada: La diabetes trajo cambios en todos los aspectos de la vida del enfermo, a su vez se ha desdoblado en dos subcategorías, la primera: El cambio más difícil fue en la comida, los participantes identifican a los cambios en la dieta como los más difíciles debido a sus costumbres y hábitos alimentarios arraigados, la segunda se relaciona con el papel de la familia como fuente de apoyo al enfermo, mencionan sobre el temor y preocupación que percibieron los adultos mayores en sus familiares.

Palabras clave: Diabetes mellitus, adulto mayor, percepción

ABSTRACT

The study: Diabetes mellitus: a look from the perception of the elderly. Chota, 2022. The objective was: to understand and describe the perception of older adults about diabetes mellitus. It was developed under a qualitative approach and descriptive/narrative method, the sample was made up of 11 older adults who met the proposed inclusion criteria and were selected through non-probabilistic convenience sampling. The information was collected through in-depth interviews in the homes of each participant. After the content analysis, the following categories have emerged: the first called: Diabetes is sadness and fear for the future, it has been divided into two subcategories related to the perception of the participants considering the disease as chronic and incurable, the second subcategory It is related to the medications that older adults consider important and for this reason, although they are reluctant to consume other drugs, they punctually ingest the hypoglycemic agents prescribed by the doctor for fear of complications. Category 2, titled: Diabetes brought changes in all aspects of the patient's life, in turn has also been divided into two subcategories, in the first: The most difficult change was in food, the participants identify the changes in diet as the most difficult due to their deep-rooted eating habits and customs, the second is related to the role of the family as a source of support for the sick, they mention the fear and concern that older adults perceived in their relatives.

Keywords: Diabetes mellitus, older adult, perception

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. Presentación del problema de investigación

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia. La diabetes de tipo 2 (llamada diabetes no insulino dependiente o del adulto) tiene su origen en la incapacidad del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina, lo que a menudo es consecuencia del exceso de peso o la inactividad física; es una enfermedad que produce un impacto socioeconómico importante, y se traduce en una gran demanda de los servicios ambulatorios, de hospitalización prolongada, como ausentismo laboral, discapacidad y finalmente mortalidad, producto de las complicaciones agudas y crónicas (1).

En el contacto con adultos mayores con diabetes mellitus en las prácticas hospitalarias y comunitarias, se ha observado que estas personas no le dan importancia a su enfermedad descuidando su dieta, peso, incluso su medicación, posiblemente al no conocer o reconocer las consecuencias y complicaciones que implican discapacidad a largo plazo, no es raro encontrar en la ciudad de Chota pacientes con hiperglucemias incontrolables, ancianos con ceguera o alguna amputación.

La prevalencia de la DM2 creció en Latinoamérica en las dos últimas décadas, y se espera que para los próximos años los patrones alimentarios y de actividad física acentúen el crecimiento epidemiológico (incidencia/prevalencia) en virtud de la mayor sobrevivencia de los adultos mayores. En el adulto mayor, la DM2 se asocia a pérdida de funcionalidad, reducción de masa muscular, aumento de comorbilidades (HTA, enfermedad renal, alteraciones visuales, enfermedades cardiovasculares, amputaciones) y muerte prematura (2).

Como muchas enfermedades crónicas no transmisibles, que requieren tratamiento a largo plazo y otros cuidados para prevenir complicaciones y desenlaces negativos, la diabetes representa un costo alto para la sociedad y sistemas de salud.

Desafortunadamente, la evidencia científica sugiere que estos costos seguirán incrementándose, aunque se produzca una reducción en la carga de esta patología; se estima que la carga económica global subirá en 69% para el 2030. Por lo tanto, la prevención primaria de la diabetes, identificación de personas en alto riesgo, diagnóstico y tratamiento oportuno, así como mejorar la adherencia al manejo no farmacológico y farmacológico, son temas prioritarios (3).

Según el INEI, durante el año 2020, de las personas de 15 y más años de edad, el 39,9% tiene al menos una comorbilidad o factores de riesgo para su salud, es decir, obesidad o diabetes mellitus o hipertensión arterial; al presentar los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES-2020). Según sexo, la mayor incidencia se dio en mujeres (41,5%) que en hombres (38,2%), así como entre los residentes del área urbana (42,4%) en comparación con el área rural (29,1%) (4). Y en el contexto de la emergencia sanitaria por la pandemia del coronavirus, la diabetes se ha convertido en una de las comorbilidades más frecuentes en las personas fallecidas por la COVID-19, según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (5).

En Chota, en los últimos años se han incrementado los casos de adultos mayores con diabetes Mellitus, el aumento de la morbilidad se relaciona principalmente con los hábitos de vida poco saludables como una dieta alta en grasas y azúcar, sedentarismo, consumo de tabaco, sobrepeso, etc. El MINSA ha conformado un grupo de adultos mayores hipertensos y diabéticos que se reúnen mensualmente y por Essalud que también agrupa a asegurados con alguna afección crónica realizan actividades de promoción y prevención de HTA y diabetes Mellitus (campanas de control de presión arterial y toma de sangre para evaluar nivel de glucosa en sangre).

Pérez de Velazco C, refiere que estilo de vida es un conjunto de comportamientos que desarrollan las personas, que pueden ser saludables como nocivas para la salud y que contribuyen a la aparición de enfermedades como la diabetes mellitus, de ahí la importancia que tiene para profesionales de la salud el orientar esfuerzos para la identificación oportuna de problemas relacionados con el estilo de vida del paciente que genere la enfermedad de diabetes mellitus y también en las posibilidades de

sanar, porque la conducta de una persona está determinada por el estilo de vida que desarrolla (6).

De otro lado, se debe reconocer que existen ciertas deficiencias en el aspecto preventivo y promocional de la Diabetes Mellitus, muy aparte del aspecto personal y cultural de cada anciano; el personal de salud todavía trata al paciente desde el aspecto fisiológico de la afección, centrando su labor en la dieta, toma de medicamentos, dejando de lado el aspecto subjetivo del enfermo, al respecto Baeta S. afirma que la atención en los servicios de salud responde al modelo biomédico y no considera los aspectos sociales ni psicológicos de los enfermos. Los pacientes valoran la capacidad tecnológica de los establecimientos de salud, básicamente en relación a los análisis clínicos, pero los servicios no cubren sus necesidades de información y de atención de calidad, se percibe que el diálogo es unidireccional y excluye las creencias de los participantes (7).

La diabetes es una enfermedad que actualmente no tiene cura, solamente se controla, por esta razón, la persona que recibe el diagnóstico: “*tiene diabetes*” siente el impacto que puede ser devastador y muy difícil procesar. El diagnóstico es descrito como una crisis que puede producir al paciente sensaciones de dependencia, cambios negativos en su vida cotidiana, sentimientos de resignación, desesperanza de curación y muerte, sin diferencias de género ni tiempo de diagnóstico (8). La persona con diabetes que no conoce la enfermedad antes de presentar los síntomas, cuando recibe el diagnóstico siente temor ante lo desconocido. Así, la diabetes es experimentada con preocupación al principio, debido al desconocimiento de cómo vivir con ella.

En los últimos años no se han publicado estudios cualitativos relacionados con el tema en la ciudad de Chota a pesar del alto número de enfermos en el distrito y que son atendidos en el hospital y en EsSalud. Conocer la percepción de los enfermo sobre la diabetes mellitus es un aspecto importante que puede clarificar su conducta frente al tratamiento, la dieta o aquellos cambios que son difíciles para el paciente que pueden implicar severidad a largo plazo, la investigadora busca establecer un acercamiento profundo a la vida de los adultos mayores diabéticos para conocer su percepción sobre la enfermedad y el modo en que perciben su propia vida y rescatar

así aspectos que contribuyan en el desarrollo de un cuidado humano y prevención de complicaciones de esta enfermedad.

1.2. Pregunta orientadora del estudio

¿Cuál es la percepción del adulto mayor sobre la diabetes mellitus, Ciudad de Chota, 2024?

1.3. Objeto de estudio

Percepción del adulto mayor sobre diabetes mellitus.

1.4. Objetivo del estudio

Comprender y describir la percepción del adulto mayor sobre diabetes mellitus. Ciudad de Chota, 2024.

1.5. Justificación

Los resultados del estudio son importantes para el profesional de Enfermería responsable del programa de Salud del Adulto Mayor de la Dirección de Salud, al conocer el aspecto subjetivo de los pacientes con diabetes mellitus puede brindar cuidado humano tanto al enfermo como a la familia complementando sus acciones procedimentales/técnicas con iniciativas dirigidas a velar por la salud emocional de cada individuo.

Aunque los resultados no puedan generalizarse, pueden beneficiar a los adultos mayores con diabetes mellitus de la Ciudad de Chota, resaltando el aspecto individual y único de cada uno, contribuyendo a difundir su sentir frente a esta afección, ampliando la visión del personal de salud y familia no solo priorizando la medicación, dieta, peso o niveles de glucosa en sangre sino también conociendo y tratando las dudas y temores inherentes a los cambios drásticos que debe hacer el enfermo para mejorar su salud.

De otro lado, los hallazgos pueden contribuir a la formulación de otras investigaciones de enfermería usando diferentes abordajes y ampliar la población de estudio a la familia, para crear una fuente de consulta sobre el tema.

La relevancia social de la investigación se relaciona con el paulatino aumento de enfermos con diabetes mellitus en especial jóvenes y adultos con estilos de vida poco saludables fáciles de corregir que requieren a la par de información y seguimiento también un cambio de actitud y comportamiento.

CAPÍTULO II

REFERENCIAL TEÓRICO Y EMPÍRICO

2.1. Referentes teóricos

2.1.1 Percepción

Vargas L, refiere que la percepción obedece a los estímulos cerebrales logrados a través de los 5 sentidos, vista, olfato, tacto, auditivo y gusto, los cuales dan una realidad física del entorno. Es la capacidad de recibir por medio de todos los sentidos, las imágenes, impresiones o sensaciones (9).

La percepción depende de la ordenación, clasificación y elaboración de sistemas de categorías con los que compran los estímulos que el sujeto recibe, pues conforman los referentes perceptuales a través de los cuales se identifican las nuevas experiencias sensoriales transformándolas en eventos reconocibles y comprensibles dentro de la concepción colectiva de la realidad, es decir que, mediante referentes sobre el concepto de percepción aprendida, se conforman evidencias a partir de las cuales las sensaciones adquieren significado al ser interpretadas e identificadas como las características de las cosas, de acuerdo con las sensaciones de objetos o eventos conocidos con anterioridad.

Este proceso de formación de estructuras perceptuales se realiza a través del aprendizaje mediante la socialización del individuo en el grupo del que forma parte, de manera implícita y simbólica en donde median las pautas ideológicas y culturales de la sociedad (9).

Una de las principales disciplinas que se ha encargado del estudio de la percepción ha sido la psicología y, en términos generales, tradicionalmente este campo ha definido a la percepción como el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en la que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización (9).

La autora también cita a Japiassu H, quien señala a la percepción como el acto de percibir, acción de formar mentalmente representaciones sobre objetos externos a partir de los datos sensoriales; para los empiristas la percepción es la fuente de todo conocimiento todas las percepciones de la mente humana; se incluyen en dos distintos tipos que llamamos impresiones e ideas. La diferencia entre ambas consiste en los grados de fuerza y vivacidad. Aquellas percepciones que penetran con más fuerza podemos llamar impresiones que comprenden todas las sensaciones, pasiones y emociones; por ideas se considera a las imágenes sin color dentro del pensamiento y el raciocinio (10).

En cuanto a la percepción, relacionada íntimamente con las representaciones sociales, va directamente ligada con las percepciones y se obtienen sensaciones – la respuesta a un estímulo perceptual es, típicamente – una sensación. Es por ello que es tenida en cuenta como parte fundamental para la investigación, ya que de acuerdo a las sensaciones que han tenido los pacientes con el diagnóstico de diabetes, van estructurando la percepción que tienen de la causa de la enfermedad. El propio Moscovici aclara que la representación no es una mediadora sino un proceso que hace que concepto y percepción de algún modo sean intercambiables porque se engendran recíprocamente (11).

2.1.2. Diabetes mellitus

La diabetes es una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina (una hormona que regula el nivel de azúcar, o glucosa, en la sangre), o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce (12).

Como consecuencia de ello se producen alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, los lípidos y las proteínas. La severidad de la sintomatología generada por la diabetes mellitus depende del tipo de diabetes y de la duración de la misma (13).

Tipos de Diabetes

La clasificación de la DM contempla cuatro grupos:

- Diabetes tipo 1 (DM1)
- Diabetes tipo 2 (DM2)
- Otros tipos específicos de diabetes
- Diabetes gestacional (DMG)

Con frecuencia las personas con DM2 llegan a requerir insulina en alguna etapa de su vida y, por otro lado, algunos DM1 pueden progresar lentamente o tener períodos largos de remisión sin requerir la terapia insulínica.

Por ello se eliminaron los términos no insulino e insulino dependientes para referirse a estos a estos dos tipos de DM (13).

Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1)

En la DM1 las células beta se destruyen, lo que conduce a la deficiencia absoluta de insulina. Sus primeras manifestaciones clínicas suelen ocurrir alrededor de la pubertad, cuando ya la función se ha perdido en alto grado y la insulino terapia es necesaria para que el paciente sobreviva (13).

Sin embargo, existe una forma de presentación de lenta progresión que inicialmente puede no requerir insulina y tiende a manifestarse en etapas tempranas de la vida adulta. A este grupo pertenecen aquellos casos denominados por algunos como diabetes autoinmune latente del adulto (LADA). Recientemente se ha reportado una forma de diabetes tipo 1 que requiere insulina en forma transitoria y no está mediada por autoinmunidad (13).

La etiología de la destrucción de las células beta es generalmente autoinmune, pero existen casos de DM1 de origen idiopático, donde la medición de los anticuerpos conocidos da resultados negativos. Por lo tanto, cuando es posible medir anticuerpos tales como anti-GAD65, anticélulas de islotes (ICA), antitirosina fosfatasa (IA-2) y antiinsulina; su detección permite subdividir la DM1 en:

- A. Autoinmune
- B. Idiopática (13)

Diabetes Mellitus Tipo (DM2)

La DM2 se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina, pero se requiere también que exista una deficiencia en la producción de insulina que puede o no ser predominante. Ambos fenómenos deben estar presentes en algún momento para que se eleve la glucemia (13).

Aunque no existen marcadores clínicos que indiquen con precisión cuál de los dos defectos primarios predomina en cada paciente, el exceso de peso sugiere la presencia de resistencia a la insulina mientras que la pérdida de peso sugiere una reducción progresiva en la producción de la hormona. Aunque este tipo de diabetes se presenta principalmente en el adulto, su frecuencia está aumentada en niños y adolescentes obesos.

Desde el punto de vista fisiopatológico, la DM2 se puede subdividir en:

- A. Predominantemente insulinoresistente con deficiencia relativa de insulina
- B. Predominantemente con un defecto secretor de la insulina con o **sin** resistencia a la insulina (13).

Cuadro clínico

A menudo, los signos y síntomas de la diabetes de tipo 2 se manifiestan de forma lenta. De hecho, puedes tener diabetes de tipo 2 durante años y no saberlo. Presta atención a lo siguiente:

- **Aumento de la sed y micción frecuente.** El exceso de azúcar que se acumula en el torrente sanguíneo hace que se extraiga el líquido de los tejidos. Esto puede provocarte sed. Como resultado, probablemente bebas, y orines, más de lo habitual.
- **Aumento del apetito.** Sin la insulina suficiente para trasladar el azúcar a las células, los músculos y los órganos se quedan sin energía. Esto desencadena hambre intensa.
- **Adelgazamiento.** A pesar de comer más de lo habitual para aliviar el hambre, tal vez adelgaces. Sin la capacidad de metabolizar la glucosa, el cuerpo usa combustibles alternativos almacenados en los músculos y la grasa. Pierdes calorías al liberar el exceso de glucosa en la orina.
- **Fatiga.** Si las células no reciben azúcar, puedes cansarte o sentirte irritable.

- **Visión borrosa.** Si el nivel de azúcar en sangre es demasiado alto, puede extraerse el líquido del cristalino de los ojos. Esto puede afectar tu capacidad para enfocar con los ojos.
- **Llagas que tardan en sanar o infecciones frecuentes.** La diabetes de tipo 2 afecta tu capacidad de sanar y de resistir a las infecciones.
- **Zonas de piel oscurecida.** Algunas personas con diabetes de tipo 2 tienen manchas oscuras y aterciopeladas en la piel de los pliegues y los surcos, que suelen estar en las axilas y el cuello. Esta afección, llamada «acantosis nigricans», puede ser un signo de resistencia a la insulina (14).

Consecuencias

Una gran cantidad de personas ignoran cuan graves pueden ser las consecuencias de la diabetes, directamente en la salud y en la calidad de vida. Tener la glucosa en sangre fuera de los parámetros normales puede ocasionar serios daños en disímiles órganos del cuerpo, como los vasos sanguíneos, riñones, corazón y ojos. Vale destacar que los daños ocasionados en los vasos sanguíneos pueden provocar un derrame cerebral o hasta un ataque en el corazón (15).

- **Problemas visuales.** Puede provocar glaucoma en la vista, lo que se traduce como una lesión del nervio óptico ocasionado por el aumento de la tensión ocular. En caso de que esta enfermedad se encuentre avanzada, el diabético corre el riesgo de quedar ciego, sin posibilidades de revertir el daño. También se debe mencionar la retinopatía diabética, la cual provoca derrames que deben ser tratados a tiempo, de otra manera pueden llegar a ocasionar hemorragias y otros problemas que pueden llevar al desprendimiento de la retina. Son muy comunes las cataratas en mayores diabéticos, pertenecientes a la tercera edad.
- **Pie diabético.** Es una infección, ulceración o destrucción de los tejidos profundos relacionados con alteraciones neurológicas y distintos grados de enfermedad vascular periférica en las extremidades inferiores que afectan generalmente a los diabéticos. Para poder determinar si un paciente tiene pie diabético debe presentar los siguientes síntomas en las extremidades inferiores: alteraciones de los reflejos, dolor y reducción de la temperatura, heridas que no cicatrizan, sensación de hormigueo y/o sequedad de la piel (15).

- **Enfermedad renal.** El exceso de glucosa en sangre ocasiona toxicidad, problemas inflamatorios y degenerativos en los riñones. También provoca que los desechos no se eliminen de forma eficiente, lo que da origen a una infección renal en la persona diabética, que se le conoce por nefropatía diabética. Cuando se presenta esta enfermedad renal el paciente requerirá de diálisis o, en el peor de los casos, de un trasplante de riñones.
- **Neuropatía o trastorno neuropático.** Esta patología se cree que es el resultado de una lesión microvascular diabética que involucra los vasos sanguíneos menores que irrigan los nervios, por lo que provoca serios daños en ellos. Una persona diabética debe tomar precauciones con tal de no sufrir problemas en el sistema circulatorio y nervioso. Los primeros en padecer los daños son los nervios de las piernas y pasado un tiempo los de los brazos y manos. El dolor y el adormecimiento son los síntomas más comunes de esta neuropatía periférica. Igualmente existe la neuropatía anatómica, que provoca lesiones en los nervios que mantienen el correcto funcionamiento de la digestión, micción y función sexual (15).
- **Daños psicológicos y sociales.** Producto de que la diabetes es una enfermedad que afecta tanto al entorno familiar y no únicamente al paciente, esta es la consecuencia que más comúnmente se puede apreciar, puesto que los familiares se ven involucrados de distintas maneras.
- **Aterosclerosis.** Es un síndrome caracterizado por el depósito e infiltración de sustancias lipídicas en las paredes de las arterias de mediano y grueso calibre. En enfermos diabéticos hace que la sangre fluya de una manera inadecuada, producto del depósito de grasas en las arterias del cuerpo, lo que produce problemas en el cerebro, en el corazón y en las extremidades (15)

Tratamiento

La diabetes constituye, en la actualidad, un grave y creciente problema para la salud pública, que condiciona una importante reducción de la esperanza de vida y un aumento en la morbilidad derivadas de las complicaciones; por ello, los pacientes que presentan diabetes mellitus (DM) tipo 1 y tipo 2, requieren de forma primordial

ejercicio y dieta en su manejo integral, aunado al manejo farmacológico suplementario con hipoglucemiantes orales y parenterales (exenatide, insulina) para el adecuado control de las cifras de glucosa, lo que traerá una disminución en las complicaciones crónicas que ellos presentan estos. El manejo del paciente con DM tiene como objetivos: (16)

- Aliviar los síntomas cardinales.
- Minimizar el riesgo de desarrollo y progresión de complicaciones.
- Evitar la hipoglucemia.
- Mejorar el perfil de lípidos.
- Disminuir la mortalidad.

Para lo cual el manejo integral del paciente con DM deberá incluir una adecuada educación en la enfermedad, basada en:

- Adecuado consejo nutricional.
- Ejercicio físico.
- Medicación
- Educación diabetológica.

- **Dieta**

Tiene como finalidad el control de la enfermedad y alcanzar o mantener un peso correcto. En general se recomendará una dieta sin carbohidratos simples y sin grasas poliinsaturadas, que les proporcione entre 1500 – 2000 calorías diarias, repartidas entre 5 – 6 tomas, compuestas por carbohidratos complejos (50%), proteínas (20%) y grasas saturadas (30%) con una aportación adecuada de fibra vegetal (50-75 g/día).

- **El ejercicio físico**

Dada las ventajas que tiene el ejercicio que se practica regularmente en cuanto a mejorar la acción de la insulina a nivel periférico, mejorar el perfil lipídico y favorecer la normotensión arterial, debe ser recomendado insistentemente al paciente diabético y animándole a practicar de forma regular algún tipo de ejercicio moderado (andar, nadar, manejar bicicleta) que no supongan un gran esfuerzo capaz de producir complicaciones adicionales, como desprendimiento retiniano, accidente cerebrovascular o elevaciones tensionales (16).

- **Medicación**

El tratamiento farmacológico de la diabetes comprende los hipoglicemiantes orales, también llamados antidiabéticos orales, los cuales son medicamentos dirigidos a mejorar los niveles de azúcar en sangre.

- **Educación Diabetológica**

Los objetivos de esta educación será proporcionarles una información sencilla y completa sobre qué es la diabetes, sus tipos, las formas de tratamiento, el autoanálisis domiciliario, las hipoglicemias y otras situaciones de alarma, el cuidado de los pies y que hacer en casos de enfermedad, viajes, entre otros (16).

2.1.3. Adulto mayor

Se define adulto mayor a mujeres y varones que tienen una edad de 60 años en países en desarrollo y 65 años en países desarrollados. Según la Organización Mundial de la Salud, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90 se les denomina, grandes viejos o grandes longevos, aunque todos los individuos se agrupan igualmente en el ciclo del adulto mayor (17).

Ciertamente, el envejecimiento “tiene un sentido social, es decir, se construye socialmente y está referido a las conductas y actitudes adecuadas para una determinada edad cronológica, a las percepciones subjetivas que tienen de sí mismas las personas que llegan a determinada edad, y a las que tienen las otras personas que no viven este momento (jóvenes y adultos), con quienes interactúan”. Por todo ello, envejecer “es una experiencia heterogénea, ya que, existen múltiples factores que la determinan, entre ellos la clase social, nivel educativo, cultura, género o salud” (18).

2.2 Referencial Empírico

Criollo B, en la investigación El significado de vivir con diabetes mellitus tipo II, en adultos mayores atendidos en el SUEM Salud, Sullana 2022, con el objetivo de comprender los significados que una persona atribuye a vivir con Diabetes Mellitus tipo II. Estudio cualitativo de abordaje historia de vida, los datos fueron recolectados a

través de la técnica de observación permanente y la entrevista semiestructurada. fueron 12 sujetos que participaron. Resultados: Fueron cuatro categorías: Emergiendo reacciones emocionales ante la diabetes mellitus. Asimilando la enfermedad. Adaptación a la enfermedad y Cuidado ante el proceso de la enfermedad (19).

Herrera R, en la investigación Afrontando la Diabetes: Experiencias del paciente con diagnóstico de diabetes en la cotidianidad. México 2021, cuyo objetivo fue describir las experiencias en la cotidianidad del paciente adulto con DM2. Estudio cualitativo con diseño fenomenológico descriptivo, se utilizó la entrevista semiestructurada. Resultados: la DM2 se origina principalmente por deficiencia de hábitos relacionados con el estilo de vida, influyendo la deficiente información. Creencias y cultura relacionadas con la enfermedad. La conclusión fue que la diabetes es una enfermedad multifactorial que se incrementa cada día, identificar desde la subjetividad del paciente, que piensa, siente y experimenta alrededor de esta patología, es importante para planear programas específicos por cada persona, además de proporcionar información relacionada con la enfermedad de forma clara y sencilla (20).

Chaparro L, Mendoza G, et al, en la pesquisa Cómo perciben los hombres tener diabetes mellitus tipo 2: casos en Bogotá. 2020, cuyo objetivo fue describir la percepción de estar enfermo de los hombres con diabetes mellitus tipo 2, estudio cualitativo-descriptivo con análisis de contenido. Se incluyeron 6 participantes que cumplieron con los criterios de inclusión. Resultados: las 7 categorías obtenidas dan cuenta de la percepción de los hombres respecto a la enfermedad en la que asocian la salud con ausencia de síntomas y dolor, poder entender lo que era tener diabetes implicó un proceso de afrontamiento y adaptación en el que buscaron darle sentido a la diabetes a través de conocer qué es la enfermedad y como incorporarla a la vida cotidiana (21).

De la Concha M, en la investigación Percepciones Personales frente al Diagnóstico de Diabetes en el Adulto Joven. Puebla. 2017, cuyo objetivo fue describir la percepción del adulto joven de 20 a 40 años ante el diagnóstico de diabetes 2. Estudio cualitativo fenomenológico, se entrevistó a 6 adultos jóvenes de ambos sexos. Resultados: la percepción del diagnóstico de diabetes 2 en los adultos jóvenes muestra pensamientos y sentimientos similares, con relación a las condiciones de la enfermedad. Sin embargo, existen diferencias que dan cuenta de cómo van aprendiendo a permear la

forma de cómo se sienten y afrontan el diagnóstico y reflejándose en prácticas de cuidado que ponen en riesgo su vida (22).

CAPÍTULO III

TRAYECTORIA METODOLÓGICA

3.1. Tipo de estudio

La investigación tuvo un enfoque cualitativo que, según Hernández, R, se enfoca en comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en su ambiente natural y en relación con el contexto. Consiste en descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables (23).

Asimismo, Naranjo Y, afirma que el enfoque cualitativo permite conocer, desde la perspectiva de los usuarios externos (pacientes y familias o cuidadores) o internos (profesionales, técnicos, personal de apoyo) las creencias, valores, actitudes, percepciones, opiniones y modos de vivenciar y actuar respecto de los servicios de salud (24)

En la investigación se hará uso del método descriptivo/narrativo que, según Escudero C, muestra el testimonio subjetivo de una o más personas, en el cual se recogen sus experiencias, valoraciones y opiniones, narra aspectos sobre cultura e historia mediante los relatos de vida, ya sea personales o ajenos. Se realizan descripciones de los hechos y vivencias más importantes de los participantes. El investigador decide un tema a estudiar, es preciso realizar contactos y negociación para su aceptación; se desarrollan una o varias entrevistas que son registradas en audio, y transcritas íntegramente; la investigación propiamente dicha consiste en practicar determinados análisis sobre el material; y, el proceso finaliza con un reporte o informe de investigación (25).

El estudio tuvo este enfoque, porque la investigadora buscó conocer la percepción de los adultos mayores sobre diabetes mellitus, reconociendo que es un problema de salud crónico que implica cambios difíciles y adaptaciones en la vida diaria, la percepción no admite operaciones matemáticas, por lo tanto, se deseaba conocer el aspecto subjetivo de su padecimiento y tiene método

descriptivo/narrativo, ya que busca descubrir y analizar la percepción de los adultos mayores sobre la diabetes mellitus que padecen.

3.2. Área de estudio

La provincia de Chota se ubica en la Sierra Norte del Perú, en donde la cordillera de Los Andes presenta muchos valles y pocas elevaciones de importancia y en el centro del departamento de Cajamarca, está situada la provincia de Chota, abarcando una extensión de 3,986 kilómetros cuadrados. Además, La provincia de Chota limita por el norte con la provincia de Cutervo, por el este con la provincia de Luya en el departamento de Amazonas; por el sur con las provincias de Celendín, Hualgayoc y Santa Cruz; y por el oeste con las provincias de Ferreñafe y Chiclayo en el departamento de Lambayeque asimismo cuenta con una población aproximada de 165.000 habitantes (25).

La festividad en honor al santo patrón San Juan Bautista, cuyo día central es el 24 de junio, es una de las actividades religiosas más celebradas en la región Cajamarca, con gran arraigo popular que promueve el fervor religioso, folklórico, cultural, turístico, comercial y gastronómico. Sus actividades se programan entre el 14 y 30 de junio de cada año. Resaltan las celebraciones religiosas, sumándose diversos rituales típicos de cada pueblo, concursos de belleza campesina y de bandas típicas, carreras pedestres, competencias de caballos de paso y motocross.

Las corridas de toros y las ferias agropecuarias, artesanales, gastronómicas y comerciales se convierten en las actividades que generan el mayor movimiento económico de cada festividad (25).

La ciudad de Chota se caracteriza por sus modernos edificios situados en la plaza de armas de la ciudad donde se congregan adultos mayores a conversar especialmente durante las mañanas, los domingos días de mercado se desarrolla el comercio entre los campesinos que traen a vender sus productos y animales menores por la tarde vuelven a sus hogares llevando productos tanto comestibles como para el trabajo agrícola, incluso compran animales para crianza en casa.

3.3. Sujetos de investigación

Los sujetos de investigación fueron adultos mayores con diagnóstico confirmado de diabetes mellitus y vivían en la ciudad de Chota.

Cuadro 01. Participantes del estudio

| N° | Fecha de entrevista | Seudónimo | Edad | Sexo | Grado de instrucción |
|----|---------------------|-----------------|------|------|----------------------|
| 01 | Junio 2024 | Participante 1 | 60 | H | Primaria |
| 02 | Junio 2024 | Participante 2 | 66 | M | Primaria |
| 03 | Junio 2024 | Participante 3 | 78 | M | Primaria |
| 04 | Junio 2024 | Participante 4 | 67 | M | Superior |
| 05 | Junio 2024 | Participante 5 | 64 | H | Superior |
| 06 | Junio 2024 | Participante 6 | 76 | H | Primaria |
| 07 | Julio 2024 | Participante 7 | 61 | M | Superior |
| 08 | Julio 2024 | Participante 8 | 74 | M | Secundaria |
| 09 | Julio 2024 | Participante 9 | 73 | M | Primaria |
| 10 | Julio 2024 | Participante 10 | 72 | M | Superior |
| 11 | Julio 2024 | Participante 11 | 85 | M | Superior |

La información fue recolectada entre los meses de junio y julio del presente año.

La muestra se obtuvo por conveniencia, según Hernández C, Carpio N, este método se caracteriza por buscar muestras representativas cualitativamente, mediante la inclusión de grupos aparentemente típicos. Es decir, cumplen con características de interés del investigador, además de seleccionar intencionalmente a los individuos de la población a los que generalmente se tiene fácil acceso o las personas acuden voluntariamente para participar en el estudio, hasta alcanzar el número necesario para la muestra (27).

El número de participantes se alcanzó a través de la técnica de saturación de la información, en este sentido Martínez C, señala que en el ámbito de la investigación cualitativa se entiende por saturación el punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen ya otros elementos. Mientras sigan apareciendo nuevos datos o nuevas ideas, la búsqueda no debe detenerse (28).

Finalmente, la muestra estuvo conformada por 11 participantes que cumplieron con los criterios de inclusión:

Criterios de inclusión:

- ✓ Diagnóstico confirmado de diabetes mellitus de al menos 2 años
- ✓ Edad entre 60 – 80 años.
- ✓ Sin alteraciones mentales y orientados en espacio tiempo y persona.
- ✓ Que acepten voluntariamente participar en la investigación y firmen la hoja de consentimiento informado
- ✓ Que tengan domicilio permanente en la zona urbana de la Ciudad de Chota

3.4. Escenario de estudio

El estudio tiene como escenario al hogar de los adultos y adultas mayores que aceptaron participar, todos tenían como domicilio permanente a la Ciudad de Chota, aunque algunos pasaban algunos días o semanas en casa de sus hijos en Chiclayo o Lima. La mayoría contaba con recursos económicos que les permitían vivir, aunque sin lujos; algunas participantes dependían económicamente de sus parejas o hijos quienes les proveían de sus medicamentos cuando EsSalud no podía brindarles por no tener en almacén.

Así mismo, forman parte del escenario de estudio los hogares de los hijos o nietos que los acogían cuando el adulto o adulta mayor quedaba en estado de viudez o abandono, y éste debía adaptarse al modo de vida incluyendo los hábitos alimentarios que en ocasiones no eran los adecuados para el control de su enfermedad.

3.5. Técnica e instrumentos de recolección de información

3.5.1. Entrevista a profundidad

El objetivo de la entrevista a profundidad es comprender los fenómenos del mundo a través desde el punto de vista de los entrevistados, a partir de esta perspectiva, implica centrarse en las percepciones, vivencias y experiencias provenientes del mundo de la vida de los entrevistados y atribuirles significado. La técnica y el cómo se usará será determinado por la intención del investigador y el planteamiento del problema, dentro de este contexto, es importante hacer énfasis en las competencias del investigador en comprender el mundo del entrevistado y fungir más como interlocutor y no, como un entrevistador. El acercamiento y comprensión del mundo, de los símbolos, de las creencias y el lenguaje determinará la recolección e interpretación de la realidad del entrevistado (24).

Para recopilar la información se usó un cuestionario semiestructurado:

Las preguntas planteadas fueron:

1. ¿Qué significa para usted tener diabetes mellitus?
2. ¿Qué cambios ha hecho en su vida desde que tiene la enfermedad?
3. ¿Cuál fue el cambio más difícil, por qué?
4. ¿Cómo tomo su familia esta enfermedad?

Proceso de recolección de información:

- En primer lugar, se hizo la identificación y captación de adultos mayores con Diabetes Mellitus en la ciudad de Chota, a partir del Padrón de usuarios del Programa del Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas.
- Se seleccionaron a los participantes en la investigación, teniendo en cuenta los criterios de inclusión.
- Posteriormente se visitó a cada uno para pedirle su participación voluntaria en la investigación, si aceptaba firmó el consentimiento informado.
- Luego se programó una visita posterior para el desarrollo de la entrevista.

- Se usó de una libreta de campo para anotar cualquier reacción del participante, así como algún evento importante.

Con la finalidad de conocer la validez del instrumento de recolección de información se realizó una prueba piloto que sirvió para conocer si las preguntas recolectaban la información requerida de acuerdo al objetivo del estudio, no se realizó ningún cambio, ya que los participantes entendieron fácilmente las preguntas y respondieron con sus propias palabras, para Gallego M, la prueba piloto se lleva a cabo con el fin de comprobar la viabilidad metodológica de un estudio a mayor escala, permite realizar los cambios oportunos antes de comenzar con el estudio. Se realiza para valorar la factibilidad de la propia investigación, lo cual es relevante cuando se trabaja con una población vulnerable (30).

Para realizar la prueba piloto, la investigadora ha entrevistado a los adultos mayores integrantes de la muestra ya que el contexto es importante, se entrevistó a los participantes en sus hogares, algunas entrevistas formaron parte de la información analizada para la elaboración del informe final.

3.6. Interpretación y análisis de información

Para analizar los discursos de los participantes se usó el análisis de contenido que Andréu J, asevera es una técnica de interpretación de textos, ya sean escritos, grabados, pintados, filmados..., u otra forma diferente donde puedan existir toda clase de registros de datos, transcripción de entrevistas, discursos, protocolos de observación, documentos, ... el denominador común es su capacidad para albergar un contenido que leído e interpretado adecuadamente abre las puertas al conocimientos de diversos aspectos y fenómenos de la vida social (31).

Tanto los datos expresos (lo que el autor dice) como los latentes (lo que dice sin pretenderlo) cobran sentido y pueden ser captados dentro de un contexto. El contexto es un marco de referencias que contiene toda aquella información que el lector puede conocer de antemano o inferir a partir del texto mismo para captar el contenido y el significado de todo lo que se dice en el texto. Texto y contexto son dos aspectos fundamentales en el análisis de contenido (31).

Luego de la recolección de la información, se inició de transcripción de los discursos para obtener un texto emic, es decir un texto tan cual lo emite el participante para luego a través de una minuciosa revisión otorgar un sentido al discurso siempre respetando la esencia del mensaje obteniéndose un texto etic. Luego se identificaron las unidades de significado, se agruparon asignando un código y un nombre preliminar, finalmente luego de una revisión sistemática se organizaron las categorías y subcategorías finales del estudio.

3.7. Rigor científico del estudio

Credibilidad

Según este parámetro los criterios de calidad y confianza de los hallazgos se definen por pautas de correspondencia de los mismos y se puede lograr cuando las interpretaciones de las entrevistas recabadas son presentadas a los participantes para ser examinadas y si fuesen reconocidas por ellos como una aproximación sobre lo que piensan y sienten; se podría afirmar que se dio un entendimiento que emergió al desarrollar un proceso de investigación (32).

Para lograr este parámetro en el estudio, la investigadora luego de cada entrevista presentó a los participantes las ideas generales de la información recabada, de tal forma que si el entrevistado reconoce como propias sus ideas de acuerdo a las preguntas planteadas.

Transferibilidad

En atención al criterio de la transferibilidad, Guba y Lincoln exponen que a través de este criterio se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados en otro contexto. Para ello es necesario describir densamente el lugar y las características de las personas donde el fenómeno será estudiado. Por tanto, el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos (32).

Para tal fin en la investigación, la autora a descrito el escenario de estudio a profundidad para facilitar el proceso de transferibilidad y brindar a los futuros investigadores la posibilidad de usar los resultados en contextos similares.

Neutralidad

Otro de los criterios de calidad de la investigación es la neutralidad, pues con ella se establece la garantía de que los descubrimientos no estuvieron soslayados por las motivaciones, perspectivas e intereses del investigador (32).

La neutralidad se alcanzó en el estudio cuando en el proceso de recolección de información y análisis de los discursos de los participantes, la investigadora mantuvo una posición neutral, sin asumir una actitud de juicio frente a los resultados.

3.8. Consideraciones éticas del estudio

Consentimiento informado

Es importante hacerle saber al participante el objetivo de la investigación y sus implicaciones, a modo de que este a través de su autonomía, decida libremente si desea participar en ella (33)

Para cumplir este criterio, la autora informó al participante el objetivo y fines de la investigación, el adulto mayor que voluntariamente aceptó participar firmó el consentimiento el informado.

Confidencialidad de los datos

Implica asegurar el manejo de la información y en caso de que lo requiera el participante el cambio de identidad. Por otro lado, y de mayor complejidad cuando establecemos la interrelación a través del diálogo y la confianza, el participante puede comunicar sus confidencias e intimidades que en algún momento pudieron afectar a terceros; en este sentido se involucra la confidencialidad como derecho del entrevistado (33).

La investigadora se aseguró que la información recopilada sea de uso exclusivo del estudio, para tal fin se ha asignado número a los participantes para salvaguardar su identidad.

No maleficencia a terceros

Si bien en este punto se abordan las consecuencias que puede haber para los participantes de cara al objetivo de generar profundidad, y explorar las creencias,

vivencias, experiencias y significados que mantiene el sujeto, que como bien mencionan pueden ser detonadores de recuerdos y/o reflexiones que despierten sentimientos que en algunos casos pudieron haber reprimido los participantes, creando por tanto emociones que disparen ansiedad, temor, o algún aspecto psicológico de mayor complejidad (33).

La entrevista a los adultos mayores estuvo dirigida a conocer únicamente su percepción sobre la diabetes mellitus, cuidando de no ahondar en temas sensibles que causen algún perjuicio al participante o a la familia.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La diabetes es una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina (una hormona que regula el nivel de azúcar, o glucosa, en la sangre), o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce (12).

Por tratarse de una enfermedad altamente limitante, las personas con DM enfrentan importantes cambios en el estilo de vida, como alteraciones en los hábitos alimentarios y adherencia a regímenes terapéuticos restrictivos. Estos cambios pueden conducir a manifestaciones emocionales y de autocuidado negativas para el anciano debido a la complejidad de la DM y al tratamiento constante, generando frustraciones por la disminución de la autonomía personal, preocupaciones y temores sobre otros problemas graves derivados de la evolución de la enfermedad. Esto desencadena sentimientos de inseguridad, impotencia y ansiedad, entre otros, que a su vez pueden causar serios problemas para la adherencia al tratamiento (34).

Luego de transcribir los discursos y realizar el análisis han emergido dos categorías y subcategorías:

Categoría 1: La diabetes es tristeza y temor por el futuro

Subcategoría 01: La diabetes nos consume poco a poco ...

Subcategoría 02: Los medicamentos dan tranquilidad

Categoría 2: La diabetes trajo cambios en todos los aspectos de la vida del enfermo

Sub categoría 01. El cambio más difícil fue la comida

Sub categoría 2. La familia como apoyo a los cambios

CATEGORIA 01: LA DIABETES ES TRISTEZA Y TEMOR POR EL FUTURO

Las alteraciones emocionales pueden actuar como uno de los factores que dificultan el control de los niveles glucémicos y llevar a la hiperglucemia, debido a las hormonas producidas en esta condición. Produce daños en las relaciones interpersonales, aislamiento social y reducción de la calidad de vida y limitaciones en la realización de autocuidados, debido a la asociación con aspectos que implican dificultad para relajarse, insomnio, irritabilidad e impaciencia. Considerando que la DM puede causar complicaciones que comprometen no sólo el aspecto físico, sino también el aspecto psicológico del paciente (34).

La diabetes constituye, en la actualidad, un grave y creciente problema para la salud pública, que condiciona una importante reducción de la esperanza de vida y un aumento en la morbilidad derivadas de las complicaciones; por ello, los pacientes que presentan diabetes mellitus (DM) tipo 1 y tipo 2, requieren de forma primordial ejercicio y dieta en su manejo integral, aunado al manejo farmacológico suplementario con hipoglucemiantes orales y parenterales (metformina) para el adecuado control de las cifras de glucosa, lo que traerá una disminución en las complicaciones crónicas que ellos presentan estos (16).

Esta categoría se ha desdoblado en dos subcategorías:

Sub categoría: La diabetes nos consume poco a poco ...

Los problemas emocionales y de salud mental como el estrés por la diabetes y la depresión, son habituales entre los adultos mayores con diabetes y están asociados a un manejo subóptimo de la enfermedad, a complicaciones relacionadas con la enfermedad, a la reducción de la calidad de vida y al aumento de los costes de la atención sanitaria. Este sentimiento lo comparten las personas con diabetes y los profesionales sanitarios que los atienden reconocen que la salud emocional es un componente importante de los cuidados convencionales que se brindan a los pacientes con diabetes (35).

Por su parte Aguilar I, señala que una persona que vive con diabetes puede presentar síntomas de estrés, angustia, entre otros trastornos psicológicos. La angustia por diabetes se relaciona con la enfermedad por estresores propios, como el descontrol de

las concentraciones de glucosa, la presencia de complicaciones agudas o crónicas, la disciplina en el tratamiento integral para el control de la diabetes, entre otras, presenta reacciones psicológicas negativas importantes relacionadas con cargas emocionales y preocupaciones específicas de la experiencia del individuo, al tener que manejar una enfermedad crónica que es complicada y exigente (36).

A continuación, se presenta los discursos de los participantes:

Participante 1: _Para mí la diabetes es una enfermedad degenerativa que me mantiene en una preocupación constante y por eso tengo que estar pendiente de mi medicamento y alimentación...a veces no puedo dormir de la preocupación.

Participante 2: _ Es un golpe muy fuerte y difícil de aceptar esta enfermedad porque es como un cáncer que poco a poco me podría llevar a un desenlace fatal si no tengo el cuidado adecuado... vivo con miedo, angustia a que un día me pueda quedar sin un pie o una pierna, además la incertidumbre es constante porque no sabemos si lo que hacemos para controlar esta enfermedad está bien

Participante 3: _ Para mí es una enfermedad degenerativa que nos consume no solo al organismo si no también mentalmente... además, saber que sin cuidado y no seguir con las indicaciones del médico las consecuencias son drásticas o hasta terminar internados en un hospital

Participante 4: _ Es estar enferma todo el tiempo, los pensamientos son muchos al sabernos enfermos, los sentimientos cambian aparece la culpa de porque no me cuidé... de repente no estaría enferma, las creencias sobre la diabetes dan miedo y pienso en como era antes de la enfermedad de sentirme muy bien y sobre todo un cuerpo sano a un ahora tengo esta enfermedad y sentirme enferma

Participante 5: _ Es una enfermedad difícil de sobrellevar, no puedes comer lo que quieres, tenemos que hacer y cumplir dietas y si no le damos importancia nos da otras enfermedades como infecciones, triglicéridos altos, enfermedad de los huesos, los ojos y todo esto por la diabetes

Participante 6: _ A un inicio me sentí mal... con mucho miedo y preocupación, me sentí una persona enferma por el motivo que la diabetes es de por vida y no hay cura solamente queda controlarla con alimentación saludable y medicamentos que tengo que tomar diariamente

Participante 7: _ Para mi señorita es como un cáncer, es preocupación tanto para mí como para mi familia, personalmente es muy triste tener esta enfermedad y que desde que sabemos que tenemos esta enfermedad nuestra vida da un cambio radical es estar siempre preocupados por lo que comemos

Participante 8: _ Estar enferma toda mi vida, me pone triste, nostálgica hay momentos que te llenas de desesperanza vivir con miedo a que se me pueda elevar la glucosa si no me cuido en mi alimentación y tomar medicamentos es como un cáncer

Participante 9: _ Para mí es un trabajo de más que tengo que hacer, preocupación por la glucosa que sube y me duele la cabeza, también es preocupación para mis hijas, que me controlan la glucosa y me hacen doler cuando me pican mi dedo...lloro de rabia y pena...

Participante 10: _ La diabetes es mucho más que una enfermedad; es una condición de vida que afecta prácticamente todo, es una enfermedad crónica y voy a vivir el resto de mi vida con ella, y que requiere de un compromiso constante. Si no me cuido la diabetes puede afectar varios órganos, como los ojos y riñones y el corazón, he aprendido que la diabetes, se trata de tener una actitud vigilante y disciplinada día a día para evitar complicaciones.

Participante 11: _ Para mí, tener diabetes ha sido como un antes y un después en mi vida...cuando recibí el diagnóstico fue un golpe muy fuerte, ya que sentí que había malogrado mi salud por no prestar atención a mis hábitos. Fue difícil aceptar que esta enfermedad es para siempre...con el tiempo, aprendí a verlo como una oportunidad para cambiar. Tener diabetes significa estar consciente de cada elección: que como, cuánto me muevo, e incluso cómo manejo el estrés. Cada día se convierte en un reto, donde debo recordarme a mí misma que vale la pena cuidarse para mantenerme bien y sana.

Los discursos de los participantes develan su percepción sobre la diabetes mellitus que padecen incluso hace muchos años, para algunos es una enfermedad degenerativa ya que poseen información sobre las complicaciones en el futuro, otros la perciben como un cáncer dándole un significado de mortal con el paso del tiempo además con impacto negativo en la salud propia y de la familia, para otros adultos mayores es sinónimo de dolor, agobio y cambios difíciles de asumir.

Estas condiciones pueden conducir a manifestaciones emocionales y de autocuidado negativas para el anciano debido a la complejidad de la DM y al tratamiento constante, generando frustraciones por la disminución de la autonomía personal, preocupaciones y temores sobre otros problemas graves derivados de la evolución de la enfermedad. Esto

desencadena sentimientos de inseguridad, impotencia y ansiedad, entre otros, que a su vez pueden causar serios problemas para la adherencia al tratamiento (35).

La forma en la que una persona responde a la diabetes varía dependiendo de sus características individuales, como edad, el género, el entorno social y cultural, su etapa vital y sus experiencias, es probable que las reacciones varíen en función del tipo de diabetes diagnosticado y de las creencias de la persona sobre la enfermedad, su evolución. Las reacciones típicas suelen ser el enfado, la culpa y la tristeza (37). Los discursos de los participantes muestran su temor frente a los cambios y las complicaciones tan temidas como la amputación de algún miembro si no se tiene cuidado, y no sigue con las indicaciones del médico, lo manifestado por los adultos mayores refleja su percepción sobre el impacto de la enfermedad en sus vidas, haciéndoles sentir vulnerables, apareciendo sentimientos de miedo al enfrentarse a un futuro incierto.

Sub categoría 02. Los medicamentos dan tranquilidad

Resulta importante apegarse a los tratamientos prescritos por el médico en función de mejorar tanto los niveles de glucosa, hemoglobina y glicemia. Entendiendo que el desarrollo de esta enfermedad depende en gran medida del compromiso que el paciente tenga de ajustar los cambios necesarios en su estilo de vida y de cumplir con las indicaciones médicas pues será de gran incidencia el comportamiento que éste mantenga para que su salud y bienestar se mantengan o empeoren. En cuanto a la forma en que se puede enfrentar esta enfermedad es preciso entender que existen dos cuestiones fundamentales, pues, por un lado, los avances científicos y tecnológicos permiten mejorar no sólo los procedimientos de diagnóstico sino también los tratamientos indicados a este tipo de pacientes; y, por otro lado, se precisa de un correcto cumplimiento por parte del paciente diabético. Se define a la Adherencia Terapéutica entonces al grado en que el comportamiento de una persona tiene al tomar el fármaco, seguir un régimen alimenticio y ejecutar cambios en el estilo de vida, según corresponda a las recomendaciones dadas por un profesional de la salud (38).

A continuación, se presentan los discursos relacionados:

Participante 1:_ Para que nuestra vida sea corta por eso mismo aprendemos a llevar esta enfermedad con medicamentos y alimentación saludable...aunque no me gusta tomar pastillas tengo que hacerlo, mas es el miedo a que me suba la glucosa

Participante 2:_ Sobre los medicamentos también es un cambio a tomar todos los días, al principio no le di importancia lo tomaba cuando me acordaba o cuando sentía que el dolor de cabeza empezaba a decaerse mi cuerpo, corría a tomar la bendita pastilla...

Participante 3:_ Tomo mis medicamentos siempre, para sentirme tranquila, me dan para el mes, pero siempre tengo que estar llegando a un centro de salud que es muy tedioso para mí ya que debo estar sacando citas, me sacan sangre, en si es un día entero estar en un hospital viendo a un montón de gente enferma

Participante 4:_ El consumo de medicamento... la metformina que la tomo diariamente, aunque es un medicamento que amarga, pero tengo que tomarlo porque así tengo malestar como dolores de cabeza y hasta mareos

Participante 5:_ Tomar de medicamento diario que a veces me da malestar y mi estómago me arde, pero por mi bien lo tomo y ya me acostumbrado a tomar diariamente al inicio me olvidaba o no le daba importancia lo tomaba una vez o dos veces a la semana, pero al ver algunas complicaciones el medico me dijo que era a consecuencia de no seguir el tratamiento

Participante 6:_ Y la adaptación a tomar medicamento diario...antes no lo hacía solo era cuando estaba con alguna enfermedad, pero era como mínimo por tres días ahora tengo que hacerlo diariamente para evitar que me duela la cabeza, se sacuda mi cuerpo, hasta náuseas es horrible esta enfermedad.

Participante 8:- Otro cambio es la toma de medicamento diario que al inicio cuesta acostumbrarse, nos olvidamos, pero ahora ya no, además estar en consultas con médicos de tiempo en tiempo, es decir ir al centro de salud o al hospital de por vida

Participante 9:_ Un cambio principal fue en la comida, pero principalmente el consumir pastillas todos los días que nos dan en el seguro...cansa, a veces me olvido, son duras y feas porque amargan, mis hijas me compran de la farmacia para tomar, pero no me gusta tomar porque seguro que hace mal a otra cosa en nuestro cuerpo.

Los adultos mayores perciben a los medicamentos como necesarios para evitar complicaciones y controlar el malestar que la diabetes mellitus por sí misma causa al enfermo, reconocen que tienen mal sabor, que son difíciles de ingerir, aunque reconocen su valor y son conscientes que deben consumirlas según indicación médica, pueden tener mal sabor e incluso mal aspecto, sin embargo, los participantes consumen

puntualmente para evitar las temidas complicaciones como la amputación de algún miembro.

Así mismo, los participantes manifestaron que al inicio no le dieron importancia al consumo de sus medicamentos y lo tomaban cuando se acordaban, a pesar que el medicamento tiene mal sabor, el estómago les duele, tenían que tomarlo porque apreciaban que cumpliendo con el tratamiento evitan que les duela la cabeza, mareos, se sentían mejor y no tenían complicaciones, acostumbrándose a consumirlo diariamente, es decir, han aprendido a tomar estas medidas como forma de cuidado para mantener su bienestar.

Dentro de las estrategias que favorecen un buen control diabetológico, aumentar la adherencia al tratamiento y gestionar de manera eficaz las emociones relacionadas con la enfermedad son: la motivación, el aprendizaje en aspectos relacionados con la enfermedad, la confianza en el equipo sanitario y el apoyo social. La triada que se utiliza en la educación diabetológica está formada por la alimentación, el ejercicio físico y la medicación. Puesto que los cuidados médicos sanitarios especializados son imprescindibles, es necesaria una cuarta pata que complemente dicha tríada como es la confianza en el equipo sanitario. Establecer una relación de confianza entre paciente y profesional con unas buenas habilidades comunicativas por parte de este último, asegura un porcentaje de éxito en la adherencia al tratamiento del paciente. Aprender sobre la enfermedad nos proporciona una sensación de control y de cierta seguridad, disminuyen los miedos y la incertidumbre, y se produce un aumento en la motivación para los cuidados (39).

CATEGORÍA 2. LA DIABETES TRAJO CAMBIOS EN TODOS LOS ASPECTOS DE LA VIDA DEL ENFERMO

El diagnóstico de esta enfermedad marca el inicio de una nueva realidad, nadie decide tener diabetes. La persona se enfrenta a una enfermedad crónica que puede ser muy exigente, su vida tras el diagnóstico cambia por completo, y siente que nunca recuperará del todo su bienestar anterior, que está perdiendo su independencia o el control de su salud, para algunas personas el diagnóstico puede ser un shock. Entre sus primeras reacciones emocionales se encuentran la incredulidad, el enfado, la culpa y la ansiedad.

Para otras, el diagnóstico puede suponer un alivio tras un periodo de incertidumbre en cuanto a los síntomas y las consecuencias de la hiperglucemia (39).

Por su parte Rosón M, afirma que el cambio en los hábitos alimentarios, la terapia nutricional y la educación constituyen pilares indiscutibles del tratamiento de la diabetes. Aunados bajo el concepto de “educación nutricional”, impartida por profesionales de salud son una herramienta fundamental para el logro de los objetivos terapéuticos y simultáneamente, constituyen una estrategia de prevención de las complicaciones de la enfermedad y para evitar la adquisición de patrones alimentarios perjudiciales que compliquen la salud del paciente (40).

La presente categoría se ha subdividido en 2 subcategorías

Sub categoría 01. El cambio más difícil fue en la comida

Los pacientes con diabetes mellitus deben participar activamente en la autogestión y planificación de un plan de alimentación individualizado, las nuevas evidencias en la nutrición hacen hincapié, no en el consumo de nutrientes, sino en el de alimentos y, sobre todo, en los patrones alimentarios. Esta aproximación es válida en los diabéticos, dado que no existen evidencias del porcentaje ideal de calorías que deben proceder de hidratos de carbono, grasas o proteínas. En cambio, hay una sólida evidencia de que los patrones alimentarios de base vegetal, bajos en ácidos grasos saturados, colesterol y sodio, con un alto contenido en fibra, potasio y ácidos grasos insaturados, son beneficiosos y reducen la expresión de los factores de riesgo cardiovascular en estas personas (41).

Se presentan los testimonios de los participantes:

Participante 1:_ El cambio más difícil fue en la alimentación, antes podía comer de todo: bizcocho, cemita, pan, gaseosa y también arroz, fideos y ahora es muy diferente ya que toda mi comida tiene estar basado en verduras y frutas, pero no en exceso y también con las frutas tengo que consumir los que son bajos en azúcar, peor con la azúcar, desde que me detectaron esta enfermedad tuve que eliminarla de mi comida del diario y ese fue el cambio más difícil.

Participante 2: _ Los cambios han sido muchos en mi estilo de vida, pero en mi alimentación más, es duro al principio dejar de comer alimentos que me gustaban...todas las mañanas mi desayuno era con un café con panes y a ahora lo hago, pero de vez en cuando, he dejado de comer los azucares, las gaseosas, he tenido que incluir las verduras y menestras, estos cambios han sido muy duros me desesperaba al no poder comer lo mismo con los demás...

Participante 3: _ Mi alimentación ahora es balanceada, he tenido que empezar a comer verduras en cantidades considerables y dejar de lado los carbohidratos solo puedo comer en cantidades pequeñas...bueno ahora mi alimentación es muy distinta a cuando no sabía que tenía esta enfermedad todos estos cambios puedo decir que son muy difíciles de afrontar...

Participante 4: _ Mi hija está pendiente de lo que como y cuando...por ejemplo quiero comer 4 tamales o 5 o 6 y no puedo...me dice no mamita solo puedes consumir 1 o 2 tamales, me prepara mi jugo con arándanos y frutos secos... ya no consumo azúcar ni estevia.... Ahora el azúcar lo consumo en las frutas

Participante 5: _ En cuanto a mi alimentación tuve un cambio muy radical ...me prohibieron de muchas cosas que me gustaban comer, me costó en un inicio a nuevas comidas, pero ahora ya no extraño tomar gaseosas, frugos o yogur... prefiero consumir frutas o jugos, que no contienen azúcar solo lo natural, las verduras ahora lo consumo diariamente antes ni lo consumía, pero la misma enfermedad ha hecho que tenga que hacerlo

Participante 6: __ Muy difícil adecuarse a nuevas comidas...me costó mucho trabajo dejar de consumir el azúcar en mi café en refrescos, gaseosas ahora lo hago, pero ya sin azúcar o utilizando la estevia que me ha recomendado el medico además también he tenido que juntar el consumo de verduras a mi alimentación diaria y en cuanto a las harinas o fideos o tamalitos consumirlos, pero en pequeñas cantidades es complicado tener esta enfermedad

Participante 8: _ Me cuido en cuanto a mi alimentación ahora ya no puedo comer todo lo que solía comer antes como arroz y papas, gaseosa, mi café con azúcar, mi pan, ahora mis alimentos son saludables como las verduras y las bebidas sin azúcar ya me olvidado del azúcar desde hace más de 10 años que no tomo gaseosa...que es casual en alguna reunión puedo tomar un vasito nada más

Participante 9: __ El cambio más terrible fue la comida y dejar el azúcar, poquito para endulzar, me costó mucho trabajo, porque compraba mi gaseosa de un litro y lo escondía debajo de mi cama para tomar a escondidas, verduras no me gusta, pero ahora

debo comerlas, porque mis hijas preparan, pero no me gusta, quiero un postre, pero mi glucosa sube y me siento mal...

Participante 10: Sin duda, el cambio más difícil ha sido en la alimentación...estaba acostumbrada a comer dulces, harinas y otros alimentos que no saludables. Cambiar esos hábitos no fue de la noche a la mañana. Requirió mucha fuerza de voluntad...y al no estar acostumbrada a comer tantas ensaladas o alimentos naturales, al principio no encontraba mucho sabor en ellos. Pero con el tiempo, fui aprendiendo a disfrutar de este tipo de comida, y empecé a verlo como un acto de amor propio, una manera de cuidar mi cuerpo y prevenir complicaciones futuras.

Participante 11: Definitivamente la alimentación fue el cambio más difícil. Siempre he disfrutado mucho de los postres, galletas, y todas las cosas dulces que comía a diario. Dejar de comer azúcar fue complicado porque eran una forma de consolarme o darme un gusto. Hubo momentos en que me sentía tentada a romper la dieta, pero luego pensaba en mi salud y me detenía. Con el tiempo, aprendí a disfrutar de otros sabores, a comer alimentos más naturales, eso ha sido una gran lección para mí.

Desde la percepción de los adultos mayores la alimentación fue el cambio más drástico desde el inicio de la enfermedad, al parecer fue un cambio radical ya que tenían hábitos alimentarios y dietéticos muy arraigados y compartidos con la familia, de otro lado, en la Ciudad de Chota la alimentación usualmente es a base de carbohidratos y carnes rojas (cerdo). Los participantes perciben el cambio como drástico pero necesario, y aunque en un principio fue difícil con el tiempo lo asumieron como importante para prevenir complicaciones futuras, además es una manera de seguir las indicaciones que reciben del médico y enfermera cuando acuden al establecimiento de salud.

La dieta para los pacientes con diabetes mellitus tiene como finalidad el control de la enfermedad y alcanzar o mantener un peso correcto. En general se recomendará una dieta sin carbohidratos simples y sin grasas poliinsaturadas, que les proporcione entre 1500 – 2000 calorías diarias, repartidas entre 5 – 6 tomas, compuestas por carbohidratos complejos (50%), proteínas (20%) y grasas saturadas (30%) con una aportación adecuada de fibra vegetal (50-75 g/día) (16). Los participantes, aunque desconocen el valor calórico y proteico de los alimentos, distinguen cuales deben comer y cuales les están prohibidos por su alto contenido de azúcar; reconocen la importancia de las verduras y algunas frutas y por decisión propia, de la familia restringen el consumo de alimentos que antes consumían casi todos los días.

De otro lado, como lo indican los participantes, aunque los cambios en la dieta fueron difíciles para ellos, también incluyó a la familia, ya que es usual en la Ciudad de Chota que los adultos mayores vivan acompañados de sus hijos y nietos y todos comparten la olla familiar, de tal forma, que el cambio en la dieta afectó a todos. Al respecto Alonso M y Asencio M, señala que existe la llamada *cultura de la dieta*, para pacientes con diabetes mellitus, que es el conjunto creencias, actitudes, normas y prácticas relacionadas con la alimentación y el cuerpo. Estas conductas incluyen: entender a la perfección los nutrientes y en qué alimentos se encuentran. Pesar los alimentos y contar las raciones de hidratos de carbono. Seleccionar el tipo de alimento y la cantidad en función de los niveles de glucosa. Dedicar tiempo y pensamientos a la planificación de las comidas (42).

Sub categoría 2. La familia como apoyo a los cambios

Para los adultos mayores con diabetes mellitus, es muy importante el apoyo del entorno familiar, que están modulados por una serie de variables de gran relevancia que todo profesional debe reconocer como la personalidad del paciente, el sistema familiar y social, sin dejar de lado la enseñanza que se brinde al paciente, junto a su familia. Los hechos demuestran que el apoyo familiar en el tratamiento de la diabetes tiene un impacto sustancial en beneficio de la salud. Todos los pacientes con diabetes, al igual que sus familiares deben tener accesibilidad a la formación, para continuar brindando soporte en el autocontrol de la diabetes, disminuyendo el efecto de este mal, evitando así una mala calidad de vida del anciano enfermo (43).

Se presentan los discursos relacionados con la presente subcategoría:

Participante 1: _Toda mi familia en un inicio asustados sin saber qué hacer, con miedo de que me pueda pasar algo...con incertidumbre por el desconocimiento de esta enfermedad a pesar de tener ya familiares que padecen diabetes creo que cuando no están muy de cerca o no lo viven, así como ahora las cosas se ven diferente...

Participante 2: _ Preocupados, angustiados hasta tristes y lloraron todos al abrazarme... fue muy duro para todos saber que estaría enferma toda la vida, con gran miedo de saber cómo cambiaría mi vida y de cómo era esta enfermedad...no sabíamos que consecuencias tendría o como tratarla, al inicio con desconocimiento y desconsuelo,

pero todos están dispuestos a ver por mi salud, me han apoyado anímicamente y emocionalmente con su cariño, con sus abrazos y ánimos para seguir adelante y están muy pendientes de mi medicamento y de mi alimentación

Participante 3:_ Mi familia no pensaba que tenía esa enfermedad hasta que tuve síntomas graves y me llevaron al hospital y fue muy extraño cuando detectaron que en mi sangre había bastante azúcar, en un principio de repente confundidos, tristes porque se desconocía cómo era esta enfermedad y cómo iba evolucionar con el pasar de los años

Participante 4:_ No ha sido fácil tener una enfermedad, también demanda gastos, pero mi familia ha estado apoyándome económicamente... no me dejaron sola, mi familia ha tenido que comprenderme por los cambios de humor por el mismo estrés, a veces renegar o ser explosivos, por los cambios en la comida en todo no poder llevar una vida normal y otros cambios que trae la enfermedad como dolor en las piernas

Participante 5:_ A un inicio no le dieron la importancia, no sentí ese apoyo que esperaba, pero cuando vieron que mi salud se complicó... me veían decaído, triste me empezaron cuidar y también sufrieron al verme mal se preocuparon y de repente también eran parte del proceso que yo he tenido que vivir y ellos lo viven de otra forma ya que siempre están pendientes de mi alimentación, de mi medicina...de que baje de peso, que no me caiga...

Participante 6:_ Todos sumamente preocupados, angustiados y con muchas dudas por esta enfermedad, pero gracias a Dios me apoyaron y lo siguen haciéndolo a veces tengo algunos malestares de la misma enfermedad y están pendientes de mis medicamentos de que cumpla con mis controles de glucosa, siempre andan atentos con mi alimentación que sea balanceada, todos dan una cuota mensual para mis verduras y frutas, yo se que se preocupan dejando de gastar en ellos y en sus hijos gastan en mí...es una pena para mí...

Participante 7:_ No querían que haga nada, pendientes de lo que comía, creo era una reacción misma de saber que estoy enferma, pero con el pasar de los meses y años muchas cosas ya han ido cambiado, mi esposo y mis hijos me ayudaron y alentaron para que yo tenga los cuidados necesarios para mantener controlada mi enfermedad y me incentivaron a ver que la vida continua y que pese a mi enfermedad yo podía hacer mi vida normal

Participante 8:_Muy desconcertados con miedo, asustados a un inicio pensaban que me iba a morir... todos se pusieron muy tristes porque desconocían cómo era la enfermedad y como iría afectarme a mí y a toda la familia...era una incertidumbre para

todos, pero poco a poco comprendimos que es una enfermedad que podía controlarla con dieta y con medicamento, me animan a vivir la vida normal, pero cuidándome.

Participante 9: _Mal, muy mal, en especial mis hijas, ellas se preocupan mucho...mi esposo se puso muy triste porque esta enfermedad acaba con uno...y por los cambios que debimos hacer todos...me comprenden, pero yo me doy cuenta que tienen miedo y se preocupan

Participante 10: _ La reacción de mi familia fue compleja...sabían que habría cambios en mi vida y en la de ellos. El médico nos recomendó cambiar ciertos hábitos alimenticios, pero no ha sido fácil, la familia tiene sus rutinas y costumbres y modificar los hábitos no fue sencillo. Algunos miembros no querían cambiar su dieta, no lo veían necesario. Sin embargo, con el tiempo fueron comprendiendo la importancia de estos cambios...es importante el apoyo de los seres queridos, pero es difícil que otros cambien su estilo de vida cuando no sienten la misma urgencia.

Participante 11: _ Mi familia fue un gran apoyo, pero fue difícil para ellos. Al principio, se sintieron tristes y preocupados. Me decían que todo era resultado de los malos hábitos que había llevado durante tanto tiempo...ya que muchas veces, por trabajo pasaba largas horas en el campo, y no siempre podía elegir comidas saludables, comía muchos carbohidratos sin imaginar que estaba afectando mi salud. Mi familia, poco a poco, fue adaptándose a este cambio, porque entendieron que para mí no era fácil y que necesitaba su apoyo. Ahora, hasta ellos han cambiado ciertos hábitos para acompañarme en este proceso.

Los adultos mayores entrevistados, perciben a la familia como valiosa y clave para enfrentar los cambios que deben realizar en su vida diaria luego de conocer el diagnóstico de diabetes mellitus, en algunos casos la familia puede sentirse sorprendida frente a la noticia de la enfermedad del padre o madre, existe miedo y preocupación por el futuro del enfermo/a, incluso sentimientos de culpa por no haber consultado antes con el médico cuando iniciaron los primeros signos y síntomas. De otro lado, también hubo resistencia de algunos familiares en especial a los cambios en la dieta con la inclusión de verduras que no eran del gusto de todos. Finalmente, el participante reconoce que paulatinamente hubo adaptación y los cambios fueron aceptados por hijos y nietos por el bien del enfermo.

En este sentido José G, afirma que para las personas con diabetes mellitus mientras más avanzada es la edad es fundamental rodearse de gente que brinda cariño y comprensión,

acompaña en el sufrimiento y apoya en los cambios en la vida diaria. Diferentes estudios científicos confirman que la ausencia de vínculos personales incrementa los riesgos para la salud física, psicológica y, en general, la calidad de vida de las personas por lo que, contar con recursos especializados y asociativos pueden marcar la diferencia de cara al afrontamiento y al manejo de la enfermedad (39).

Por su parte Merodio Z, asevera que la diabetes mellitus es una condición crónica en donde es relevante mantener al enfermo en las mejores condiciones emocionales y sociales posible ya que pueden desarrollar complicaciones psicosociales como la falta de apoyo familiar, fobias, depresión o trastornos en la alimentación entre otros. Es necesario que la atención de la diabetes se conciba como un sistema integrado y coordinado en donde el paciente y su familia trabajen en equipo, conozcan, acepten y se identifiquen con las metas, y atiendan las necesidades e intereses del paciente con medidas y procedimientos que sean útiles y trascendentes para su bienestar (44).

El profesional de enfermería que brinda cuidado al adulto mayor con diabetes mellitus ya sea en el Hospital José Soto Cadenillas o de Essalud, realiza una labor de control y seguimiento dirigido a identificar alteraciones en la glucemia con controles periódicos y visitas domiciliarias a los hogares de los enfermos que faltan a su cita, a la vez involucran en este proceso a la familia como agente de apoyo frente a los cambios en la dieta, actividad física, control de peso etc.

CONSIDERACIONES FINALES

Luego del análisis de los discursos y teniendo en cuenta el objeto y el objetivo del estudio, se ha llegado a las siguientes consideraciones finales.

Han emergido dos categorías, la primera denominada: La diabetes es tristeza y temor por el futuro, se ha desdoblado en dos subcategorías relacionadas con la percepción de los participantes sobre la diabetes mellitus considerándola como una enfermedad crónica que los acompañará toda la vida, es incurable incluso la comparan con el cáncer, la segunda subcategoría se relaciona con el papel de los medicamentos que los adultos mayores consideran importantes y por ese motivo aunque son reacios al consumo de otros fármacos, ellos ingieren puntualmente los hipoglucemiantes prescritos por el médico por temor a las complicaciones en el futuro.

La Categoría 2, titulada: La diabetes trajo cambios en todos los aspectos de la vida del enfermo, a su vez también se ha desdoblado en dos subcategorías, en la primera: El cambio más difícil fue en la comida, los participantes identifican a los cambios en la dieta como los más difíciles debido a sus costumbres y hábitos alimentarios arraigados, la segunda se relaciona con el papel de la familia como fuente de apoyo al enfermo, mencionan sobre el temor y preocupación que percibieron los adultos mayores en sus familiares.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

A los responsables del Programa del Adulto mayor de la Municipalidad Provincial de Chota

1. Capacitar a personal de salud con cursos de especialización para mejorar la atención a estas personas, que necesitan comprensión, afecto y sobre todo información profunda sobre la enfermedad para que se sientan comprendidos y en confianza
2. Que el profesional de enfermería no solo debe brindar un cuidado físico sino también un cuidado espiritual y/o emocional y este debe ser dado con amor y afecto
3. Implementar programas de prevención primaria dirigidos a modificar el comportamiento de la población mediante un equipo que incluya a la motivación necesaria para el cambio.

Estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería

1. Mejorar los procesos educativos, con la ejecución de programas dirigidos en forma integral a la población, familiares al paciente mismo y a todos los actores involucrados que propicien la aceptación de incurabilidad de la enfermedad.
2. Continuar en la realización de investigación cualitativa y extenderlo a poblaciones más jóvenes para de esa forma fomentar desde temprana edad estilos de vida adecuados que mejoren la calidad de vida del individuo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Diabetes [citado diciembre del 2023]. (citado noviembre del 2023). Disponible en: http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/
2. Gomezcoello V. Prevalencia de diabetes mellitus y sus complicaciones en adultos mayores en un centro de referencia. Rev Med Vozandes. 2020; 31 (2): 49 – 55. [citado diciembre del 2023]. Disponible en: https://revistamedicavozandes.com/wpcontent/uploads/2021/01/06_A0_06.pdf
3. Carrillo R, Ortiz B. Diabetes mellitus tipo 2 en Perú: una revisión sistemática sobre la prevalencia e incidencia en población general. Rev Peru. Med Exp Salud Publica. 2019;36(1):26-36. [citado diciembre del 2023. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/pages/view/continua>
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Nota de prensa 080. 29 de mayo 2021 [citado diciembre del 2023]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-no-080-2021inei.pdf>
5. Ministerio de Salud (MINSA). Nota de prensa [citado diciembre del 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/314367-minsa-cuatro-de-cada-cienperuanos-mayores-de-15-anos-padecen-diabetes-en-el-peru>
6. Pérez de Velazco, C. Estilo de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo II en un conjunto habitacional en Lima. Ágora Rev. Cient. 2021; 08(02): 20-26. DOI: <https://doi.org/10.21679/arc.v8i2> [citado enero del 2024]. Disponible en: <https://www.revistaagora.com/index.php/cieUMA/article/view/189/154>
7. Baeta S. Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud-enfermedad. 2015. [citado enero del 2024]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375743552011>
8. Arroyo R, Meléndez M. Vivenciando ser persona con diabetes, Chimbote 2020. Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería. Universidad Nacional Del Santa. [citado octubre del 2024]. Disponible en: <http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/3700/52222.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

9. Vargas L. Sobre el concepto de percepción. Redalyc .2010 [citado diciembre 2021]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004>
10. Japiassu H. Diccionario básico de filosofía, 3ra ed. Editorial Voces. Rio de Janeiro; 2002.
11. Raiter A, Zullo J, et al. Representaciones Sociales. Buenos Aires: EUDEBA. (citado enero 2024). Disponible desde: [http://il.institutos.filo.uba.ar/sites/il.institutos.filo.uba.ar/files/Raiter%20et%20al_Repr esentaciones%20Sociales_2002.pdf](http://il.institutos.filo.uba.ar/sites/il.institutos.filo.uba.ar/files/Raiter%20et%20al_Repr%20esentaciones%20Sociales_2002.pdf)
12. Organización Mundial de la Salud. OMS | Informe mundial sobre la diabetes [Internet]. WHO. [citado febrero del 2024]. Disponible en: <http://www.who.int/diabetes/global-report/es/>
13. Rosas, M. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de Diabetes mellitus tipo 2. 2008;82. [citado enero del 2024].). Disponible en: https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-ops-y-oms&alias=424-guias-alad-de-diagnostico-control-ytratamiento-de-la-diabetes-mellitus-tipo-2&Itemid=493
14. Moreno S. Diabetes de tipo 2 - Síntomas y causas. Mayo Clínica. 2018 (citado enero 2024). Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/type-2diabetes/symptoms-causes/syc-20351193>
15. Ros J. Consecuencias más comunes que puede provocar la diabetes [Internet]. Blog sobre diabetes, colesterol y dietas. 2016 (citado diciembre 2023). Disponible en: <http://diabetesdietas.com/consecuencias-comunes-de-la-diabetes/>
16. Gamboa S. Percepción del paciente con diabetes mellitus tipo II sobre su calidad de vida. Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima – Perú: Universidad Nacional de San Marcos; 2014. (citado enero 2024). Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3625/Gamboa_cc.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y Salud. [citado enero del 2024]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
18. Blowin C. La situación de la población adulta mayor en el Perú: Camino a una nueva política. Lima, Perú. Instituto de Democracia y derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú. [citado enero del 2024]. Disponible en <https://cdn01.pucp.education/idehpucp/wp-content/uploads/2018/11/23160106/publicacion-virtual-pam.pdf>

19. Criollo B. El significado de vivir con diabetes mellitus tipo II, en adultos mayores atendidos en el SUEM Salud, Sullana 2022. Universidad San Pedro. Tesis para obtener el Título de Licenciada en Enfermería. Piura. 2023. [citado agosto del 2024]. Disponible en <https://repositorio.usanpedro.edu.pe/server/api/core/bitstreams/d20de33e-2b20-470e-a873-849afbabda0a/content>
20. Herrera R. Afrontando la Diabetes: Experiencias del paciente adulto con diagnóstico de diabetes en la cotidianidad. Cuidarte. Artículo original. Volumen 10. Número 20. 2021. Cuidarte. 2021; 10(20): 44-60. [citado agosto del 2024]. Disponible desde: <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2021.10.20.79036>
21. Chaparro L., Mendoza G. Cómo perciben los hombres tener diabetes mellitus tipo 2: casos en Bogotá. 2020. Revista. Investigación en Enfermería. Imagen y Desarrollo Pontificia Universidad Javeriana. Vol. 22,2020. [citado enero del 2024]. Disponible en: <https://ciberindex.com/index.php/id/article/view/2202id>
22. De la Concha M. Percepciones Personales frente al Diagnóstico de diabetes en el Adulto Joven. Puebla. México. 2017. Tesis para obtener el Grado de maestra en Enfermería. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. [citado febrero del 2024]. Disponible desde: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/bitstream/handle/20.500.12371/139/058417T.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. Hernández –Sampieri, R. Metodología de la Investigación. Las rutas, cualitativa, Cuantitativa y mixta. 1era. Edición. Editorial Mc Graw Hill Education. México 2018.
24. Naranjo Y., González R. Investigación cualitativa, un instrumento para el desarrollo de la ciencia de Enfermería Arch méd Camagüey. 2021;25(3):e7324 ISSN 1025-0255. [citado febrero 2024]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v25n3/1025-0255-amc25-03-e7324.pdf>
25. Escudero C, Cortez L. Técnicas y métodos cualitativos para la investigación científica. 2018. Universidad Técnica de la Mancha. 1era. Edición. Publicación Digital. [citado febrero 2024]. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/12501/1/Tecnicas-yMetodoscualitativosParaInvestigacionCientifica.pdf>
26. Berríos J. Monografía Histórica de Chota. Scribd. [citado diciembre del 2023]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/328564016/Monografia-Historica-de-Chota-Jorge-Berrios-Alarcon>

27. Hernández C, Carpio N, Introducción a los tipos de muestreo. Revista ALERTA Año 2019, Vol. 2 N° 1. [citado febrero del 2024]. Disponible en: <https://alerta.salud.gob.sv/wpcontent/uploads/2019/04/Revista-ALERTA-An%CC%83o-2019-Vol.-2-N-1-vf-75-79.pdf>
28. Martínez. El muestreo en investigación cualitativa: Principios básicos y algunas controversias. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012 17(3):613-9. [citado febrero del 2024]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000300006&lng=es&tlng=es
29. Gonzáles A. La entrevista cualitativa como técnica de investigación en el estudio de las organizaciones Vol. 14. 2022| *Investigação Qualitativa em Ciências Sociais: Avanços e Desafios / Investigación en Ciencias Sociales: Avances y Desafios*. [citado agosto del 2024]. Disponible en <https://www.publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/571/788>
30. Gallego M. Valor del estudio piloto en investigación cualitativa: el caso de una investigación sobre autolesiones no suicidas. *Enfermería Clínica*. 28.10.1016/j.enfcli. 2018 [citado febrero del 2024]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/323751876_Valor_del_estudio_piloto_en_investigacion_cualitativa_de_una_investigacion_autolesiones_no_suicidas
31. Andréu J. *Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada*. 2018. (citado enero 2024). Disponible en: <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2018/02/Andreu.-analisis-de-contenido.-34-pags-pdf.pdf>
32. Osorio B. Criterios de Calidad y Rigor en la Metodología Cualitativa. *Gaceta de Pedagogía* N° 36. 2017. [citado febrero del 2024]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/337428163_Criterios_de_Calidad_y_Rigor_en_la_Metodologia_Cualitativa/link/5dd6e56f299bf10c5a26bb14/download
33. Viorato S, Reyes V. La ética en la investigación cualitativa. *Cuidarte*. 2019; 8(16): 35-43. [citado febrero del 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cuidarte/cui-2019/cui1916e.pdf>
34. Ribeiro D. Evaluación de los aspectos emocionales y el autocuidado de las personas mayores con diabetes mellitus. *Cogitare Enferm*. 2024, v29: e94955 [citado setiembre del 2024]. Disponible desde: <https://www.scielo.br/j/cef/a/pds3YxwYgxGKQGcd4MnnHrz/?format=pdf&lang=es>

35. Sociedad Española de diabetes. Diabetes y salud emocional una guía práctica para profesionales sanitarios que apoyan a adultos con diabetes tipo 1 y tipo 2.2023 [citado setiembre del 2024]. Disponible desde:
https://www.infocop.es/wp-content/uploads/2023/11/psicologia_diabetes_SED-Digital.pdf
36. Aguilar I. Estrés psicológico y angustia por diabetes en adultos con diabetes mellitus tipo 2: una revisión sistemática. Rev. Cienc. Salud. Bogotá, Colombia, vol. 21(2): 1-14, mayo-agosto de 2023 [citado octubre del 2024]. Disponible desde:
<https://www.cabidigitallibrary.org/doi/pdf/10.5555/20230363649>
37. Juárez M. Influencia del estrés en la diabetes mellitus NPunto Volumen III. Número 29. agosto 2020. [citado octubre del 2024].). Disponible desde:
<https://www.npunto.es/revista/29/influencia-del-estres-en-la-diabetes-mellitus>
38. Cruz Y. Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. Polo Conocimiento (Edición núm. 85) Vol. 8, No 9 septiembre 2023, pp. 1843-1850 [citado setiembre del 2024]. Disponible desde: <https://dialnet.uniriola.es>
39. José G. Aspectos emocionales en el diagnóstico y tratamiento de la diabetes. Revista Diabetes. [citado octubre del 2024]. Disponible desde:
<https://www.revistadiabetes.org/wp-content/uploads/Aspectos-emocionales-en-el-diagnostico-y-tratamiento-de-la-diabetes-1.pdf>
40. Rosón M. Educación nutricional como abordaje prioritario para el control glucémico posprandial. Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes Vol. 58 N° 2 mayo-agosto de 2024: 41-42 ISSN 0325-5247 (impresa) ISSN 2346-9420 [citado octubre 2024]. Disponible desde:
<https://revistasad.com/index.php/diabetes/article/view/796/679>
41. Carbonell A. Recomendaciones sobre alimentación en personas con diabetes. Diabetes en la red. N° 3 • junio 2024 [citado octubre del 2024]. Disponible desde:
<https://www.livemed.in/canales/diabetes-en-la-red/diabetes-atencion-primaria/numero-3/pdfs/delr-n3-recomendaciones-alimentacion-personas-diabetes.pdf>
42. Alonso M y Asencio M. ¿Es posible una buena relación con la comida en diabetes tipo 1? N° 87 junio 2024 / PSICOLOGÍA. [citado octubre del 2024]. Disponible desde: <https://www.revistadiabetes.org/wp-content/uploads/%C2%BFES-posible-una-buena-relacion-con-la-comida-en-diabetes-tipo-1.pdf>
43. Lora M. Apoyo familiar y calidad de vida percibida por pacientes con diabetes mellitus-2 en tiempos Covid-19. Revista de Ciencias Sociales (RCS). Vol. XXIX,

No. 1, enero - Marzo 2023. pp. 357-368. [citado octubre del 2024]. Disponible desde: <https://produccioncaluz.org/index.php/racs/article/view/39756/44922>

44. Merodio Z. Percepción del apoyo familiar y dificultades relacionadas con la diabetes en el adulto mayor. *Horizonte sanitario* / vol. 14, No. 1, enero-abril 2015. [citado noviembre del 2024]. Disponible desde: <https://www.redalyc.org/pdf/4578/457844964003.pdf>

ANEXO 01

DIABETES MELLITUS: UNA MIRADA DESDE LA PERCEPCION DEL ADULTO MAYOR. CHOTA, 2024

La presente investigación tiene por objetivo: Comprender y describir la percepción del adulto mayor sobre diabetes mellitus. Ciudad de Chota, 2024.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,con DNI.....

Luego de ser informado sobre los objetivos y fines de esta investigación accedo a participar voluntariamente en el estudio, para lo cual responderá con veracidad a las preguntas que se planteen en la entrevista.

Se me ha asegurado que la participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Fecha _____ Día/mes/año

Firma del participante

DNI:

ANEXO 02

CUESTIONARIO SEMIESTRUCTURADO

I. IDENTIFICACIÓN:

Seudónimo:

Edad:

Sexo:

Grado de instrucción:

Procedencia:

Audio N°:

II. PREGUNTAS GENERADORAS DE DEBATE:

1. ¿Qué significa para usted tener diabetes mellitus?
2. ¿Qué cambios ha hecho en su vida desde que tiene la enfermedad?
3. ¿Cuál fue el cambio más difícil? ¿Por qué?
4. ¿Cómo tomo su familia esta enfermedad?