

Percepciones entorno del apoyo familiar y del equipo de salud del Proyecto Día Sura para el control de la diabetes tipo 2. Rionegro (Antioquia), 2016.

Perceptions about family support and equipment of health of Project Día on patients under control of diabetes mellitus type 2. Rionegro (Antioquia), 2016.

Nidia Márquez Álvarez

Trabajo de investigación para optar al título de Magíster en Salud Mental

**Asesor:
Carlos Mauricio González Posada
Magíster en Salud Pública**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
Héctor Abad Gómez
Medellín
2017**

Tabla de Contenido

| | |
|--|----|
| Introducción..... | 10 |
| 1. Planteamiento del Problema | 12 |
| 2 Objetivos | 20 |
| 2.2 Objetivos Específicos..... | 20 |
| 3 Marco de referencia | 21 |
| 3.1 Conceptualización Percepción..... | 21 |
| 3.2 Acerca de la diabetes mellitus | 23 |
| 3.3 Una aproximación al concepto de familia | 26 |
| 3.4 Proyecto Día | 29 |
| 3.5 SURA Aseguradora EPS | 33 |
| 4. Metodología..... | 37 |
| 4.1 Tipo de estudio..... | 45 |
| 4.2 Descripción del contexto. Centro Integral de Salud Sura Rionegro. | 46 |
| 4.3 Selección de los participantes..... | 48 |
| 4.3.1 Participantes | 48 |
| 4.3.2 Criterios de inclusión..... | 48 |
| 4.3.3 Criterios de exclusión..... | 48 |
| 4.4 Proceso de acercamiento..... | 49 |
| 4.5 Herramientas para la recolección de información..... | 50 |
| 4.6 Procesamiento y análisis de la información..... | 51 |
| 4.6.1 Procesamiento..... | 51 |
| 4.6.2 Análisis de la información..... | 56 |
| 4.7 Compromisos éticos..... | 56 |

| | |
|--|----|
| 5 Resultados y análisis..... | 58 |
| 5.1 Vivencia del diagnóstico..... | 59 |
| 5.1.1 Encarnar el diagnóstico. Un desafío para la propia vida y la familia..... | 59 |
| 5.1.2 El factor hereditario de la enfermedad. ¿una carga para la vida? O ¿una alerta para mejorar nuestras condiciones de salud?..... | 63 |
| 5.1.3 El tiempo de vida en que se da el diagnóstico. Momento crucial de historia y posibilidad de nuevas formas de actuar en la salud..... | 66 |
| 5.1.4 Cambios en el cuerpo, ¿signos de alarma?..... | 67 |
| 5.1.5 El alimento. Toda una historia familiar y cultural..... | 67 |
| 5.1.6 Los cambios como posibilidades de control de la enfermedad..... | 69 |
| 5.1.7 Cambios en la alimentación a raíz del diagnóstico. ¿y hoy que le estoy brindando a mi cuerpo?..... | 70 |
| 5.1.8 Moverse, ejercitarse, estar en actividad física. Un hábito en pos de la vida y de la salud..... | 72 |
| 5.2 Centro de construcción de vida: la familia..... | 75 |
| 5.2.1 Estructura familiar. Elemento importante para el apoyo en el control de la enfermedad..... | 75 |
| 5.2.2 ¿Y cómo se organiza la familia? ¿Qué roles y funciones asume cada miembro en e hogar?..... | 76 |
| 5.2.3 Dinámica Familiar..... | 77 |
| 5.2.3.1 Relaciones establecidas entre los miembros de la familia. ¿Claves en la adherencia al tratamiento?..... | 77 |
| 5.2.3.2 ¿Cómo percibe y actúa la familia ante el diagnóstico de diabetes tipo 2 en uno de sus integrantes?..... | 79 |

| | |
|--|-----|
| 5.2.4 Cambio. Transformación. Acomodación. Realidades que decide cada persona y por medio de las cuales logra nuevos modos de vida..... | 81 |
| 5.2.5 Encuentros familiares. ¿Posibilidad de "recaída" para quien ha sido diagnosticado de diabetes?..... | 83 |
| 5.2.6 Percepción del apoyo que siente por parte de su familia frente al diagnóstico. Factor influyente en el control de la enfermedad..... | 84 |
| 5.3 Acompañante en la vivencia de la enfermedad: EPS Sura..... | 85 |
| 5.3.1 ¿Cómo llegaste a la EPS Sura?..... | 86 |
| 5.3.2 Control de la enfermedad. Garantía de una mejor calidad de vida..... | 87 |
| 5.3.3 Seguimiento por parte de la EPS Sura. Posibilidad de retroalimentación para la persona y su familia..... | 89 |
| 5.3.4 Seguimiento de la persona con diabetes tipo 2. Pertinencia en los medicamentos y citas..... | 90 |
| 5.3.5 Percepción de apoyo de la EPS Sura. Aspecto esencial para sentirse acompañado en el proceso de vivencia de la enfermedad..... | 90 |
| 5.3.6 Rol activo del paciente dentro de su proceso de seguimiento. ¿Qué sugerencias tiene para mejorar la calidad de la atención?..... | 93 |
| 5.3.7 Mutabilidad en los estados de ánimo. Un asunto para comprender el control de la diabetes tipo 2..... | 94 |
| 6 Discusión..... | 97 |
| 7 Conclusiones..... | 105 |
| 8 Agradecimientos..... | 108 |
| 9 Referencias bibliográficas..... | 110 |

Lista de figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1. Relación diabetes tipo 2 con equipo de salud y apoyo familiar..... | 16 |
| Figura 2. Lineamientos Proyecto Día..... | 30 |
| Figura 3. Ejemplo 1. Codificación y categorización de la información..... | 54 |
| Figura 4. Ejemplo 2. Codificación y categorización de la información..... | 54 |

Lista de anexos

| | |
|---------------------------------------|-----|
| Anexo 1. Aval comité de programa..... | 120 |
| Anexo 2. Aval comité de ética..... | 121 |
| Anexo 3 Consentimiento informado..... | 124 |

Resumen

La diabetes tipo 2 es una enfermedad crónico-degenerativa, cuya prevalencia mundial se encuentra en incremento, lo que representa una problemática de salud pública la cual requiere de la atención de todas las áreas de salud involucradas, para lograr minimizar el impacto que genera su diagnóstico a nivel social y económico, asimismo como las repercusiones que se conciben desde lo personal y familiar, no solo en cuanto a consecuencias físicas, sino también las emocionales que afectan la calidad de vida de los pacientes. Por lo anterior, se encuentra relevante la búsqueda y consideración de los afectos que se suscitan en el sujeto que encarna la enfermedad y los vínculos que forja con las personas más próximas a su entorno y a su condición, para conocer qué factores de aquellas relaciones obstaculizan o benefician la adherencia al tratamiento, de tal manera que se logre consolidar un modelo de tratamiento efectivo e integral que se centre en la motivación y empoderamiento del paciente sobre su enfermedad. **Objetivo:** El presente estudio se fija en reconocer y comprender las percepciones que tiene los pacientes sobre el apoyo familiar y del equipo de salud que pertenecen al Proyecto Día de Sura para el control de la diabetes tipo 2 en el municipio de Rionegro, Antioquia. **Metodología:** Esta es una investigación cualitativa, bajo un enfoque fenomenológico hermenéutico, la información se obtuvo a partir de entrevistas a profundidad y con respuesta libre de los entrevistados; bajo consentimiento informado de cada participante, las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas. Para el proceso analítico se utilizó la codificación abierta y luego selectiva, el análisis de los testimonios obtenidos se produjo teniendo presente los presupuestos teóricos en fenomenología y que se fundamentan en los cuatro existenciales que desarrolla Max Van Manen (*encarnación, relacionalidad, espacialidad y temporalidad*). **Conclusión:** En general, el acompañamiento de la familia y personal de salud ha posibilitado un acoplamiento a las condiciones de la enfermedad para las personas participantes

del Proyecto Día, al igual que ha permitido adaptarse al tratamiento; sin embargo, desde su percepción se puede observar que desde el apoyo familiar, los pacientes buscan obtener mayor solidaridad desde los cambios de hábitos, y desde el apoyo del equipo de salud requieren de una psicoeducación más motivadora y menos monótona.

Palabras clave: Enfermedad crónica, Diabetes tipo 2, salud pública, salud mental, percepción, fenomenología, apoyo familiar, apoyo del equipo de profesionales en salud.

Abstract

Diabetes type 2, is a chronic-degenerative disease, Whose global prevalence is increasing, which represents a public health problem that requires attention. Among other factors, the consideration of the feelings that arise in the subject who embodies the disease and links that they forging with the closest people to their environment and their condition, is relevant to know what factors of those relationships hinder or benefit adherence to treatment. **Objective:** Recognize and understand the perceptions that patients have about the family support and health team that belong to the Project Dia of SURA, for control on diabetes mellitus type 2 In Rionegro, Colombian municipality of the Antioquia east, and located in the central cord mountains, and which has a total area of 196 km². **Methodology:** This is a qualitative research, under a hermeneutic phenomenological approach, the information was obtained from eight semi-structured interviews in depth. For the analytical process, open and selective coding was used, The analysis of the testimonies was produced taking into account the four existential of Max Van Manen (embodiment, relationality, spatiality and temporality). **Conclusion:** In general, the family and health personnel support, has made possible a coupling to the conditions of the disease for the people participating in the Dia of SURA Project; however, from their perception it can be observed that from family support, patients seek greater solidarity from changes in their habits, and from the support

of the health team, they require a more motivating and less monotonous psychoeducation.

Key words: Chronic disease, diabetes mellitus type 2, public health, mental health, perception, phenomenology, family support, support of the team health professionals.

Introducción

Una enfermedad crónica, como la diabetes mellitus tipo 2 se ha convertido durante los últimos tiempos en una problemática para las autoridades competentes en el campo de la salud, a causa de las consecuencias socioeconómicas que significa su diagnóstico y tratamiento; y teniendo en cuenta que los índices de prevalencia de esta enfermedad van en aumento a nivel mundial, continental y nacional, el abordaje de temáticas alrededor de la diabetes resulta enriquecedor para encontrar estrategias que permitan paliar sus secuelas.

Por lo general, se suele asociar la salud con buena calidad de vida, sin embargo, es posible que después de tener conocimiento sobre el padecimiento de una enfermedad crónica como la diabetes tipo 2, se puedan retomar elementos que permita a las personas diagnosticadas conservar condiciones de vida dignas, para esto se requiere una adecuada adherencia al tratamiento.

Existen varios componentes que pueden hacer que un paciente tenga mayor o menor adherencia al tratamiento; cuando se trata de una enfermedad crónica como la diabetes tipo 2, hay que tener en cuenta que dada la naturaleza de la patología, existen factores psicológicos y emocionales fuertemente implicados en el transcurso de la enfermedad ya que se presuponen diversos cambios en los estilos de vida .

En la medida se desarrolle la lectura, se encontrará la fundamentación problemática, el desarrollo de conceptos teóricos, metodológicos, los principales hallazgos y su análisis, así como la discusión y las conclusiones que configuran el cuerpo completo de la investigación.

Cabe anotar además que el presente trabajo tiene como propósito conocer la percepción que tienen las personas que vivencian la enfermedad sobre sus redes de apoyo más cercanas, para dilucidar qué factores le pueden permitir al

paciente desarrollar una motivación que le posibilite empoderarse de las vicisitudes de su enfermedad, generando una mejor adherencia al tratamiento.

Por ende, de los hallazgos del presente trabajo se puede obtener una oportunidad para la optimización de los modelos de atención a la enfermedad, puesto que se va a vislumbrar desde una perspectiva más humana e integral, donde todos los involucrados del proceso de enfermedad se van a convertir en actores activos que trabajan mancomunadamente para el mejoramiento de la salud del paciente, siendo este último el actor principal.

De igual manera, si se contempla que en este mejorado modelo de atención integral para el tratamiento de la diabetes tipo 2, se debe contar con el trabajo sinérgico de un equipo interdisciplinario, este trabajo se encuentra dirigido a todos profesionales del área de la salud que se encuentran relacionados con el tema: enfermeras, nutricionistas, psicólogos, médicos.

1. Planteamiento del problema

De acuerdo a la literatura y el desarrollo clínico de intervención de las enfermedades crónicas tales como hipertensión, obesidad y diabetes, se ha considerado que la mayoría de estas, incluidas sus complicaciones y comorbilidades son prevenibles*, podría decirse que el interés en el abordaje de estas enfermedades, se ha determinado por un enfoque de prevención a través de la promulgación de estilos de vida saludables. Las estrategias planteadas para reducir la aparición y empeoramiento de las enfermedades mencionadas, ha incluido la detección temprana mediante pruebas clínicas diagnósticas, el incremento de la actividad física regular, la reducción o nulidad en el consumo de cigarrillo o de sustancias tóxicas al cuerpo, el cambio en la ingesta nutricional, limitando el consumo de alimentos poco benéficos, considerando de tal modo que la prevención debe ser un componente primordial en la atención en salud* 1.

El aumento continuo de la prevalencia de las enfermedades crónicas a nivel mundial, cuestiona y desafía la eficacia y competencia de los sistemas de atención en salud que se tienen en la actualidad, puesto que generan consecuencias de carácter económico y social que a su vez implican aspectos del relacionamiento y establecimiento de redes sociales y que afectan los recursos que se tienen para la atención en salud*

Para ejemplificar lo anteriormente anotado, tomaremos en cuenta la diabetes tipo 2, cuya prevalencia de enfermedad en Colombia se presenta en personas mayores de los 30 años; en los hombres es de un 7,4% y en las mujeres del 8,7%. Se ha adjudicado lo anterior a estilos de vida no saludables, envejecimiento y procesos de urbanización*

* Lanzamiento Proyecto Día Sura. Virginia Londoño Velásquez. Integrante Comité de salud pública, Medellín, 5 de marzo de 2015

Asimismo, de acuerdo con las cifras expuestas por el DANE (1), en el año 2015, el municipio de Rionegro- Antioquia cuenta con 120.249 habitantes, entre los cuales 716 personas han sido diagnosticados con diabetes tipo 2 en la IPS Sura del municipio, equivalente al 0,6% de la población, lo cual representa sólo una parte de las personas que padecen diabetes tipo 2, ya que se asevera que muchos no han sido diagnosticados debido a inasistencias a citas médicas y a exámenes de seguimiento y comprobación de diagnóstico.

En cuanto a los datos del oriente antioqueño 2015, se tiene que la diabetes mellitus se encuentra como la segunda causa de mortalidad en dicha subregión de Antioquia, en donde 47.394 han sido diagnosticadas de diabetes, correspondiente al 1.83% de la población antioqueña. De estos, 41.207 se encuentran en el área urbana y 6.187 en el área rural. Además, de estos 16.663 son del sexo masculino y 30.731 del femenino (2).

Con respecto al municipio de Rionegro, de acuerdo con la última actualización estadística de la seccional de salud de Antioquia de 2014 (3), se tiene que en Rionegro, entre las diez primeras causas de consulta externa, se tiene el diagnóstico de diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación a 885 personas, lo que indica que un 1,3% de la población padece de la enfermedad, de las cuales, 865 pertenecen al área urbana y 20 al área rural. De dicha cifra, se plantea que 456 son hombres y 429 mujeres.

En este contexto, y de acuerdo con una investigación llevada a cabo por la Asociación Americana de Diabetes ADA en el año 2013, cerca del 80% de las personas en riesgo de padecer diabetes tipo 2 consideraba que tenían una buena salud; sólo el 50% de dichas personas en riesgo, recordaron que sus proveedores de salud les hubiera hablado acerca de los niveles de azúcar en sangre, colesterol elevado o les hubiera evaluado su riesgo cardio-metabólico. De igual manera, los proveedores de salud comentaron que muchas de las personas en riesgo de

padecer diabetes tipo 2, no cumplen con las recomendaciones que se les brindan con respecto al cambio de estilos de vida (4).

Esta discusión, da cuenta por un lado, de la apreciación que en general se tiene, desde el conocimiento popular, con respecto a tópicos como promoción de la salud, prevención de la enfermedad, calidad de vida; donde predomina la inasistencia a controles médicos preventivos y la demanda de servicios médicos en casos de malestar inminente. Por otra parte, en el estudio “Estilos de vida en estudiantes del área de la salud de Bucaramanga”, se evidencia que el hecho de tener acceso a información relevante sobre prácticas saludables o contar con creencias y motivaciones consistentes de las mismas, no necesariamente significa que se incorporen de inmediato tales conductas en el repertorio cotidiano (5).

Por tanto, podría afirmarse que, las enfermedades crónicas no requieren sólo de una atención médica, basada en un conocimiento de la enfermedad ni tampoco enfocarse en una educación en términos de brindar elementos para dar un cambio a los estilos de vida, sino que requiere además el tener presente la expresión subjetiva, individual y colectiva de las representaciones y significados que la enfermedad despliega como consecuencia de la interacción social (6). Es por esto que podría decirse que es en el establecimiento de vínculos con otros donde se vivencian las diferentes experiencias que se tienen, entendiendo así y resaltando el aspecto social de las enfermedades y la percepción que se construye en consonancia con la representación que pueden tener las relaciones establecidas. En este sentido, la diabetes tipo 2 converge con una serie de imaginarios acerca de la enfermedad, que se encarnan y atraviesan la manera de relacionarse de quien fue diagnosticado con su familia y con la institución tratante y en este diálogo se generan vivencias y discursos que dan cuenta de la manera, las actitudes y cambios que se presentan a partir de un diagnóstico de enfermedad crónica.

Si bien, el objetivo primordial con respecto a la intervención sobre los individuos con diabetes tipo 2 es el control de la glucemia, el modelo debería tener presente también la importancia de abordar factores relacionados, tales como los estilos de vida, condiciones familiares y personales y acceso a atención de calidad (7). En consecuencia, un modelo de atención integral debe considerar no sólo la atención desde un nivel farmacológico de la diabetes tipo 2 sino también intervenciones enfocadas en otro tipo de factores que no son biológicos y que tienen gran incidencia en lo referente al control de la enfermedad. Entre estos se destacan: cambios de estilos de vida, cambios en la alimentación y actividad física que cuenten con aval y orientación profesional con metas claras, propiciando la adherencia al tratamiento y la educación a partir de un equipo capacitado y comprometido (8).

Teniendo en cuenta que dentro del estilo de vida de una persona se hace significativo el rol de la familia, es considerable tomarla como uno de los principales factores sociales que puede estar implicado en las formas de enfrentamiento de una enfermedad crónica, así como en el éxito del tratamiento; en el Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá, la atención a pacientes con diabetes tipo 2 se encontraba basada en medicina familiar. Dicho enfoque detectó que no sólo el tipo de tratamiento, sino también la adherencia al mismo y la funcionalidad familiar son factores clave en el tratamiento de dichos pacientes, lo cual reafirmó la propuesta de que la intervención debe ir más allá de lo netamente farmacológico (7). Lo anterior develó además que un modelo requiere enfocarse también en el contexto familiar del paciente, optimizando el entorno para beneficio del este (7).

De acuerdo con lo anterior, se precisa de una reflexión en torno a la consideración del control de la enfermedad como un aspecto que va más allá de lo individual, de la importancia de acercarse al ser humano desde una perspectiva de ser social, donde se encuentra en interacción y transformación constante. En ese sentido, se plantea en un primer momento la necesidad de trascender el sujeto

singular y la responsabilidad que se le ha conferido en su proceso salud-enfermedad y poder así abordar las percepciones del apoyo familiar y del equipo de salud que acompañan su proceso y tratamiento, lo cual incide en su salud mental entendida esta como "Una práctica social o individual que fundamenta y representa la capacidad de transformación de la realidad conforme a la conciencia que de ella se tenga, y al lugar que ocupa en el proceso de producción que se halle vigente" (9) que a su vez puede influir en la adherencia a los tratamientos o estrategias propuestas por los sistemas de atención en salud.

En este sentido, el siguiente diagrama ilustra la interrelación de los factores en lo relacionado con la diabetes tipo 2 en el marco del presente proyecto, las cuales son expuestas como las dos grandes categorías de análisis que se encuentran insertas dentro de las redes de apoyo y que son objeto de interés de este estudio.

En consecuencia, se plantea que el control de la diabetes podría estar atravesado por el apoyo familiar y del equipo de salud

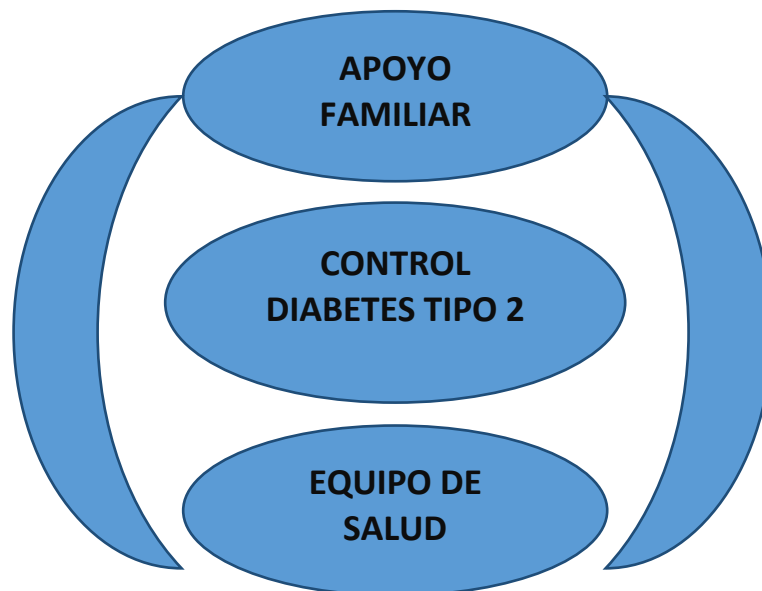


Figura 1. Relación diabetes tipo 2 con equipo de salud y apoyo familiar.

Para países de ingreso medio como Colombia, las enfermedades crónicas debido a su creciente prevalencia y al aumento de los costos de su tratamiento, requieren de la creación e implementación de estrategias efectivas, aplicación del conocimiento científico y a un monitoreo de su impacto, lo cual exige superar los modelos de corte tradicional y adecuar nuevos modelos que estén basados en evidencias y en los contextos en los cuales se esté brindando atención en salud a dicha población (10).

Según lo expuesto, se observa que han existido diversas apreciaciones y propuestas para abordar las enfermedades crónicas, en este caso, de la diabetes tipo 2. No obstante, no se ha tenido un acercamiento en Colombia ni en Rionegro-Antioquia a esta enfermedad desde la percepción del apoyo familiar y del equipo de salud que acompaña su proceso por parte de quien padece la enfermedad, elementos que de acuerdo con la literatura son claves para el éxito de los tratamientos. Sin embargo, la percepción debe ir más allá de las opiniones basadas en la racionalidad, deben tomar en cuenta la experiencia de vida, el tiempo vivido, el espacio habitado, las relaciones establecidas con sus núcleos primarios (11, 12), es decir sus familias y en este sentido poder así, a partir del reconocimiento de la experiencia y vivencia de la enfermedad desde la perspectiva de las personas que han sido diagnosticadas de diabetes tipo 2, retroalimentar las propuestas en intervención en enfermedades crónicas donde se tengan en cuenta estos aspectos que son tan importantes en el ser humano (temporalidad, espacialidad, relacionalidad y encarnación).

En complemento, el abordaje que ha tenido la diabetes tipo 2 y en general las enfermedades crónico-degenerativas, se ha basado en los campos económico, biomédico y demográfico, dejando a un lado aquellas apreciaciones de quienes padecen la enfermedad, obviando que ésta conlleva a transformaciones que afectan el modo de relacionamiento y procesos de interacción a través de los cuales se construye el sentido de la vida cotidiana, en todo lo relacionado con vínculos familiares, laborales, amistosos, etc. Lo anterior, es decir, estos factores

de salud mental (vínculos, apoyo social, redes) influyen en la manera como se asume la enfermedad (6). En este sentido, podría afirmarse que la salud mental de un individuo se encuentra atravesada por la manera como vivencia sus relaciones y vínculos con los demás, con los más cercanos, ya que a partir de esta interacción se construyen lazos que pueden posibilitar o truncar cambios en la manera como se vivencia la enfermedad. Por tanto, el estudio de la percepción de dos redes de apoyo (familia y equipo de salud) permite tener una aproximación a estos aspectos relacionales de la persona diagnosticada con diabetes tipo 2, desde la perspectiva de salud mental como dimensión relacionada con el aspecto social del ser humano y de la calidad e influencia de los vínculos en su diario vivir y en este caso de la encarnación de la diabetes tipo 2.

Ahora bien, desde el aporte a la teoría este trabajo se considera pertinente porque reflexiona en torno a los modelos de atención existentes hasta el momento, que aún conservan una postura biomédica y dejan de lado factores que podrían ser determinantes en la adherencia al tratamiento y en el mejoramiento de los resultados en los pacientes y en sus vidas como seres biopsicosociales, dando lugar así a nuevos planteamientos más integrales para intervención en enfermedades crónicas y de manera concreta en este tipo de enfermedad, donde se consideren la intervención de aquellos factores de salud mental (apoyo familiar y equipo de salud) para el manejo y control de la enfermedad.

Además, como uno de los principales retos del sector salud se encuentra en dar respuesta efectiva al aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, se encuentra que los estudios tienen una alternativa de enfoque en el análisis de la perspectiva de la persona directamente implicada, puesto que los avances de la medicina permiten adelantos en los métodos de diagnóstico y tratamiento, sin embargo, explorar la percepción de quienes vivencian la enfermedad, posibilita la identificación de sus creencias y el desarrollo de intervenciones más prácticas y apropiadas a sus necesidades y preferencias, de tal manera que se logre mayor adherencia al tratamiento, ya que las percepciones se pueden asociar a

comportamientos de afrontamiento y adaptación que implemente la persona en lo concerniente a su condición (13).

También, desde la investigación de la percepción que tienen las personas que se encuentran en situación de enfermedad con respecto al apoyo de sus familias y del personal de salud que les proporcionan atención, se puede generar una construcción de un sistema de asistencia más humanizado, real, integral e individualizado constituido a partir de la visión del paciente (14).

Con base en lo anterior y de acuerdo con la literatura referida se tiene la diabetes tipo 2 como una enfermedad que cada vez preocupa más al sistema de salud y afecta la calidad de vida de las personas que la padecen, por lo que requiere de intervenciones y acompañamientos eficaces. Asimismo, se presentaron las cifras tanto a nivel global como regional y de manera concreta en el Centro Integral de Salud de Rionegro, donde se da cuenta de manera cuantitativa de las personas identificadas con este diagnóstico. Sin embargo, se aclara que en el presente estudio por sus alcances y objetivos, se tuvieron 8 participantes, lo cual sugiere que no fue un estudio con pretensión de generalización de resultados, se enfocó más bien en develar la experiencia del sujeto frente al padecimiento de una enfermedad, en este caso diabetes, cuyo instrumento fue la entrevista a profundidad donde se indagó por el fenómeno de una manera amplia.

Por tanto, a partir de la consideración de la salud mental como un eje transversal al proceso, tomando como elemento central el apoyo familiar y el equipo de salud, surgió la pregunta:

¿Cuáles son las percepciones entorno del apoyo familiar y del equipo de salud del Proyecto Día Sura para el control de la enfermedad, en pacientes con diabetes tipo 2 del municipio de Rionegro (Antioquia)?

2. Objetivos

2.1 Objetivo general:

Reconocer y comprender las percepciones entorno del apoyo familiar y del equipo de salud del Proyecto Día para el control de la enfermedad de pacientes con diabetes tipo 2 del municipio de Rionegro (Antioquia).

2.2 Objetivos específicos:

Identificar las estructuras, dinámicas, interacciones y funcionamiento familiar que permiten determinar la percepción de apoyo familiar de los pacientes diagnosticados con diabetes tipo 2.

Describir qué percepción tienen los pacientes diagnosticados con diabetes tipo 2 pertenecientes al programa, sobre los dispositivos establecidos por la institución de salud para el diagnóstico, control y seguimiento de su enfermedad.

3. Marco de referencia

A continuación, se realizará la presentación de los diversos aspectos temáticos que sustentan la propuesta de investigación. En primer lugar, se aludirá a la conceptualización de percepción, ya que es la perspectiva y el abordaje que asume la presente propuesta de investigación, luego, se abordará el tema del concepto de diabetes para reconocer las diferencias y las connotaciones de la enfermedad, posteriormente se aludirá al apoyo familiar y su relación con la diabetes, posteriormente se clarificarán los objetivos y los componentes del Proyecto Día, seguidamente se tendrá la presentación de la Aseguradora EPS Sura, lo cual dará un contexto de la organización en la que se desarrollará el estudio, dando lugar así al conocimiento del espacio y de los sustentos que se tienen para el abordaje actual de la diabetes tipo 2 en la IPS Sura Rionegro.

3.1 Conceptualización Percepción

Podría afirmarse que el concepto de percepción se ha utilizado indiscriminadamente para aludir a la cosmovisión del mundo de diferentes grupos sociales. En ocasiones se ha expuesto dentro de la categoría de valores, creencias. No obstante, de acuerdo con Vargas, "Aun cuando las fronteras se traslapan, existen diferencias teóricas entre la percepción y otros aspectos analíticos que hacen referencia a distintos niveles de apropiación subjetiva de la realidad" (15)

En este sentido, si bien la percepción se ha anudado a posturas que se enmarcan en las sensaciones, la percepción podría depender de procesos de ordenación, clasificación y elaboración que podrían compararse con los estímulos que cada persona recibe, pues es por medio de estos que se conforman los referentes perceptuales en los cuales se identifican experiencias de carácter sensorial y se transforman en aspectos reconocibles y comprensibles dentro de

concepciones colectivas. Por tanto, las estructuras perceptuales se realizan a través del aprendizaje que se da por la socialización del individuo en el grupo del cual forma parte, de manera implícita y también simbólica en donde interfieren las pautas ideológicas y culturales de la sociedad en la cual se encuentra inmerso cada individuo.

Dentro de las disciplinas que más ha estudiado la percepción se encuentra la psicología (14), la cual ha definido 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 el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización" (15).

Por otro lado, desde la perspectiva de la fenomenología de la percepción, desarrollada por Merleau Ponty, se afirma que "La percepción no es un fenómeno causal, una síntesis de sensaciones, ni una valoración o juicio ante la realidad, sino un proceso que se enriquece con la experiencia vivida, con el desarrollo de la estructura de comunicación entre el cuerpo y el mundo. La percepción es un fenómeno de significaciones conscientes" (16).

Igualmente, Merleau Ponty expone que "la esencia de la percepción es declarar que la percepción no se presume verdadera, sino definida para nosotros como acceso a la verdad". (16). En este sentido toma relevancia la realidad de cada individuo, concibiéndola como única y permitiendo un acercamiento, desde una perspectiva introspectiva, al conocimiento. Sin obviar, el hecho de que el particular se encuentra inmerso e incluso, en algunas oportunidades, permeado por lo sistémico; dice Merleau Ponty: "El «algo» perceptivo está siempre en el contexto de algo más; siempre forma parte de un «campo»" (17).

En complemento, Max Van Manen (18) plantea la percepción a partir de la experiencia de vida a través de cuatro existenciales (encarnación, temporalidad,

espacialidad y relacionalidad), aspectos que dan cuenta de la vivencia de diversas situaciones que atraviesa el ser humano, en este caso, la experiencia de estar enfermo que se ve atravesada por un tiempo concreto, con unas condiciones espaciales específicas, modos de relación establecidos y mutantes y cambios que atraviesan su manera de ubicarse en el mundo y significarlo.

Por tanto, para efectos de la presente investigación se retomarán los conceptos de Merleau Ponty y Max Van Manen, entendiendo así percepción como vivencia de la enfermedad a partir de la construcción de significados y de los existenciales descritos.

Es en este sentido de la construcción de significados a partir de las experiencias vividas, de donde se resalta la importancia de reconocer las voces de las personas que padecen una enfermedad crónica, resaltando además, las capacidades de las personas para hacer frente a las dificultades a partir de la consideración de los factores protectores en salud mental que pueden mediar en la adherencia a los tratamientos, entre los que se destacan el apoyo familiar y el rol (igualmente entendiendo este en términos de apoyo) que asuma el equipo de salud en interacción con el paciente. Puesto que desde esta perspectiva se estima que el conocimiento de la percepción que tienen las personas diagnosticadas con diabetes tipo 2 acerca de quienes hacen parte del acompañamiento del proceso de enfermedad, puede generar una aproximación a un modelo de intervención más óptimo.

3.2 Acerca de la diabetes mellitus

De acuerdo con la Federación internacional de Diabetes (19)

“La diabetes es una afección crónica que se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla con eficacia. La insulina es una hormona que se fabrica en el páncreas y que permite que la glucosa de los alimentos pase a las células del

organismo, en donde se convierte en energía para que funcionen los músculos y los tejidos. Como resultado, una persona con diabetes no absorbe la glucosa adecuadamente, de modo que ésta queda circulando en la sangre (hiperglucemia) y dañando los tejidos con el paso del tiempo. Este deterioro causa complicaciones para la salud potencialmente letales”.

Existen tres tipos principales de diabetes **(19)**:

Diabetes tipo 1: Es generada por una reacción autoinmune, en la cual el sistema de defensas del organismo ataca aquellas células que son productoras de insulina del páncreas. En consecuencia, el organismo no produce la insulina que se requiere. Suele aparecer en niños y jóvenes. Las personas que padecen este tipo de diabetes deben hacer uso de inyecciones de insulina con el propósito de hacer un control de sus niveles de glucosa en la sangre. Si no la usa, el desenlace es letal. No obstante, las personas que tienen este tipo de diabetes pueden tener una adecuada calidad de vida si se suministra diariamente la insulina, si tienen una monitorización constante, una dieta adecuada y realizan actividad física.

Se ha expresado que, aunque no se tiene clara la génesis de este tipo de diabetes, podría estar asociada a cambios en factores de riesgo en el medio ambiente, a situaciones generadas en el desarrollo en el útero, a la alimentación recibida durante las primeras etapas de su vida o también puede ser debida a infecciones virales.

Diabetes tipo 2: Es el tipo más común de diabetes. Aparece con mayor frecuencia en los adultos, pero en los últimos tiempos se han incrementado muchos casos de niños y adolescentes. En este tipo de diabetes, el organismo tiene la capacidad de producir insulina, pero o esta no es suficiente o el organismo no es capaz de responder a sus efectos, por lo que se da una acumulación de glucosa en la sangre. Los síntomas pueden tardar varios años en manifestarse, pero mientras esto sucede se va dando un deterioro en el organismo por el exceso

de la glucosa. Entre los factores de riesgo para desarrollar diabetes se tienen (19): obesidad, mala alimentación, falta de actividad física, edad avanzada, antecedentes familiares de haber tenido diabetes, nutrición poco apropiada durante el período de embarazo que puede afectar al niño.

Estas personas no necesitan de inyecciones de insulina para poder vivir. Sin embargo, requiere la modificación de hábitos y estilos de vida. Este tipo de diabetes se está aumentando y puede estar asociado al desarrollo económico, envejecimiento, procesos de urbanización, cambios en la alimentación, sedentarismo, entre otros (20).

Diabetes mellitus gestacional (DMG): Se presenta en un período avanzado del embarazo, debido a que el organismo no tiene la posibilidad de producir ni hacer uso de la suficiente insulina requerida para la gestación. El riesgo para el bebé es bajo, aunque podrían presentar diabetes tipo 2 en la edad adulta. Este tipo de diabetes suele desaparecer luego del parto. No obstante, dichas mujeres quedan con riesgo de padecer diabetes tipo 2.

En el presente trabajo, como se ha especificado anteriormente, el foco de estudio se centra en las personas que tienen diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Podría aseverarse que, el diagnóstico genera por sí mismo ciertas emociones, pensamientos que podrían conllevar a cambios significativos en la manera de relacionarse, de verse a sí mismo, de construir sus metas y sueños y por tanto, abordando al ser humano como un ser biopsicosocial atravesado por la cultura, en donde en la interacción con los otros se construye y se significa, podría decirse que es en los lazos que establece con su entorno donde logra recibir retroalimentación y apoyo emocional para hacer frente a las dificultades o también los éxitos que presente en su ciclo vital. Por tanto, se considera que padecer una enfermedad como la diabetes tipo 2, teniendo la particularidad de ser crónica, implica cambios en el estilo de vida para poder sobrellevarla y evitar complicaciones, lo que involucra también a la familia quien es su entorno más

cercano y dependiendo de las peculiaridades de ésta, del apoyo que presente, puede convertirse en protección y soporte para la persona que padece la diabetes, o por el contrario puede influir de manera negativa en el cuidado de éste, generando exclusión del mismo en las prácticas familiares.

En este punto es preciso nombrar, que algunos estudios realizados en pacientes con padecimiento de diabetes, han concluido en cuanto a presencia de trastornos mentales o psicopatologías: que estas personas presentan un alto riesgo de ansiedad y depresión, tienen complicaciones físicas, se afecta su calidad de vida y tienen poco acceso a servicios de salud mental individuales y familiar (3)

Dadas las consideraciones anteriores, donde se puede observar los riesgos psicosociales, además de los físicos y biológicos, que están expuesta las personas que padecen diabetes, cobra importancia la reflexión de esta desde un análisis del contexto en el cual se encuentra inmersos tanto quienes padecen esta enfermedad como sus familiares, lo cual implica reconocer también que existen determinantes sociales de la salud que interactúan con el aspecto biológico, el sistema de salud y también los estilos de vida que de por sí se encuentran amarrados a marcos culturales y a los valores divulgados por estos y que son encarnados por cada persona y en este caso, por quienes padecen diabetes.

3.3 Una aproximación al concepto de familia

En primer lugar, podría plantearse que “La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior” (21).

Cabe destacar que, de acuerdo a los cambios demográficos, migratorios, políticos, económicos, entre otros, los que se han presentado en las últimas décadas, la composición familiar cambió de la concepción de la estructura nuclear,

a una proliferación de las tipologías familiares en el país. Después de tal proceso de recomposición y adecuación (22) se resignificó la noción de familia, dando cabida al respeto por la diversidad.

Hoy en día se pueden encontrar diversidad de composiciones familiares; la familia nuclear, compuesta por ambos padres e hijos; familia extensa, incluye abuelos, tíos, primos, también, personas acogidas como yernos, nueras, cuñados; familia poligenética, conformada por personas viudas o separadas quienes tienen hijos de sus anteriores parejas; familia monoparental materna, la madre convive con sus hijos; familia monoparental paterna, el padre convive con sus hijos; unidad doméstica, personas sin vínculo consanguíneo que conviven y comparten los gastos; ciclo unipersonal, cuando la persona vive como único residente de una vivienda; pareja o diada, relación conformada por personas del mismo sexo o del sexo opuesto que optan por no tener o adoptar hijos (23).

La familia en cualquiera de sus clasificaciones (nuclear, monoparental, extensa, etc), se convierte en un factor clave de apoyo para el individuo en circunstancias de calamidad, entre estos, estados de enfermedad que puede presentar. Dicho apoyo de hecho se considera importante para los procesos de tratamiento, pues ésta puede ser el soporte para la adherencia al mismo.

El vocablo "apoyo" es retomado en los años setenta en la escuela británica de Manchester y se definió como un proceso interactivo de ayuda en diferentes categorías. Todavía se pueden encontrar varias definiciones al respecto, un aspecto en el que concuerdan diversos autores, es que el apoyo conlleva una serie de conductas en las que se produce un aporte o intercambio (información, ayuda instrumental o afecto) entre los involucrados. Cobb, lo define como la información que lleva al sujeto a creer que "es cuidado y amado"; "estimado y valorado" (24).

Ahora bien, en cuanto a la diabetes tipo 2 se afirma que el apoyo familiar es un elemento clave para el control la enfermedad (7), ya que el ser humano está en interacción constante y se construye en la relación con los otros, se generan cambios en este. Sin embargo, se precisa del reconocimiento de las percepciones en cuanto al apoyo de estos porque se enfoca en la manera como cada persona vive, pasa por su cuerpo su enfermedad.

Roland (25), expone un modelo de ciclo de vida familiar con enfermedad crónica en tres etapas: inicio, curso y desenlace. Comenta que el inicio puede darse de forma súbita o progresiva, lo cual incide en el tipo de adaptación familiar, ya que en ocasiones se requiere hacer cambios muy grandes en poco tiempo, lo cual requiere movilización rápida por parte de la familia, donde en algunos casos, algunas familias toleran y asumen de una manera adecuada las cargas afectivas derivadas y por tanto tienen una buena flexibilidad en los roles, utilizan diferentes recursos para hacer frente a la enfermedad, mientras que otras requieren de una adaptación paulatina ante la nueva situación. Además, se debe considerar que en ocasiones, de manera particular en diabetes tipo 2 se pueden ir presentando comorbilidades que se van manifestando en el transcurrir del tiempo. También puede haber complicaciones que se tornen constantes y requieran una alerta frecuente por parte de la familia, o eventos episódicos que afectan la estabilidad familiar. Plantea Roland (25) se puede llegar a un desenlace que en ocasiones puede ser fatídico pero que de acuerdo con el apoyo percibido por parte de las personas que padecen la enfermedad puede tener una adaptación y un control de la misma perdurable en el tiempo.

Ahora bien, para esta investigación se tendrá presente el modelo sistémico de la concepción de la familia, que se fundamenta en la teoría general de sistemas propuesta por Ludwig von Bertalanffy (26) quien resalta que un sistema implica elementos en interacción. En este sentido, la familia podría ser considerada como un conjunto de individuos con historias, mitos y reglas, que persiguen un fin común

y que tienen aspectos estructurales y funcionales que dan cuenta de su manera particular de ser.

Tomando el apoyo familiar como factor clave en la vivencia de una enfermedad crónico-degenerativa como la diabetes mellitus tipo 2, se hace importante revisar el panorama actual, en este ámbito, de las personas diagnosticadas con la enfermedad y que forman parte del “Proyecto Día”, teniendo en cuenta la premisa de que las propuestas en intervención y tratamiento deben dirigirse a lo más profundo del ser humano y contexto próximo, así como las personas más allegadas y su influencia en sus comportamientos, para posibilitar un cambio y transformación perdurable.

3.4 Proyecto Día

El Proyecto Día de la EPS Sura, tiene como objetivo: “implementar un programa para la gestión de población con factores de riesgo para desarrollar diabetes y para aquella ya diagnosticada, que de manera innovadora garantice la atención adecuada con resultados en salud”^{*2}

En cuanto a los objetivos específicos, el proyecto plantea:

1. Entrenar técnicamente al personal asistencial de la IPS bajo metodologías presenciales y virtuales garantizando el cumplimiento de objetivos que midan la capacidad de contar con un abordaje integral del paciente diabético.
2. Mejorar los registros de HbA1C y creatinina en el grupo de pacientes con marca confirmada de diabetes.
3. Mejorar la oportunidad de ingreso al programa de RCV.

El programa cuenta además con unos lineamientos, los cuales se convierten en la guía para el desarrollo del proyecto. Estos son*:

*Lanzamiento Proyecto Día Sura. Virginia Londoño Velásquez. Integrante Comité de salud pública, Medellín, 5 de marzo de 2015

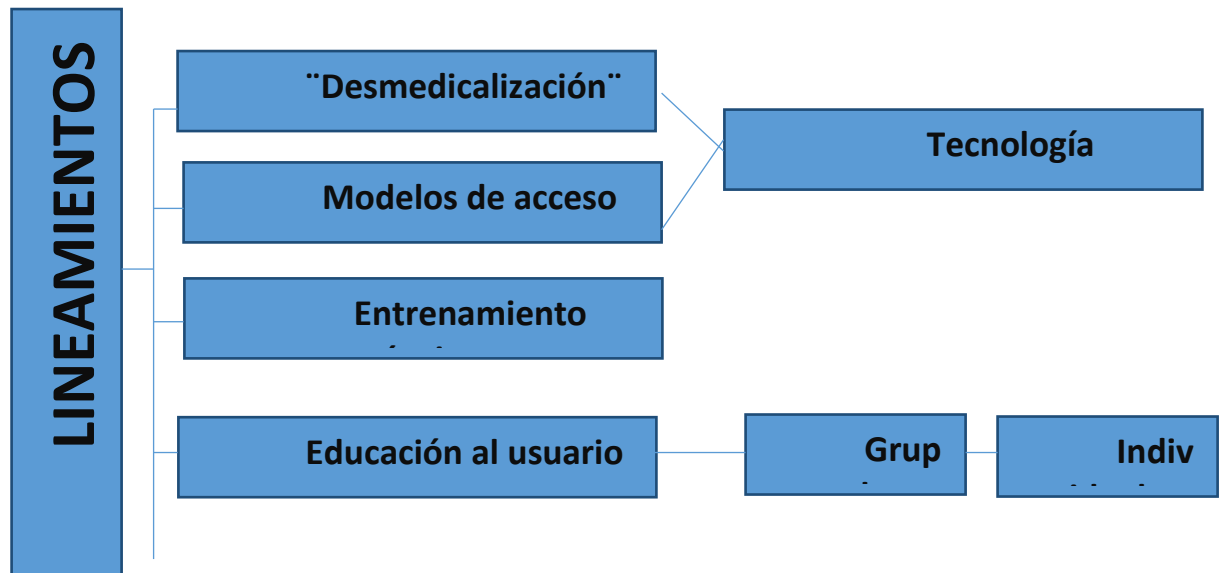


Figura 2. Lineamientos Proyecto Día*

Desmedicalización: Implica participación de profesionales de apoyo en la atención y control del paciente diabético, así como estrategias de optimización de recursos que fomenten el aprendizaje.

Con base en lo anterior, cabe resaltar que el programa se centra en metas clínicas, pero no alude a propósitos sociales y psicológicos

Modelo de acceso: consiste en una serie de estrategias que propenden por facilitar el flujo de atención del paciente diabético a través de los diferentes servicios. Se divide en 2 frentes y cada uno de ellos contará con herramientas tecnológicas y de cambios en el proceso para agilizar el acceso del paciente diabético:

Entrenamiento técnico al personal asistencial de la IPS básica: Mínimo 20 horas previas (presenciales y virtuales con cumplimiento de objetivos) a la implementación del programa. Incluye enfermeras, médicos de familia y demás personal de apoyo asistencial.

El componente educación al usuario tiene dos componentes

- Grupal:

“Por ti, por mí, un encuentro con el cuidado”, actividades periódicas grupales para pacientes diabéticos en la IPS básica, donde se tocan temas propios de la enfermedad y otros relacionados con el autocuidado desde la emoción, alimentación, entre otros.

- Individual:

1. Presencial, pretende involucrar al paciente diabético en el cumplimiento de metas clínicas relacionadas con la enfermedad, debe llevarse a cabo en la consulta individual con el médico, la enfermera, nutricionista, etc... de manera que él participe activamente de la misma.

2. Virtual, la idea es contar con un micrositio web para este grupo de pacientes, donde encuentre contenidos educativos, informativos, red social de pacientes, chat con expertos, etc...

Atención y Seguimiento del paciente: El programa involucra “nuevos” actores, cada uno con unas funciones principales:

1. Enfermeras de familia: quienes realizarán ingreso y control del paciente diabético. Absorberán frecuencias de control del médico de familia específicamente del paciente controlado ($HbA1C \leq 7$) y deben realizar en estas consultas de control el enfoque clínico y educativo del paciente en el marco de la Guía de Atención de EPS Sura.

2. Químicos Farmacéuticos: realizarán consulta presencial de todos los pacientes diabéticos confirmados insulino – requirientes mínimo 2 veces al año. Estas consultas se deben realizar idealmente en el interior de la IPS básica.

3. Auxiliares de enfermería: cumplen un papel de apoyo fundamental dentro del programa. Sus funciones principales son:

- Demanda inducida de pacientes inasistentes y con exámenes de laboratorio pendientes.

- Seguimiento telefónico cada dos meses a todos los pacientes en manejo con insulina (aplicación de guión con componente clínico y administrativo).

- Entrenamiento concurrente del paciente que le inician manejo con insulina, es decir, debe salir del consultorio médico con las órdenes directamente donde la auxiliar

de enfermería para que esta le explique el manejo del glucómetro y la aplicación de la insulina. Ese mismo día le debe asignar al paciente cita de seguimiento con Químico Farmacéutico (QF).

- Reporte de pacientes inasistentes al programa.

4. Médicos internistas: Deben apoyar técnicamente a los demás miembros del equipo de RCV de la IPS.

- Serán líderes en los staff periódicos de medicina interna donde se revisarán casos de pacientes diabéticos controlados.

- Adicionalmente realizar junto con los médicos de RCV consulta asistida de medicina interna para los pacientes diabéticos NO controlados, esta consulta consiste en la atención de pacientes diabéticos por 2 médicos de familia de RCV en horario escalonado de manera que el médico internista asista la consulta los últimos 15 minutos de la misma para tomar la respectiva conducta. El médico de familia realiza la entrevista y examen físico y en los últimos 15 minutos de la consulta el especialista toma la conducta de manera conjunta con el médico de RCV.

5. Nutricionistas: Deben concertar con cada paciente meta clara de la terapia nutricional.

6. Profesional Psicosocial: Se encarga de realizar consulta de orientación exclusivamente para el paciente nuevo, es decir, en el ingreso sincrónico al programa.

De la manera que se puede observar en lo descrito con anterioridad, una de las características principales del programa es su composición, la cual consiste en un equipo interdisciplinario, donde cada miembro tiene definidos y claros sus roles. Esto cobra importancia ya que, de acuerdo a las investigaciones, un proyecto de intervención de población con enfermedades crónicas resulta eficiente y eficaz cuando cada uno de los integrantes del equipo se encuentra informado, motivado y capacitado para llevar a cabo intervenciones de manejo en este tipo de condiciones y también cuando adquieren y/o potencian la comunicación y colaboración entre los diferentes miembros en los diversos niveles de atención (5). Y es precisamente lo que en este trabajo se pretende observar en el marco de las percepciones que tienen los pacientes diagnosticados con diabetes tipo 2 con respecto al apoyo del equipo de salud del “Proyecto Día”.

3.5 SURA Aseguradora EPS

El 31 de enero del año 1990 se crea la Compañía Suramericana de Servicios de Salud, llamada SUSALUD, la cual era una empresa de Medicina Prepagada. Posteriormente, el 16 de marzo de 1995 fue aprobada como Entidad Promotora de Salud (EPS) e inició así su participación en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano, con base en la Ley 100 de 1993. En el año 2009 cambia de marca y pasa a ser denominada EPS Sura, ofreciendo servicios de POS y Planes complementario de Salud. Cuenta divisiones de carácter asistencial para apoyar su gestión con entidades tales como: IPS, Dinámica IPS, Punto de Vista, Consultoría en riesgos profesionales, Salud en Casa. Entre estas IPS, se encuentra Comfama (Caja de Compensación Familiar de Antioquia) con 14 centros integrales de salud (CIS) en Medellín y el área metropolitana.

La anterior es una breve descripción de una de las entidades prestadoras de salud en Colombia, de donde se deriva el programa denominado “Proyecto Día”, dentro del cual se encuentran inscritos los participantes de la presente investigación; es importante contemplar el panorama de las aseguradoras en salud del país, ya que son parte fundamental del contexto de las personas que padecen alguna enfermedad crónica, además, son estas quienes emiten las directrices que rigen el desempeño laboral de los profesionales que proporcionan los servicios médicos a tales pacientes que presentan afecciones crónicas como la diabetes tipo 2, por lo que se puede entender que con la existencia de incongruencias en el sistema de salud se puede ver afectada la atención de los usuarios, y por ende, la adherencia al tratamiento.

Para ilustración de lo escrito a priori, se tiene que, en el año 2011 se desarrolló en Medellín un programa de control de diabetes, el cual fue llevado a cabo por una red de carácter público enfocado en atención primaria, donde la

población se caracterizó por no estar asegurada ni afiliada al régimen subsidiado.

Dicho programa partió de la captación de pacientes que hubieran sido atendidos por otra red de prestadores, se le asignó cita con médico y enfermera y nuevas actividades educativas orientadas al cuidado de la diabetes tipo 2 (28). Se encontraron inconsistencias entre las actividades que fueron registradas y los lineamientos propios del programa, omisión en el registro de los resultados de los paraclínicos, incongruencias entre los acuerdos pactados con los aseguradores para la ejecución de las actividades (28).

Con base en la Encuesta Nacional de Salud del 2007 y un posterior análisis llevado a cabo por Gakidou y cols en el 2011, el tipo de aseguramiento es considerado un predictor significativo para acceder al diagnóstico. Se destacan así los beneficios del aseguramiento del régimen contributivo, ya que el régimen subsidiado ofreció las mismas oportunidades de acceso a diagnóstico que el no aseguramiento (66,67). Pese a lo anterior, Gakidou y cols afirmaron que el tipo de aseguramiento no son determinantes en la atención y el control de la diabetes 2 (29). Por tanto, el rol del asegurador podría ser determinante para el diagnóstico, pero el manejo como tal de la enfermedad, se adjudica a la prestación donde adicional a un adecuado tratamiento médico se requiere de la adherencia del paciente a éste. De ahí que se plantee que el modelo de atención debería tener presente tres estrategias:

- Estandarizar y monitorizar la atención a los pacientes con diabetes tipo 2, con metas acordadas entre el equipo de salud y los pacientes.
- Implementar incentivos para los prestadores y pacientes de acuerdo con los resultados clínicos relacionados con la glicemia.
- Innovación en lo referente a tecnología para monitorización de la glicemia y suministro de medicamentos (29).

En el párrafo precedente se hace alusión a unas estrategias que se deberían implementar para el mejoramiento de un modelo de atención para

pacientes con diabetes tipo 2, de los cuales se destaca, el hecho de que las metas del equipo de salud deben ir alineadas con las de los pacientes, lo cual supone un acercamiento más empático entre estos y una comprensión de los alcances y limitaciones de cada cual, para poder encaminarse en dirección al mismo objetivo; también, se evidencia que hace falta desde una visión más holística, contemplar la inclusión de actores tan importantes como los familiares.

Ahora bien, el Proyecto Día es uno de los programas que implementa la EPS Sura, siendo una estrategia que se empezó a ejecutar a partir de mayo de 2015, la cual se propone como una respuesta a los vacíos de modelos de intervención tradicional, los cuales han hecho énfasis en la diabetes como una enfermedad física, en una relación médico- paciente con un sentido autoritario, en donde los problemas y necesidades de los pacientes son identificados por los profesionales, en el que se pretende y se encauzan esfuerzos para cambiar el comportamiento de los pacientes; para dar paso a un modelo donde la enfermedad se asume desde un sentido biopsicosocial, la relación médico-paciente es democrática en cuanto se comparten experiencias, los mismos pacientes identifican y dan cuenta de sus dificultades, se pretende generar empoderamiento, a través del hecho de que los pacientes tomen sus propias decisiones. Dado lo anterior, podría decirse que este nuevo modelo, un modelo de empoderamiento, pretende generar procesos de cambios de estilos de vida en los usuarios, impactando también en su entorno más cercano (la familia), para que puedan tener en cuenta el automanejo, logrando así mejores resultados en su salud y en el control de la hemoglobina glicosilada. No obstante, este modelo, al proponer un acompañamiento médico, nutricional, asignar a una enfermera el rol de "madrina" para reforzar adherencia al tratamiento, llevar a cabo cita sincrónica con diversos profesionales (médico, enfermera, nutricionista y psicólogo), elaborar talleres para realizar actividades educativas con un énfasis nutricional, está teniendo un enfoque individual, por lo que se considera pertinente ahondar en las percepciones del apoyo familiar y del equipo de salud del proyecto para el control

de la enfermedad. Si bien en diversas teorías como las mencionadas con anterioridad se ha aludido a la pertinencia de enfoques familiares, no se ha tomado en cuenta el rol de estos en los cambios que puedan generarse en los pacientes y menos aún la percepción (como vivencia) del papel de estos.

Sin obviar que son muchos los actores estratégicos involucrados en el acompañamiento de un proceso de enfermedad, para efectos del sentido que suscita el actual trabajo investigativo, se elige la interacción de la triada que se considera principal, en relación a la cercanía, tanto en el momento inicial de diagnóstico, así como en el seguimiento del tratamiento, y la cual está conformada por el paciente, su familia y el equipo de salud; razón por la cual son los principales conceptos desplegados en el presente marco teórico, en principio se contempla al paciente desde las percepciones que tiene sobre el apoyo que recibe de sus familiares y de los profesionales de salud que acompañan su experiencia de enfermedad, por lo que se delimita en qué términos se va a contemplar la percepción, también se despliega la concepción con la que se va a abordar la familia, así como se contextualiza a los profesionales en salud, dentro de las EPS a la que pertenece el “Proyecto Día”, el cual atiende personas con diagnóstico de diabetes tipo 2 (se hace una breve descripción de la enfermedad) y que implementa el personal que brinda atención a la población objeto de esta investigación.

4. Metodología

La investigación planteada partió de un método de investigación cualitativa y bajo un enfoque fenomenológico- hermenéutico, cuya perspectiva ideológica se explicará a continuación.

La Fenomenología ha sido planteada como una filosofía en la cual confluyen diversas filosofías que se relacionan entre sí. Sin embargo, para Husserl (padre de la fenomenología), ésta era filosofía, enfoque y método.

De acuerdo con Heidegger el término fenomenología se deriva de la palabra griega *fenomenon*, lo cual significa "mostrarse a sí mismo", es decir, poner en evidencia algo que tiene la capacidad de volverse visible por sí mismo (27). "La fenomenología intenta desentrañar el significado esencial de las empresas humanas" (27). Para Husserl, la fenomenología se abocaba a una búsqueda de carácter epistemológico comprometida con la descripción y clarificación de la estructura subyacente al mundo vivido por medio de la experiencia consciente. Sus preguntas estuvieron ligadas al interés por develar los orígenes de la experiencia. El propósito para él era evitar conceptos ligados a teorías, preconcepciones, por lo que exponía el enfoque filosófico descriptivo encaminado a la captación de la conciencia y experiencia en sí misma. Sus posiciones se basaron en el planteamiento del ego o el yo concedor que se repliega sobre sí, para apartarse de cualquier preconcepción del mundo y propender por llegar a las cosas en sí mismas.

Husserl acuña el término "subjetividad trascendental" donde *trascendental* se plantea como aquello que confiere significado a partir del ego concedor, el cual se refleja sobre sí mismo. Se alude además a la trascendentalidad por las relaciones que se establecen a partir de colocar entre paréntesis presuposiciones o teorías, lo cual según afirma, da a lugar al conocimiento certero a partir de la experiencia sin tradiciones o teorías del mundo.

Por tanto, la fenomenología ha tenido dos grandes vertientes, la planteada en primer lugar por Husserl, para quien el propósito de la fenomenología era "evitar todo los comienzos conceptualmente ligados y teóricamente contruidos, y planteaba el enfoque filosófico descriptivo de volver a captar la esencia de la conciencia misma" (27) y la de Heidegger.

En cuanto a la filosofía de Husserl se ha destacado cuatro constantes (27):

1. Ideal de ciencia rigurosa a partir de la reorganización de la filosofía para dar luces a los científicos en la resolución de sus preguntas.
2. Radicalismo filosófico. Esto se apoyó en el postulado de que la experiencia humana está compuesta por una estructura significativa subyacente.
3. Disposición hacia una autonomía radical. Consideraba que las personas eran responsables tanto de sí mismas como de su cultura.
4. El foco central que planteó fue el Ser, consciente no sólo de sí mismo sino también de otros.

Asimismo, Husserl utilizó el término *epoche*, para dar cuenta de la reducción fenomenológica, lo que implica la suspensión de las propias creencias o prejuicios. Dicha reducción contempló dos aspectos, la *reducción eidética*, que implica la reducción de hechos específicos a estructuras generales y la *reducción propiamente fenomenológica*, en la que se libera a todos los hechos de elementos que puedan afectar al fenómeno mostrarse en sí mismo.

Otro asunto importante en la filosofía de Husserl es el concepto de *intencionalidad de la conciencia*, es decir, intención como dirección hacia algo; Por tanto planteó la fenomenología como aquella que estudia la experiencia vivida para develar la conciencia que le subyace.

Por otro lado, Heidegger, alumno de Husserl, afirma que la fenomenología interpretativa no busca primero la evidencia "como es en sí misma", sino que más

bien releva el horizonte descubriendo las presuposiciones. En este sentido, la fenomenología se plantea como la comprensión preontológica del Ser. Por tanto, difiere en cuanto a Husserl quien hacía énfasis en la descripción mientras que Heidegger hace un mayor hincapié en la comprensión.

Para Heidegger a diferencia de Husserl las presuposiciones no deben ser eliminadas ni suspendidas, sino que las plantea como elementos a tener en cuenta en la construcción del significado. En tal sentido, Heidegger pasa de una idea de trascendentalidad como carencia de presuposiciones y teorías, a una idea de finitud, por lo que se concibe al hombre como "Ser *en* el mundo" más que *del* mundo, por lo que se destaca la idea de temporalidad. Asimismo, bajo esta perspectiva, la hermenéutica se convierte en aquella que ilumina las maneras y modos de *ser en el mundo*, en donde la comprensión de lo que acaece se da por medio del uso del lenguaje. De acuerdo con Gadamer, comprender es la manera fundamental de las personas existir en el mundo (27). Se destaca también el reconocimiento de lo histórico, de las tradiciones para poder comprender nuevas maneras de la experiencia humana. Asimismo, el uso del lenguaje como universal (texto), porta las influencias culturales e históricas, por lo que las personas la apropian a través de la experiencia lingüística. Dicha teoría también se apoya en los planteamientos de Ricoeur para quien pertenecer al mundo es interpretar, por lo que toda comprensión está guiada por la interpretación.

Para Heidegger por tanto, el fenómeno central que revela la fenomenología es el sentido y significado del Ser, al cual le asignó la característica de ser temporal. Además, postuló la fenomenología como deconstrucción, lo cual implicaba ir más allá de lo presente en la cotidianidad para develar el significado más grande en el Ser, concibiendo la fenomenología también como un método, una manera de generar aproximación a los objetos de investigación de la filosofía.

Heidegger consideraba la experiencia como un asunto que se vive a través de la existencia real por lo cual afirmó que éste no era teórico. Confiere al ser

humano responsabilidad sobre sí mismo en cuanto alude a que tiene posibilidad de escoger diferentes maneras de ser y siempre tendrá futuras posibilidades. Expresó la hermenéutica como un método interpretativo para trascender hacia el Ser. Su trabajo y mayor preocupación se centró en develar los fenómenos no visibles y encontrar su significado a través de la hermenéutica, sin descartar las preconcepciones e historicidad de quien intenta develarlos. Resaltó la idea de que las interpretaciones están dadas dentro del horizonte de comprensión de quien busca comprender un fenómeno, es decir, no puede desligarse de su contexto, teorías y vivencias propias. Propuso también que el proceso de comprensión y posibilidad es consecuencia de las interpretaciones, las cuales están ligadas a normas culturales, alude así a la importancia del contexto en el que ocurren los fenómenos. Por ende, planteó que la interpretación se presenta en contextos concretos.

Dentro de los propósitos fundamentales de la fenomenología se ha planteado revelar el significado esencial de la experiencia humana. Las preocupaciones teóricas que se anudan a ésta son (27): 1. Si debe o no haber teoría. 2. En la teoría emergente del análisis de los datos (texto narrativo) 3. En cuanto a la teoría que guía el proceso de investigación. En términos generales se afirma que el papel de la teoría en la fenomenología presenta controversias. Al respecto, desde Husserl la teoría se considera temporal, en términos de Heidegger se expone como temporal e histórica. De acuerdo con Van Manen, la teoría es antiética de la fenomenología. Gadamer afirma que la teoría a partir del entendimiento da lugar a una relación entre experiencia humana representada por medio de metáforas, temas, y la comprensión de la condición humana en su totalidad. En este sentido se considera que en el conocimiento y comprensión de una situación individual se evoca la universalidad del acontecer humano. Por tanto, se plantea universalidad en la subjetividad, en cuanto cada uso del lenguaje (expresión), representan no sólo a quien lo emite sino a la cultura a la que

pertenece. Se alude además a que cada persona actúa en un terreno común, destacando así la peculiaridad de relacionamiento social del ser humano.

Asimismo, el proceso de reflexión hermenéutico se da por la dialéctica que se establece al interpretar los significados de los datos propios de la investigación (texto) como un movimiento continuo y dinámico que conlleva a una mejor y mayor comprensión. En consecuencia, el significado debe leerse *a partir* del texto el cual está permeado por influencias históricas y tradiciones del pasado. Podría afirmarse además que lo que se busca captar a través del análisis es el significado de la experiencia vivida.

De acuerdo con la fenomenología, la experiencia de las cosas o de los fenómenos incluye la percepción sensorial (escuchar, tocar, saborear, ver, oír) y otros asuntos tales como recordar, sentir, amar, imaginar, anticipar, creer, lo cual incluye actos de conciencia, por lo que convergen los distintos tiempos en el *ahora*, pues se realiza un ordenamiento temporal cargado de sentido para quien lo narra. Las preguntas fundamentales desde la fenomenología son: ¿Cuál es el significado de la experiencia?, se utiliza también la analogía preguntando ¿a qué se parece la experiencia?. Por tanto, dependiendo de la teoría filosófica que sustente al investigador en el momento de interpretar los datos, si es desde la fenomenología edictica tendrá que suspender sus prejuicios y permitir que las cosas se muestren a sí mismas a través de lo que querían significar. En este tipo de fenomenología no se parte de preguntas previas, se permite que estas fluyan en el transcurrir de la entrevista. Desde la visión de la fenomenología-hermenéutica las preguntas pueden contener las tradiciones conceptuales, históricas o teóricas como parte del proceso de entrevista.

En complemento, Clark Mustakas, (30), afirma que en fenomenología, la percepción es considerada la primera fuente de conocimiento. Las intenciones unidas a las sensaciones despiertan el acto de la percepción. Los objetos logran

presentarse así completamente. Él comenta que Husserl observó que las percepciones flotan en el aire, se expresan y así dan cuenta de la realidad.

Asimismo, afirmó que las percepciones abren un panorama de conocimiento de la realidad y de los cambios que se encuentran en ella. Con cada percepción se tiene además la posibilidad del reconocimiento de mundos comunes, pues en estas subyacen construcciones que se han dado entre las relaciones que se establecen y que aun mostrándose de manera individual obedecen a contextos colectivos.

En la actualidad (existen) básicamente dos escuelas de fenomenología. La escuela de Duquesne guiada por la filosofía de Husserl donde el interés se centra en tener acercamiento y obtener conocimiento de los fenómenos, develando la estructura y La escuela de Utrecht cuyo propósito es la interpretación de los fenómenos para sacar a la luz los significados ocultos. En esta escuela se encuentra Max Van Manen, en el cual se basa el presente estudio.

De acuerdo con Max Van Manen (27), este enfoque pretende:

- Acceder a la comprensión profunda de la experiencia humana.
- El interés se basa en el significado esencial de los fenómenos así como el sentido y la importancia que estos tienen.
- Su pregunta es por la naturaleza de los fenómenos, por la vivencia de los mismos.

Según Van Manen la revelación del significado de la experiencia vivida combina descripción, interpretación de temas e interpretación metafórica considerando este como producto del investigador al texto.

Desde este abordaje, y para el análisis de la información, se toma en consideración al ser humano como un ser en relación con otros, que se construye y se deconstruye a partir de las significaciones y constructos simbólicos que se crean a partir del lenguaje, siendo de relevancia reconocer la voz de las personas

que hacen parte del proceso de enfermedad, el por qué se generan o no ciertos cambios, qué tipo de movilizaciones se realizan a partir del apoyo familiar y del equipo de salud, que puedan estar anudados a una mejoría a nivel de salud mental entendida desde una perspectiva social, en la que se resalten las capacidades y la puesta en juego de estas con otros.

Dado lo anterior, en el reconocimiento de la experiencia de vida de quienes padecen la enfermedad, de cómo encarnan la vivencia de la misma desde el diagnóstico mismo, de los giros que se pueden presentar en su relacionamiento con su familia y equipo de salud, se considera pertinente el abordaje fenomenológico, derivado de la escuela de Heidegger y más aún desde los planteamientos de Max Van Manen ya que el interés se centra en la experiencia de vida de las personas con diabetes tipo 2 que están inscritas en el Proyecto Día, se enfoca en las percepciones que se tienen del apoyo familiar y del equipo de salud, accediendo de esta manera, a un conocimiento más profundo del sentido y significado que tienen de esta experiencia aquellas personas quienes la vivencian.

Asimismo, el presente estudio quiere fundamentar su perspectiva analítica en los cuatro existenciales que propone Max van Manen, quien afirma que los vínculos que se establecen entre los datos y el conocimiento teórico se dan a través de la reflexión por medio del uso de la literatura fenomenológica, y que él denomina los "cuatro existenciales", estos son: espacio vivido (espacialidad), el cuerpo vivido (corporalidad), el tiempo en el que se vivió (temporalidad) y las relaciones humanas vividas (relacionalidad) como guías que permiten la reflexión (11,12).

Cuerpo vivido: De acuerdo con Max Van Manen, Husserl considera al cuerpo como aquel que porta un punto de orientación que parte en cero, es expuesto como el órgano de la percepción, sensible y con voluntad. Dice así: "Es el cuerpo, en tanto que existencia, el factor individualizador que nos convierte a cada uno en una particular presencia del mundo" (31).

Espacio vivido. Podría denominarse como la dimensión de la vida humana. Es la significación que logra para los seres humanos en el espacio y en el comportamiento que allí se teje, el cual se elabora día a día, en relación con la experiencia tanto individual como social que se tenga. Por tanto, “El espacio en que se desarrolla el comportamiento se halla condicionado a factores tales como la cultura, la clase o grupo social, los conocimientos adquiridos, el lugar de origen, sus historias de vida, etc.” (32).

Tiempo vivido. Heidegger planteó a la persona como ser en el tiempo. Se le denomina temporal a todo aquello que es y está en el tiempo y es determinado por este. Lo temporal alude también a lo pasajero, aquello que perece en el transcurrir del tiempo, el cual pasa; no obstante, al mismo tiempo que éste pasa permanece como tiempo, lo cual implica estar presente y por tanto no desaparecer. Por ende, el tiempo es constitutivo del ser o existencia (32).

Relaciones humanas vividas. Podría afirmarse que cuando las personas logran expresar y actúan en aquello que llama su atención, se comprometen y asumen posiciones sobre lo que son y van construyendo tanto de manera individual como en su entorno. Los seres humanos establecen modos de comprensión del mundo y de las relaciones que establecen con el mismo.

Con base en la línea metodológica sobre la que se sustenta este estudio, se asevera que las percepciones que los pacientes diabéticos tengan acerca del apoyo familiar y del equipo de salud del Proyecto Día, podrían estar directamente relacionadas con los comportamientos y actitudes del propio ser en los cuatro existenciales planteados, en donde nacen, perduran o se modifican y van a incidir en las estrategias de afrontamiento y control de la enfermedad.

4.1 Tipo de estudio

El marco general desde el cual se guió el diseño metodológico del presente estudio es el de la investigación cualitativa, ya que este es congruente con los propósitos que se exponen en el objetivo general, en el sentido de comprender la vivencia de una enfermedad (diabetes tipo 2) dentro de una espacialidad específica, en un tiempo concreto y desde la concepción del ser humano como ser en relación y construcción constante y desde una pregunta particular que persiguió comprender la realidad de cada participante desde la perspectiva, experiencia y significados construidos por ellos mismos a través de su historia de vida. En consonancia con Galeano "La investigación social cualitativa apunta a la comprensión de la realidad como resultado de un proceso histórico de construcción a partir de la lógica de los diversos actores sociales, con una mirada "desde adentro" y rescatando la singularidad y las particularidades propias de los procesos sociales" (33)

Asimismo, podría afirmarse que la investigación cualitativa en una manera de dar cuenta y encarar la realidad de las personas que viven circunstancias concretas, develando la encarnación de situaciones que se le imponen desde lo externo e implican la modificación interna de modos de vida, incidiendo en su relacionamiento con los demás y con su propia manera de habitar el mundo. Por tanto, la investigación cualitativa permite apreciar el tejido de significados que las personas atribuyen a sus vivencias y al mundo que los rodea (34), se enfoca en realidades subjetivas, dotándolas de posibilidad de comprensión desde un plano riguroso y científico, plantea las realidades como procesos de construcción histórica donde se resalta el papel de la cultura rescatando no sólo lo genérico sino también lo particular y diverso. Lo anterior conlleva además a plantear el conocimiento como un proceso social en el cual el investigador debe asumir un rol de reflexión y una actitud ética y responsable frente al fenómeno que busque estudiar y comprender (35).

En complemento, según lo planteado por Szent Gyorgyi (27) la realidad abordada desde la mirada cualitativa es una perspectiva en muchas ocasiones ilógica, contradictoria, poco lineal. Por lo que los métodos de investigación cualitativos buscan "limar" las contradicciones que se generan, por medio de estrategias que buscan captar imágenes de realidades que son cambiantes y que se encuentran en constante proceso de construcción.

Ahora bien, las personas que encargan un diagnóstico como lo es el de diabetes tipo 2 en el Centro Integral de Salud de Sura en Rionegro- Antioquia fueron las personas seleccionadas para este proceso de investigación y asimismo las fuentes de información fueron sus propias historias de vida antes, durante y después del diagnóstico, lo cual es congruente con lo planteado anteriormente con respecto a los intereses y alcances de la investigación cualitativa, en cuanto esta permite comprender la complejidad de la experiencia vivida a partir de quien la vive (36).

De acuerdo con este método de investigación cualitativa se eligió el enfoque fenomenológico hermenéutico, buscando la comprensión de la encarnación de la enfermedad a través de la comprensión de las percepciones entorno del apoyo familiar y del equipo de salud para el control de la diabetes tipo 2.

Finalmente, la pretensión fue lograr una comprensión del fenómeno desde la propia palabra y percepción de la vivencia de las personas entrevistadas.

4.2 Descripción del contexto. Centro Integral de Salud Sura Rionegro.

El Centro Integral de Salud Sura de Rionegro se encuentra ubicado en el Parque Recreativo Comfama. Cuenta con 32.469 afiliados. En la implementación del Proyecto Día Sura se tienen 716 personas diagnosticadas con diabetes tipo 2, las cuales hacen parte de dicho proyecto. (El cual se encuentra descrito en el marco teórico).

El fenómeno específico de estudio en esta población fueron las percepciones entorno del apoyo familiar y del equipo de salud del proyecto Día para el control de la diabetes tipo 2 desde la perspectiva de quienes encarnan la enfermedad. Como se ha aseverado con anterioridad dicha enfermedad es de gran impacto no sólo para el sistema de salud por sus altos costos sino también para la calidad de vida de las personas por las complicaciones que se pueden derivar a partir de esta (retinopatía, pie diabético, daño renal, amputaciones, etc). Por tanto, a partir de la consideración del ser humano como ser en relación, el cual se construye a partir de sus vivencias, del tiempo en que vive, del espacio que ocupa y de las relaciones que establece con los demás, se hizo importante poder reconocer desde ellos la percepción de apoyo tanto desde sus personas más cercanas (familias) como desde un equipo de salud que acompaña y realiza seguimiento a los tratamientos tanto desde lo farmacológico como en la modificación de estilos de vida.

Para tal propósito interesó en este estudio, reconocer la estructura familiar, el funcionamiento y la dinámica que se establece al interior de la familia de cada uno de los participantes a partir del diagnóstico de la diabetes tipo 2, resaltando las acomodaciones, cambios, sensaciones, modos de relacionamiento que se establecieron a raíz de este momento. Asimismo, la apropiación de los cambios sugeridos desde el equipo de salud (dieta, incremento de ejercicio, medicamentos), el momento de ingreso a la EPS Sura, la percepción de atención durante el tiempo que lleva consultando. Se dio especial importancia además al reconocimiento de observaciones, sugerencias y apreciaciones del modelo de atención en su tratamiento. Todo esto con el fin de comprender un poco más las percepciones con relación a la vivencia de la enfermedad, las implicaciones de esta y la movilización generada en el entorno más cercano de los participantes.

4.3 Selección de los participantes

4.3.1 Participantes

Pacientes diagnosticados con diabetes tipo 2 Centro Integral de Salud Sura Rionegro.

4.3.2 Criterios de inclusión

Pacientes diagnosticados con diabetes tipo 2 inscritos en el Proyecto Día.

4.3.3 Criterios de exclusión

- No querer participar en el estudio o presentar alguna dificultad de tipo cognitivo que le impida llevar a cabo el desarrollo de la entrevista.

- Se excluyeron a aquellos que tuvieran algún diagnóstico psiquiátrico (demencia senil, alzheimer, depresión mayor, etc) por lo cual se les explicó que no era posible la participación en el estudio porque no se les podía garantizar un tratamiento al prediagnóstico que tienen. Por tanto se realizó una evaluación de tamizaje en el inicio de la entrevista en la que se indagó por comorbilidades psiquiátricas o consumo de medicamentos asociados a estas, asimismo, se indagó acerca del estado de ánimo de los participantes en los últimos 15 días para detectar cuadros depresivos, ansiedad, estrés postraumático o problemáticas que pudieran impedir un adecuado desarrollo de la entrevista u obstruir el cumplimiento de los objetivos que se plantean en la investigación y así prescindir, sí es el caso, de la participación del sujeto en el estudio.

Sin embargo, en el tamizaje realizado, se encontró que las personas interesadas en participar en la investigación no tenían diagnósticos psiquiátricos ni alteraciones cognitivas o de ánimo que impidieran desarrollar la entrevista.

4.4 Proceso de acercamiento

En cuanto al proceso de acercamiento, en primer lugar se realizó una reunión en la aseguradora EPS Sura para la presentación del objetivo y alcances de la investigación. Posteriormente, en la población posible para la participación se realizaron variaciones en varios Centros Integrales de Salud (Copacabana, Girardota y finalmente Rionegro- Antioquia), debido a que la investigadora principal labora en dicha institución y fue trasladada de sede en varias oportunidades. No obstante, lo anterior no afectó el planteamiento de la investigación, puesto que el Proyecto Día Sura se implementó en todos los Centros Integrales de Salud. Se aclara que en el momento de la recolección de información los participantes fueron del municipio de Rionegro tanto del área rural como urbana.

A partir del aval ético dado por la Facultad Nacional de Salud Pública, se procedió a la búsqueda de base de datos de los pacientes con diabetes tipo 2 inscritos en el Proyecto Día Sura del municipio de Rionegro. Esta base de datos contó con 752 personas con el diagnóstico mencionado. Para la invitación a participar en la investigación se les llamó telefónicamente, se les explicó el objetivo de la investigación y se les invitó a participar. De estas personas contactadas, 3 expresaron no estar interesados y 4 manifestaron querer hacer parte del proyecto, por lo que se les brindó la información y se acordó con ellos el día y la hora de la entrevista. Asimismo, en los grupales de psicología y nutrición del Proyecto Día, se les explicó el proyecto y se les invitó a participar. De estos, 4 expresaron querer asistir y participar. Por tanto, inmediatamente se acordó también con ellos día y hora de acuerdo con su disponibilidad.

Antes de iniciar la entrevista se les explicó con más detalle el propósito de la investigación, se les leyó el consentimiento informado pausadamente haciendo claridad en cada uno de los párrafos, invitándolos a manifestar dudas, inconformidades o algún tipo de observación. Luego de esto se pasó a las firmas del entrevistado y de la investigadora principal y posteriormente a la entrevista, se le pidió a dos tipos de testigos su firma (acompañantes de los participantes o psicólogas del Centro Integral de Salud). A estos también se les explicó el por qué la importancia de sus firmas y el objetivo del estudio.

4.5 Herramientas para la recolección de información

La entrevista es expuesta como una de alternativas más antiguas y convencionales para la recolección de información sobre del hombre inmerso en situaciones de cualquier índole (38) esta se caracteriza por una preparación a priori de lo que se pretende indagar.

La entrevista se entiende como proceso de comunicación que se realiza normalmente entre dos personas (pueden existir más involucrados); durante el cual el entrevistador obtiene información del entrevistado de forma directa. La entrevista no se considera una conversación normal, sino una conversación formal, la cual tiene una intencionalidad, que lleva implícitos unos objetivos englobados en una Investigación (38).

Existen varias tipologías de entrevistas, en este caso particular se realizó una entrevista semiestructurada, la cual consistió en la formulación de preguntas de carácter abierto, a partir de las cuales la persona entrevistada construyó sus respuestas de manera libre. La entrevista no estructurada destaca la interacción entrevistador- entrevistado, el cual está vinculado por una relación de persona a persona cuyo deseo es entender más que explicar. Por lo que se recomienda la utilización de preguntas simples y enunciarlas con claridad, además, que impliquen una idea principal que refleje el tema central de la investigación (39).

En la entrevista cualitativa o de investigación, se pueden distinguir dos modalidades: la profunda y la focalizada, también llamadas de profundidad («no dirigida») y enfocada o focal. La técnica que se tuvo presente para la recolección de información de este trabajo fue la entrevista a profundidad, puesto que las personas fueron entrevistadas en asuntos directamente relacionados con ellas (diabetes tipo 2), y se les estimuló para que expresaran con absoluta libertad sus sentimientos y opiniones a partir de su experiencia de las formas como representan su vivencia de la misma (37).

Dentro de los objetivos de la entrevista a profundidad se pueden describir como: Comprender más que explicar, potenciar el significado, buscar la respuesta subjetivamente sincera, obtener respuestas emocionales frente a racionales (38).

Para la realización de la entrevista se tuvo en cuenta el seguimiento del respectivo protocolo, dando a conocer el consentimiento informado, y procurando generar un espacio propicio para que el proceso transcurriera en las condiciones más óptimas, de tal forma que se le brindara confort al entrevistado, se conservó un trato cordial, se le permitió la conclusión de su discurso, adoptando una escucha activa y empática, se respetaron las pausas y los silencios del entrevistado, de igual modo, se hizo importante demostrar al entrevistado la legitimidad del proceso, recordando y enfatizando en el propósito de la investigación (40).

4.6 Procesamiento y análisis de la información

4.6.1 Procesamiento

Se llevaron a cabo 8 entrevistas las cuales fueron grabadas con una grabadora de periodista. Estas se realizaron en el consultorio de psicología del Centro Integral de Salud Sura en el municipio de Rionegro, el cual contó con

buena iluminación, sillas cómodas, siendo este un espacio privado para garantizar la confidencialidad de la información. Debido al aislamiento del ruido externo, la grabación y posterior escucha y transcripción de las entrevistas se pudo llevar a cabo de una manera clara, siendo fiel al contenido de éstas.

Las transcripciones fueron realizadas por la investigadora principal quien a medida de cada transcripción hecha, las escuchó de nuevo para hacer correcciones u obtener claridad en algunos términos que pudiera haberse pasado por alto en el primer momento de la transcripción. Esto favoreció mucho el estar de nuevo en contacto con la vivencia de la enfermedad expresada por las personas entrevistadas.

El análisis se realizó de modo simultáneo, es decir, una vez transcrita la entrevista se iniciaba con el proceso de codificación.

En el proceso analítico se retomó a Strauss (41) "Para descubrir, nombrar y desarrollar los conceptos debemos abrir el texto y exponer los pensamientos, ideas y significados contenidos en él". Para llevar a cabo este postulado, se utilizó la codificación abierta, con la cual se pretendió identificar los conceptos clave y descubrir en los datos obtenidos sus dimensiones y propiedades.

En complemento, para el desarrollo de la codificación, en primer lugar se tomó en cuenta la guía de preguntas inicialmente planteadas, pero también se extrajo de estas aquellas preguntas que surgieron de acuerdo con las particularidades de cada uno de los participantes. Por tanto, en primer lugar, en Excel, se diferenciaron las preguntas de acuerdo con su contenido (familia y Eps Sura), en las cuales se indagó por aspectos relacionados con estructura, dinámica y funcionamiento familiar relacionado con el apoyo percibido con respecto al diagnóstico de diabetes tipo 2 y asimismo, el ingreso, percepción de apoyo, control, seguimiento de la enfermedad desde el equipo de salud del Proyecto Día Sura. Para tal codificación se tuvieron tres columnas (código del entrevistado,

pregunta y palabras o frases clave en lo indagado) para posteriormente observar elementos comunes.

En este sentido, el orden que se tuvo para la codificación fue el siguiente:

- Transcripción de las entrevistas.
- Extracción de la totalidad de las preguntas realizadas, las cuales fueron leídas cuidadosamente y numeradas (pregunta1,2,3...), iniciando con todas las relacionadas con la familia y luego con las de la EPS.
- Se utilizaron los códigos EnúmeroPnúmero H –M (en donde E significa entrevista y el número hace alusión al número que se le asignó a cada entrevistado, P refirió a la palabra Pregunta y número aludió al número de la pregunta. H (hombre) M (mujer).
- Posteriormente, se extrajeron del texto las respuestas de los participantes y se agruparon en Excel de acuerdo con su correspondiente pregunta.
- En dicho libro de Excel se contó con una columna para identificar en cada pregunta aquello más relevante y que respondía a la formulación de la pregunta (se tuvieron tanto palabras clave como también fragmentos).

Se presentan a continuación ejemplos del proceso de codificación y categorización llevados a cabo:

| ESTRUCTURA FAMILIAR | | | | | |
|---------------------|--|--------|--|---|--------|
| | PREGUNTA 1 ¿QUIÉNES CONFORMAN LA FAMILIA? | CÓDIGO | | PREGUNTA 2 ¿QUÉ HACEN LOS MIEMBROS DE TU FAMILIA? | CÓDIGO |
| E1P1 | Una cumple 35, la menor y la otra tiene 38. No, ellas viven separadas, ellas viven en Medellín, la otra vive en un apartamento, a otra en otro. | | | Ah no, no, las dos se casaron, la mayor envuado, porque al esposo lo cogió un cáncer y la otra tiene una bebé y está esperando otro bebé para dentro de un mes. Una de ellas es arquitecta, por ahora no está en ninguna empresa, está trabajando de cuenta de ella, pero sí, vamos a veces, a veces ella sube, ella vive una vida muy tranquila, ella es muy pasiva, es como de hacer yoga, es una vida muy calmada. Ah, el trabajó en varias partes, Coltejer, trabajó cuando estaban haciendo el Aeropuerto, era conductor allá, sí, en varias partes. | |
| E2P1 | No, vea, yo tengo de mi primer matrimonio yo tengo dos hijos, pero no trabajan allá, mi esposa es viuda y tiene dos hijos. Con ME (actual esposa) llevo dieciséis años, ajusté dieciséis años el febrero de este año y el febrero de este año ajustamos cinco años en la empresa, llevamos pa' seis años. | | | uno de los hijos es dueño de la empresa en la cual trabajamos ella y yo, la otra hija de ella vive aquí en Rionegro en la vereda Aguas Claras, ella tiene un cultivo de hortalencias, el trabajo de ella son las flores de la hija de mi esposa. lo que pasa es que mi esposa tenía una licorera aquí en Rionegro, San Antonio ahí trabajamos ella y yo y otro muchacho. (anteriormente) Tengo un negocio... es un alquiler de caballos, fuera de eso tengo una microempresa de transporte y carga, en la otra que es transporte caballos más que todo, dos camiones. | |

Figura 3. Ejemplo 1. Codificación y categorización de la información

| SURA | | SURA | |
|---|--------|---|-------|
| MOMENTO DE INGRESO A SURA | | PERTINENCIA EN ASIGNACIÓN DE CITAS | |
| PREGUNTA 19 INGRESO A EPS SURA | CÓDIGO | PREGUNTA 20 PERTINENCIA EN ASIGNACIÓN DE CITAS | |
| <p>Bueno, primeramente la motivación para pasarme a SURA, fue la mala atención de la otra EPS, entonces eso fue lo que me impulsó para SURA, me dieron referencias, que era, pues, como la mejorcita, yo también veía porque eso no, no es que tampoco sea ciego.</p> <p>A ver, la dificultad para conseguir una cita, la dificultad para darle a uno los medicamentos, no es que lo traten mal, no, sería mentirosa, pues, que dijera que no es que uno llega allá y lo atienden con cara de odio, no, prácticamente tuve buenas relaciones tanto con los médicos como con las enfermeras, pero realmente uno ve que no, ellas no tienen la culpa, porque la culpa es de otras cabezas más arriba y lo mismo a la farmacia, uno llega a reclamar un medicamento, la culpa no es de las que están atendiendo, la culpa es que no les llega el medicamento, entonces uno también comprende todo eso, yo soy una persona ajena a estar insultando al directo que se entrevista conmigo, yo reniego contra la institución.</p> <p>No, apenas empecé el primero de junio.</p> <p>No, pues llegué investigando, porque no sabía nada, con qué se comía qué, entonces como los dos íbamos a empezar, entonces ya le dije a una vecina que se había pasado pa acá también, le dije que cómo hacía uno pa pedir una cita, porque tenía que empezar por pedir una cita, porque ya estábamos también para la revisión que veníamos, que veníamos yendo cada dos meses en la otra EPS con el médico, para que nos mandaran de nuevo los medicamentos, entonces pidamos una cita para ambos y ya que nos hagan las fórmulas y que nos cuenten por ahí derecho cómo es el rollo allá, entonces pedimos una cita, nos la dieron, vinimos, y trajimos las fórmulas que tomábamos y bueno, inmediatamente, y a mí personal, ahí mismo me dijeron: no vea, usted va a entrar a un programa, ¡ah, no!, porque yo le dije es que yo venía en un, yo venía con la otra EPS, eso era lo único que me mantenía como amarrada, sinceramente a pesar de lo mala, lo que más me amarraba era que yo venía con el mastólogo en consulta, a mí me veía un mastólogo por medio de Saludoop en Medellín, no ginecólogo como tal, sino que tenía especialidad de mastólogo porque yo he tenido problemas del seno pero, problema y no problemas, unas masitas, pero son buenas.</p> | | <p>No, esta es la primera, las primeras citas son estas porque uno después de que se cambia de EPS según las cosas debe esperar un mes, las primeras citas: médico general, nutricionista, con usted que es la psicóloga.</p> | E1P20 |

Figura 4. Ejemplo 2. Codificación y categorización de la información

Al contar con el material previamente descrito, se pasó a una nueva lectura del documento elaborado y se realizó el ejercicio de categorización del cual se derivaron conceptos a través de los datos que dan cuenta de los fenómenos. Como se expresó anteriormente, este proceso se realizó utilizando Excel.

Cabe aclarar además que no se hicieron más precisiones en los códigos de asignados a cada participante con el propósito de velar por la identidad de estos.

Finalmente, con el propósito de realizar la devolución de los resultados a las personas participantes del estudio y poder así contrastarlos con nuevas ideas, aportes, percepciones, inconformidades con lo encontrado, entre otros, se realizó un grupo focal con 5 de éstas, entrevistados, 1, 4, 5, 6 y 7 en un salón del CIS Sura Rionegro. Ante estos, se presentaron nuevamente los objetivos del estudio, el proceso que se llevó a cabo para la recolección de los datos y se expuso en power point los hallazgos obtenidos invitando a la reflexión y a la puesta en común de nuevos elementos o de críticas con respecto a lo descrito e interpretado. Dichas personas comentaron estar de acuerdo con el análisis realizado, hicieron énfasis en la importancia de sentirse acompañados no sólo de sus familias sino también del equipo de salud, pues consideraron como elemento clave además del tratamiento farmacológico, la calidez en la atención, la cual resaltan. Este espacio permitió además la expresión de experiencias que espontáneamente fueron aludidas por los participantes y compartidas con los demás (de manera especial el momento del diagnóstico), mostrando así de nuevo la confusión emocional que se deriva ante la necesidad de realizar cambios en muchas ocasiones por temor a las complicaciones de una enfermedad como la diabetes tipo 2 y la sensación de reto ante el desafío de cambio de las costumbres más cercanas (familiares, sociales, culturales), sobre todo lo referente a la alimentación.

En complemento, con respecto a las personas que no pudieron asistir por compromisos laborales, entrevistados 2, 3 y 8, se les contactó telefónicamente, se les agradeció de nuevo su valiosa colaboración en el estudio y se les comentó los resultados obtenidos. Estas personas manifestaron sentirse de acuerdo y resaltaron la necesidad de incluir en las actividades que se realizan a los miembros de sus familias, con el fin de potenciar aún más el apoyo de sus redes cercanas en el manejo de la diabetes tipo 2.

4.6.2 Análisis de la información

Para dar cuenta del análisis de la información se partió de la consideración de Heidegger, quien afirmó que el sentido de la experiencia parte de la consideración de ser humano como aquel que "es" comprendiéndose a sí mismo y su sentido en el mundo de la vida (42).

Asimismo, siguiendo el orden de la codificación realizada, se procedió al análisis tomando en cuenta los fragmentos de entrevista relacionados con preguntas concretas, lo cual permitió reconocer la experiencia de vida de cada uno de los participantes con diagnóstico de diabetes tipo 2, teniendo presente los cuatro existenciales de Max Van Manen (*encarnación, relacionalidad, espacialidad y temporalidad*). Estos fueron los ejes para la presentación de los hallazgos y el reconocimiento de los procesos individuales de cada participante, en donde se resaltaron elementos, reacciones, percepciones comunes, pero también se resaltaron las diferencias en las vivencias, dando cuenta así de la vivencia propia de cada individuo y su afectación no sólo personal sino también social, de manera concreta en su familia y con el equipo de salud tratante.

4.7 Compromisos éticos

El presente trabajo fue avalado en primer lugar por el Comité de Programa de la Facultad Nacional de salud pública según el acta N° 09-2016 de mayo 03 de 2016 (ver anexo 1)

Posteriormente, fue avalado por el comité de Ética de la Facultad Nacional de salud pública según el acta 144 del 10 de junio de 2016. (ver anexo 2)

Esta investigación fue clasificada como de RIESGO MÍNIMO y contempló los parámetros establecidos en la resolución N° 008430 de 1993, emanada por el

Ministerio de Salud de la República de Colombia, por lo que no conlleva riesgos para la salud.

En el proceso se garantizó a los participantes la confidencialidad de la información y para cada uno de ellos se diligenció el formato de consentimiento informado diseñado para esta investigación (ver anexo 3)

Finalmente, en cuanto a las inquietudes que surgieron por parte de los participantes con respecto al estudio, se resolvieron en el momento mismo en el que se presentaron y en otras más relacionadas con asuntos de la EPS se les brindo la información de dónde acudir para resolverlas.

5. Resultados y análisis

Los hallazgos y su consecuente análisis, se enmarcan en la perspectiva de la fenomenología hermenéutica, se incluyen algunas deducciones debido a la naturaleza de las entrevistas y las descripciones realizadas por la población en estudio.

Ahora bien, el acercamiento fenomenológico a la vivencia de una enfermedad como la diabetes tipo 2 conlleva al diálogo entre los diversos existenciales que de acuerdo con Van Manen constituyen dicha vivencia: Encarnación, espacialidad, temporalidad y relacionalidad, en cuyos aspectos se ahínca el tejido de situaciones que acompañan un diagnóstico y lo que se desprende a partir de ello, es decir, las modificaciones que se derivan desde la vivencia de la enfermedad.

Caracterización de la población:

- Personas con diagnóstico formal de Diabetes Mellitus tipo 2
- Adultos entre 20 y 60 años de edad
- Residentes en Rionegro- Antioquia
- Personas pertenecientes al Proyecto Día
- Personas Pertenecientes a EPS SURA.
- Pertenecientes a IPS Comfama Rionegro.
- Individuos que no padecen patología psiquiátrica

5.1 Vivencia del diagnóstico (Encarnación, Temporalidad)

5.1.1 Encarnar el diagnóstico. Un desafío para la propia vida y la familia

El diagnóstico de una enfermedad crónica como la diabetes, la cual indica que se tendrá para toda la vida y ante la cual se deben asumir determinados cambios para poder tener una adecuada calidad de vida, conlleva a la presencia de diversas reacciones tanto en el momento mismo del diagnóstico como a partir del mismo. Tener diabetes implica la encarnación de una enfermedad, es decir, hacerla parte del día a día, tenerla presente para las decisiones que se tomen con respecto a los alimentos, incrementar actividad física sino se tiene como hábito, adherirse a los medicamentos y estar ejerciendo autocontrol para evitar las complicaciones de la misma. El diagnóstico de diabetes implica movilizaciones desde el área emocional, familiar, laboral (porque se sugieren cambios que deben adaptarse al diario vivir y no a momentos en específico). Por esto, se observa en las personas entrevistadas la conmoción con respecto al diagnóstico:

"Me dio muy duro porque se me vino como el mundo encima (...) los chuzones, eso fue lo que más duro me dio (...) mentalidad al extremo (...) yo soy muy verrionda..." E1P5M

"...Me dio muy duro (...) Me cayó el mundo con la insulina (...) Yo me encerré...sacaba excusas..." E6P5M

Al mismo tiempo que se expresa temor de manera específica al uso de un tratamiento (inyectarse insulina), *"...yo tratando de que no llegue allá (insulina)..." E7P34M*, también se detecta un deseo de poder asumirla y continuar con la vida.

La expresión que se observa de manera recurrente "muy duro" conlleva a pensar en el impacto emocional que genera este diagnóstico, el cual pareciera presentarse como algo que afecta el estado de ánimo, llevando a sensaciones de

tristeza e incluso a que quien padece la enfermedad se aleje un poco de lo externo para intentar comprender no sólo la etiqueta diagnóstica sino lo que implica de ahí en adelante, *"...Me dio mucha, a mí me dio mucha tristeza cuando me dijeron que estaba diabética..." E7P5M.*

El común denominador cuando se trata del diagnóstico de enfermedades crónicas, es el factor del estrés, ya que las personas deben habituarse a la nueva consigna de que tendrán que hacer cambios radicales en su vida si aspiran padecer la enfermedad con dignidad y calidad de vida; además, tienen que enfrentarse cotidianamente a la responsabilidad de cuidar su salud de manera más minuciosa (43)

Asimismo, se detecta mucho temor por la condición de cronicidad de la enfermedad "para toda la vida" denota la condición de hacer parte de sí algo que no se tenía tal vez contemplado:

"... Y quién no se va a sentir triste siendo que me dijeron los médicos que ya era una enfermedad que no tiene cura, que no tiene cura y que en día en día empeoro (...) dejé de comer mucho tiempo, pero entonces el esposo me decía que tenía que comer, que era peor (...) yo me mantenía muy aburrida, mucha aburrición (...) No, no, con la ayuda de mi Dios, pero sí muy triste (ideas suicidas)..." E4P9M.

Se observa en esta expresión el llevar un poco al extremo las recomendaciones con respecto a la alimentación por el temor continuo de sentir amenaza latente, haciendo del acto de comer no algo placentero y encaminado al bienestar, sino un momento de tedio propiciado tanto por la tristeza como por el temor al empeoramiento de la salud.

Lo anterior coincide con lo detectado por López (44), donde los participantes de un estudio sobre de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, destacan como algunas de las emociones predominantes durante

su proceso de enfermedad a la angustia/depresión y dolor/malestar, puesto que más de la mitad de la muestra asevera tener algunos o muchos problemas. Este malestar también se relaciona en dicha investigación con la característica principal del tratamiento de una enfermedad crónica y degenerativa, la cual implica el seguimiento de un procedimiento terapéutico de por vida, lo cual condiciona inmediata y directamente sus actividades, comportamientos y autoestima, ya que de no seguirse tales indicaciones se pueden presentar consecuencias negativas y la anticipación de estas generan preocupación y angustia con respecto a las posibles complicaciones que se deriven de la enfermedad (44)

Entonces se detecta asimismo al momento del diagnóstico, temores referidos a los comentarios, imaginarios culturales e incluso vivencias que se tienen de la enfermedad. Aparece en los participantes la imagen de aquellas personas cercanas o indirectas que han sido diagnosticadas de diabetes y las complicaciones que tuvieron a causa de esta enfermedad.

“... Yo recibí esa sorpresa muy maluca porque los comentarios de la diabetes siempre es muy delicados, yo me sentí más, de verdad me sentí más bien acomplejada (...) me sentí como más bien triste (...) yo dije: no, voy a tomarme los medicamentos bien juiciosa, voy a bregar a llevar todas las recomendaciones que más pueda y bueno, ahí voy, pero no, yo no me he sentido triste, pues, yo si me pongo a ver a mi hermana pues...” E5P5M.

En este primer momento se destaca además la relevancia del acompañamiento tanto profesional como familiar para adaptarse a los cambios, expresando *“...yo manejaba mucho estrés primero, yo manejaba mucho estrés (...) fui empeorando, hasta que me mandaron la insulina. Eso es muy duro, ya cuando le mandan la insulina a uno, uno se quiere morir, o sea, saber que uno, más que eso es una, saber que eso es una enfermedad ya de por vida, eso es duro, pero gracias a SURA, al acompañamiento mucho de la familia uno empieza como a tratarlo allá...” E3P5H.*

En complemento con lo anterior, si bien encarnar la diabetes refiere cambios y transformaciones, también para algunas personas el haber tenido otros diagnósticos preliminares implica poco impacto ante la noticia o aún más se considera como algo consecuente con otros diagnósticos previos. *“... A mí me dio duro cuando me dijeron del cáncer, de la diabetes no, porque yo me lo esperaba...” E8P5M*

De acuerdo a lo expuesto, se podría hacer una analogía con lo especificado por Rodríguez (43) en su trabajo presentado en principios del presente año 2016, donde la mayoría de las personas participantes en su estudio ya que tenían más de diez años con diabetes y gran parte de esta muestra ya tenía sospechas sobre el padecimiento de la enfermedad antes de ser formalmente diagnosticada. Casi la mitad de las personas manifestó que al momento de indicarles su diagnóstico se encontraba en un estado medianamente avanzado. La mayoría reportó alguna molestia física relacionada con su enfermedad, siendo el cansancio la más común. Así como el mayor porcentaje de los participantes reveló que contaba con pocos conocimientos acerca de su enfermedad antes del diagnóstico (43).

Se puede observar que esta comunidad de acciones y sintomatología médica que no era lo suficientemente clara ni contundente para tomar acción con respecto a su salud, como aumento de peso, sed y necesidad de comer frecuentemente alimentos de alto índice glucémico, sólo por mencionar algunos. A partir de los diagnósticos los pacientes describen: Estado de ánimo bajo, tristeza, bajo apetito, miedo a la ingesta de alimentos, baja socialización y sentimiento de que la vida no volvería a ser igual. Se documentaron casos en los que los pacientes ignoran el mecanismo de acción de la enfermedad, los órganos implicados, complicaciones posibles, afectaciones y posibilidad de tratamiento, en este sentido, los afectados se limitan a restringir completamente los azúcares simples de su dieta y a tomar el medicamento como lo recetó su médico tratante.

Como resultado de estas formas de relacionamiento no sólo con la sociedad, la familia y consigo mismo posterior al diagnóstico, los participantes describen vidas poco satisfechas, añoranza del pasado, poco deseo de añadir modificaciones a su estilo de vida en general, no solo en la dieta y la forma de alimentarse *"Eso lo pone a pensar mucho a uno, como cambiar totalmente de hábitos de vida, ya la parrandita, los traguitos, y eso es duro empezando, porque en sí, comer es bueno, todo lo que es chatarra"*. E3P14H

Esta añoranza del pasado y la percepción de que la única forma de vida posible es la restricción de los alimentos que más les satisfacen, podría verse directamente relacionado con comorbilidades psiquiátricas, psicológicas, emocionales e inclusive otras patologías médicas asociadas.

5.1.2 El factor hereditario de la enfermedad. ¿una carga para la vida? O ¿una alerta para mejorar nuestras condiciones de salud?

Entre los factores de riesgo más frecuentes para desarrollar diabetes se encuentran la obesidad, mala alimentación, falta de actividad física, edad avanzada y antecedentes familiares (45). Se observa como éste último componente, repercute en la generación de la idea que los pacientes tienen acerca de la enfermedad y que afloran en el momento de la asimilación del diagnóstico. Se detecta correspondencia con respecto a los antecedentes familiares con grados de consanguineidad significativos (padres, abuelos, tíos), donde se alude a que algunos de estos han seguido las recomendaciones dadas por el equipo de salud *"...mi hermano mayor, él sufre, él es diabético (...) el hombre ya, digamos, se empezó a cuidar, (...) cada mes asiste a sus controles y va super bien..."* E2P3H. Sin embargo, también se describen casos de familiares en los que las complicaciones han sido letales y en donde no se ha presentado adherencia a los tratamientos y cambios en el estilo de vida *"...Una tía. Le han dado comas diabéticos, a ella si le ha dado comas diabéticos (...), Pero ella si ha*

sido como más trampa, a ella si ha sido de insulina y ha sido de las que si te ven el cubito de azúcar, ella se lo va gastando...” E1P3M

“... Mi abuela murió de diabetes (...) cortada los pies, ya a lo último, debido a la azúcar murió...” E3P3H

“...mi mamá a los años, a los años fue diabética, pero ya estaba viejita, ya apareció con diabetes y mi hermana mayor. Sí, y mi hermana mayor que en este momento va para cinco años de estar postrada en la cama de un derrame cerebral que le dio...” E5P3M

"Mi mamá fue diabética, ella tenía el azúcar muy alta, porque toda la herida que ella se hacía no le sanaba, toda se le volvía grande, grande (...) hasta que se le gangrenó la pierna, había que amputarla, pero ella no se dejó cortar esa pierna, un año duró después de que dijeron que había que amputar, un año duró con esa herida " E7P3M

“... por parte de mi mamá y por parte de mi papá también, los abuelos y por parte de mi mamá un tío. Al tío mío por parte de mi mamá, sí, a él le dio comas diabéticos, a mi abuela también le dio coma diabético (...) el tío que se murió le iban a amputar un dedo, pero se murió antes de que se lo amputaran...” E8P3M

Se observa en lo anterior la cercanía que se ha tenido con la vivencia de la enfermedad a través de personas cercanas (abuelos, padres, tíos), lo cual se convierte en referencia con respecto a las consecuencias o comorbilidades que se pueden tener cuando no se sigue el tratamiento prescrito y/o no se realizan los ajustes pertinentes para controlar la enfermedad.

Incluso, el conocimiento de tal propensión familiar al padecimiento de la diabetes, se comunica a los demás miembros de la familia con el fin de prevenir la aparición de la misma en las actuales o futuras generaciones: *“es que yo les he dicho (a las hijas): vean mijas, se tienen que cuidar porque de pronto, pues, muy fácil la heredan (diabetes) por mí. E7P3M.*

Se detecta además en una persona, la cual no tiene antecedentes de la enfermedad, preocupación por ser ella quien se convierta en antecedente de diabetes para las futuras generaciones de su familia, *"...no, con la ayuda de Dios hasta ahora no pero me dicen los médicos que muy fácilmente puede heredar uno, pues, con el tiempo..." E4P3M*

Con relación a esto, se puede hacer referencia a los hallazgos de un estudio realizado en 2013 por Vargas AJ y Vargas EC, en donde se le consulta a las personas sobre la relevancia que le dan al componente biológico y hereditario como indicador para sufrir diabetes, la gran mayoría de pacientes diabéticos (el 92%), especificó que considera que el factor herencia genética influye de manera determinante en el padecimiento de diabetes. En lo referente al rol del elemento cultural como promotor de la diabetes, se observa que el 86% cree que la obesidad causa diabetes, mientras que el porcentaje restante manifiesta que no (46).

De igual manera, se evidencia como los pacientes conciben los comportamientos de sus familiares cercanos que padecen diabetes, bien sea para tomarlo como ejemplo del cumplimiento de las indicaciones propias del tratamiento o como modelo para no llegar a estados tan avanzados de la enfermedad: *"mi hermano mayor es diabético, él es hipertenso (...) se regeneró, porque le gustaba mucho era el aguardiente y fumaba mucho, ni volvió a beber ni volvió a fumar. E2P3H*

"Yo me pongo a ver lo de mi hermana y yo digo: ay no, esa chuzadera, morados por todas partes, (...) yo me voy a cuidar bastante, aunque a veces uno tiene esa ansiedad". E5P34M

"... y que le digan a uno que también es diabético, ya me corto y qué sufrimiento, hasta ahora me sanan rápido, pero da mucho miedo, uno se cuida mucho de una cortada, de alguna cosa". E7P3M

5.1.3 El tiempo de vida en que se da el diagnóstico. Momento crucial de historia y posibilidad de nuevas formas de actuar en la salud.

En el análisis fenomenológico también se destaca el tiempo como un factor importante en la vivencia de la enfermedad, esto es, el tiempo transcurrido en el momento de haber diagnosticado la enfermedad con respecto al momento de la entrevista fue de aproximadamente año y medio, los demás oscilan entre dos años y medio hasta un poco más de diez años como se puede apreciar en los siguientes apartados:

“...El 15 de agosto del año pasado me hicieron todos los exámenes en la Nueva EPS y ahí me encontraron que yo era, estaba a un pasito de volverme diabético...” E2P4H

“...por ahí dos años y medio...” E1P4M

“...Por ahí, más de diez años (...) manejaba mucho estrés primero, yo manejaba mucho estrés (...) así hasta que me fui empeorando, hasta que me mandaron la insulina...” E3P4H

En el anterior apartado se puede empezar a establecer conexiones entre la propia percepción de estrés y la influencia de este en el estado de salud. Refiere que ha empeorado, hasta llegar a un momento del tratamiento que como se ha descrito en párrafos precedentes genera movilización emocional, el cual es el uso de la insulina.

“...Hace seis años (...) casi nos tenemos que ir pa´ Medellín porque a entonces ya cuando me dijo el hijo mío que de todas maneras él iba a trabajar pa´ pagarme el seguro, entonces ya empezó él a trabajar y ya con la ayuda de Dios, él empezó, le resultó un trabajito bueno allí y ya con eso me está pagando el seguro...” E4P4M

En el anterior apartado se empieza a develar la importancia conferida al apoyo familiar, las acciones conjuntas para la búsqueda de una mejor calidad de vida, en este caso del hijo frente a su madre para ayudarla en dicho proceso.

“...más de cinco años (...) más que todo cuando mi mamá murió fue donde más, mi mamá va para seis años, entonces, fue ahí donde se me subió más la diabetes...” E5P4M

“... como siete años (...) Yo empecé con insulina, pero igual me la controlaron, estuve solamente con oral y no más...” E6P4M

5.1.4 Cambios en el cuerpo, ¿signos de alarma?

La diabetes al igual que otras enfermedades como hipertensión se puede manifestar a través de signos y síntomas, pero también tiene la peculiaridad de ser asintomática, lo cual indica la alta prevalencia de la enfermedad y la necesidad de estar realizando controles constantes de quienes tienen el diagnóstico.

“...Mucha sed, mucha sed (...) y mucho dolor de cabeza (...) muy maluca me dio mucho dolor de cabeza y desanimo, pero antes no, mucha sed yo sentía era mucha sed. No, el ánimo era bien, pues, ya cuando me dijeran que era diabética, si sentía mucho desánimo, mucho desánimo...” E4P6M

“... yo no he sentido nada. De lo que dicen que siente un diabético, yo no siento nada...” E1P35M

5.1.5 El alimento. Toda una historia familiar y cultural

Como se ha venido indicando, la encarnación de la enfermedad implica movilizaciones en el estilo de vida, conlleva a enfrentarse en muchas ocasiones a lo que se vivió durante años, a la propia idiosincrasia y costumbres familiares, pues la enfermedad no se vive de manera aislada, la diabetes acompaña a la

persona en su diario vivir, en sus decisiones, en su manera de relacionarse e incluso en sus pasatiempos. Se observa en las personas entrevistadas, estilos de vida guiados por el consumo asiduo de dulces (siendo esto lo primero que se restringe en diabetes), alimentos procesados, lo cual de alguna manera era lo natural en su cotidianidad. Dichos hábitos obedecen a pautas de crianza tradicionales y de manera específica en el Oriente Antioqueño (consumo de agua de panela, mecatos, consumo excesivo de carbohidratos, grasas) y lo cual también se acompaña de la época actual, una era donde lo "fácil" (lo procesado, los conservantes) atrae al ser humano, pues implica pocos esfuerzos y una vida cómoda. Los entrevistados relatan ese salto que se da en cuanto a la nueva manera de comer, de alimentar su cuerpo, lo cual genera choque con su anterior estilo de vida:

"...yo sí comía dulce..." E7P27M

"...yo comía normalmente el dulce..." E5P27M

"... yo era muy dulcera (...) muy mala para el ejercicio, porque mantengo, pues, muy bajita de ánimo, mantengo muy desalentada (...) pero la comida sí, la llevo como más controladita, comiendo más sano, a mí me gustaba mucho las grasas..." E8P9M.

Se detecta cierta nostalgia con respecto a lo que se disfrutaba antes. Se alude también al hecho de que a partir de la enfermedad, se presentan alteraciones en el apetito, alteraciones que vienen dadas los temores a fallar en el control que se requiere para el manejo de la enfermedad. *"...Antes de ser diabética si comía yo de todo (...) comía más, comía más, yo ahora en esta enfermedad, pues, me desgano mucho, a mi ya no me anhela la comida (...) por una parte, pues, porque me tengo que controlar..." E4P27M*

Todos los cambios de estilos de vida que implica el diagnóstico de una enfermedad como la diabetes, implica la desacomodación y asimilación de nuevos hábitos por parte del paciente e incluso de los familiares o personas cercanas, por lo que en el proceso se hacen evidentes algunos retrocesos como por ejemplo

concesiones en la dieta, ya que viene siendo uno de los elementos más difíciles de asimilar bien por factores económicos, culturales, etc. También se hacen recurrentes la negación de la enfermedad, contrariedades del tratamiento, resistencia al uso del medicamento, y voluntad en contra del ejercicio (47)

Aunque de igual manera se resalta la capacidad del ser humano para adaptarse a las nuevas condiciones de vida que requiere vivir la enfermedad, donde se destaca conciencia de la importancia de generar cambios y la responsabilización que se asume frente a estos, dando a entender así la artificialidad de los estilos de vida que se asumen los cuales son susceptibles de cambios, *"...me gustaba mucho el dulce, mucho lo, o sea, todo, o sea, digamos, era muy dulcera pero obviamente las cosas tienen que cambiar y a lo último se acostumbra (...) me gustaba más todo en cuestión de dulces..." E6P27M*

Las experiencias antes del diagnóstico se fundamentaban mayormente en:

- Ingesta de calorías indiscriminada
- Ingesta de alimentos de alto índice calórico y bajo índice nutricional
- Nula actividad física
- Socialización a partir de la comida
- Baja conciencia de hábitos y estilo de vida saludables.

5.1.6 Los cambios como posibilidades de control de la enfermedad.

En consonancia con lo anterior, los entrevistados describen los cambios sugeridos los cuales se refieren básicamente a tres aspectos: dieta, ejercicio y medicamentos, los cuales son considerados factores claves para el control de la diabetes tipo 2.

"...el dulce primero y lo otro porcionadito (...) yo como le tenía tanto miedo a la inyección yo hacía esto y yo quedaba con la misma hambre..." E1P7M

"... en cuestión de alimentación mucho ejercicio, cero dulces, muy pocas harinas..." E2P7H

"...Medicamentos..." E5P7M y E8P7M

5.1.7 Cambios en la alimentación a raíz del diagnóstico. ¿y hoy que le estoy brindando a mi cuerpo?

Como se ha venido indicando, el hecho de encarnar la enfermedad se convierte en un proceso paulatino, el cual requiere del establecimiento progresivo de nuevos hábitos, de luchas internas y probablemente familiares para dar lugar a nuevas maneras de estar y de vivir. Ante el impacto inicial se pueden observar procesos de adaptación, en donde se recalca el autocuidado, la conciencia de la enfermedad, la costumbre con respecto a los nuevos alimentos y a la preparación de estos, el bajo consumo de azúcares:

"...no tengo necesidad (de azúcar) (...) lo hago por mí misma..." E1P28M, "...uno es consciente (...) ya aprende uno a comer..." E3P28H

"...lo dulce yo soy la única (...) uno porque se acostumbró, al principio sí, uno decía: por qué a mí, por qué a mí, pero, ya uno se acostumbra..." E7P30M

"...Pues cambió muchas cosas por lo que digamos la dieta..." E6P30M

Se continúan presentando temores con relación a las complicaciones que se pueden derivar de un manejo inadecuado de la enfermedad *"...sacrificio no tanto, o sacrificio sí, lo que pasa es que, o sea, en cuanto digamos, algún dulce, alguna galleta o algo, o yo pienso que digamos que sí un sacrificio, con tal de yo no ponerme insulina, porque a mí me mientan insulina y pa' mí..." E6P28M*

Sin embargo, también se presentan vivencias de personas que aún de un tiempo largo de enfermedad, continúan con antiguos hábitos y resaltan lo complejo de realizar cambios, *"...esas cantidades que estoy acostumbrado a comerme no*

puedo, tiene que ser muy balanceada la cosa (...) La veo dura, porque es que, la droga que yo tomo me produce mucha hambre... E2P28H. Refieren específicamente ansiedad como un proceso que podría describirse tanto físico como psicológico pues ante diversas situaciones las reacciones de las personas muchas veces implican el consumo indiscriminado de alimentos y de manera especial dulces y carbohidratos. *“...me dio una ansiedad de comer, no sé qué me paso...”* E5P28M

“... A veces me estoy volviendo descontrolada con la comida (...) es que casi no me gusta ninguna (frutas)...” E7P28M

“... se le echa un poquito de azúcar porque esos endulzantes no he podido como encontrar el que es, porque me seca mucho la boca, he ensayado varios y como que no, entonces, mejor decidí dejar el azúcar que quede más que todo simple...” E8P28M.

Se muestra también el impacto en las modificaciones a nivel de horarios, pues una de las recomendaciones que se le hace a una persona diagnosticada con diabetes es comer mínimo cada tres horas *“...es que mirá que la, también como que tuve trauma, porque yo no estaba acostumbrada a que cada dos horas yo comía (...) ya como comer bajo un reloj (...) ahora estoy comiendo como más de lo que comía antes...”* E1P29M

Con respecto a este apartado, se deben tomar las medidas adecuadas para facilitar el proceso de adaptación a un cambio de alimentación que resulta siendo drástico, con respecto a las costumbres alimenticias que ya tienen establecidas las personas. Una de las propuestas publicadas en 2015 por Ramos (48), pone de manifiesto la importancia del nivel de conocimientos dietéticos en relación a la adherencia al tratamiento alimentario en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Siendo la dieta una de las principales medidas para el manejo de la enfermedad se debe procurar implementar las estrategias que posibiliten la instauración del nuevo régimen alimenticio como un hábito factible de cumplir, entre estas se destaca la psicoeducación y personalización de la dieta, ya que no

existe una receta efectiva para todos los pacientes, se recomienda la prescripción individual en función de las características clínicas, metabólicas, preferencias y hábitos del paciente, de tal manera que este se sienta conforme con su acatamiento (48)

5.1.8 *Moverse, ejercitarse, estar en actividad física. Un hábito en pos de la vida y de la salud.*

Otro de los aspectos que hacen parte de lo que se considera un estilo de vida saludable es el ejercicio. Desde siempre se ha propuesto que este beneficia al ser humano no sólo en su parte física sino también es referido como un factor protector ante depresión, ansiedad, hábitos poco saludables. No obstante, debido a la cultura y de manera concreta a los avances que se ha tenido en medios de transporte y en la accesibilidad a estos, muchas personas han ido dejando de lado un tiempo para este. De hecho ante esta recomendación se dice "no hay tiempo", "llego muy cansado de mis actividades laborales", "me da pereza", etc. Sin embargo, en diabetes se considera este como fundamental para ayudar en el tratamiento de la enfermedad.

Como expone Meseguer, citando a Sanz (49), cuando un individuo previamente sedentario comienza a ser más constante su actividad física se observan las consecuencias de tal práctica, correlacionándola con un descenso de la incidencia en mortalidad a posteriori del cambio en el estilo de vida, lo cual apuntala a un aumento de la probabilidad de longevidad y un mejoramiento en la calidad de vida, puesto que se disminuye la cantidad de síntomas asociados a las patologías crónicas. Es fundamental, que al igual que en la determinación del régimen alimentario de acuerdo a las especificidades propias del paciente; también, en la generación de una rutina de actividad física se consideren los factores mínimos para conseguir resultados en el individuo según sea su caso y de acuerdo a sus posibilidades para que no desista de la instauración de la rutina

de ejercicio. La disciplina en el cumplimiento de la práctica de actividad física, tiene repercusión positiva en la prevención de enfermedades crónicas, para que remitan los síntomas o no progresen más (49).

Por ejemplo, se puede visualizar la importancia de las prácticas de ejercicios físicos cuando se genera la hipótesis de que personas saludables que tienen los mismos hábitos alimenticios que otras cuentan con mejor estado de salud que estas, en cuanto a presión arterial, masa muscular, entre otras, a causa de la actividad física que estos realizan. Esto se plantea desde los resultados de una evaluación realizada por Soler en Chile, donde se concluyó que el estado nutricional y la glucemia de los estudiantes universitarios de pedagogía en educación física se encuentran en valores normales y no presentan riesgo cardiovascular. Por lo que se postula la idea de que la actividad física que practican desempeña un papel fundamental en los valores obtenidos, siendo que tienen los mismos hábitos alimenticios de los estudiantes de otras carreras; si bien, se requiere de más investigación para corroborar los datos, la información obtenida genera un precedente con respecto a la relevancia de la regularidad en la práctica de actividad física (50).

En algunas de las personas entrevistadas se observan interés en realizar ejercicio desde antes del diagnóstico, pero refieren que debido a sus ocupaciones no había sido posible establecerlo como hábito, *"...claro que a mí me ha gustado, yo por ejemplo, desde que yo salí pensionada, jubilada, porque salí jubilada primero, yo me dediqué a hacer a lo que yo no podía hacer cuando yo trabajaba (...) con lo del deporte, cuando me jubilé pues, porque me gustaba, ahí no había diabetes, ahí no había nada, me gustaba..." E1P31M.*

Hacer ejercicio se ha presentado incluso como algo de fácil acceso para las personas, algunas tienen en sus hogares elementos para practicarlo (caminadoras, elípticas) pero aparece el cansancio luego de sus actividades

labores. No obstante, en las entrevistas refieren conciencia de la importancia y necesidad de éste para su bienestar y manifiestan intención de realizarlo:

“...Yo estaba haciendo, en la casa hay elíptica, hay caminador, hay un multifuncional, pero yo utilizo más que todo el caminador, lo estoy utilizando tres veces a la semana veinticinco minutos, pero lo voy hacer de lunes a viernes, los mismos veinticinco minutos, porque según los resultados de los exámenes, me hace falta más ejercicio, lo otro está muy bien, pero si hago más ejercicio se controla algo ahí que no me acuerdo cómo se llama, entonces le voy a cascar a eso diario, los mismos veinticinco minuticos (...) salgo demasiado cansado de la empresa, hago demasiadas cosas allá entonces salgo muy cansado” E2P31H

“...Ejercicio, muy poco, la verdad tengo caminador en la casa, caminar, las tres veces en la semana, a veces las cosas se dan para caminar sino dos o a veces los cinco días (...) con mi esposa o solo” E3P31H

Lo anterior coincide con la investigación realizada en 2011 por Ramírez (51), donde se hace evidente que los pacientes presentan estilos de vida poco saludables puesto que son escasas las ocasiones en que realizan actividades físicas, justificando tal falta de ejercicio con que algunas veces se mantienen ocupados en su tiempo libre realizando trabajos en el hogar o en ocupaciones laborales (51).

Por otro lado, se observa que algunos entrevistados afirman ser “malos” para el ejercicio, un poco inconstantes *“...Ejercicio, muy poco (...) Tres, cuatro veces a la semana camino...” E5P31M*

“...hacía pero digamos, muy irregular...” E6P31M

“...Mala, para el ejercicio, sí (...) cuando tengo los ánimos y ahora últimamente, estoy yendo dizque donde una prima los viernes a hacer ejercicio (...) Ella es de muy buenos ánimos...” E8P31M

Es importante resaltar también que algunos miembros de la familia motivan y acompañan esta actividad, lo cual cobra relevancia para las personas pues de alguna manera las compromete, se percibe como un momento para compartir con sus seres queridos.

“...yo salgo día por medio, porque cuando el esposo le toca despachar flor no hay lugar, y entonces, él dice que sola no me deja venir (...) él me acompaña día por medio (...) nos vamos a caminar juntos pero día por medio (...) Sí, sí, pero uno se siente un poquito mejor, con la caminata...” E4P31M

“...sí, aunque uno, no pues constante (...) Hay veces una sobrina, casi siempre salimos ella y yo (...) hay veces camino una hora, otras veces media hora y también el grupo de aeróbicos también estoy asistiendo una vez por semana (...) las caminaditas sí diario...” E7P31M

Durante la conversación con las personas de esta investigación no se evidenció un cambio de vida radical ni la implementación de actividad física de alta intensidad. El compromiso con el ejercicio físico fue en el mejor de los casos, caminatas de baja intensidad y con frecuencia semanal no mayor a cuatro días.

5.2 Centro de construcción de vida: La familia (Relacionalidad, Espacialidad, Temporalidad)

5.2.1 Estructura familiar. Elemento importante para el apoyo en el control de la enfermedad.

En cuanto a la estructura familiar se tiene que de las 8 personas entrevistadas 2 son nido vacío, 3 familias nucleares, 1 madreparental, 1 familia compuesta y 1 extensa. Lo anterior da cuenta de familias tanto tradicionales (nucleares) como de aquellas donde los hijos ya están haciendo sus propias vidas y han conformado sus propios hogares (nido vacío) algunos lejos y otros cerca de

los padres. Pero se destaca en estas familias la presencia activa de los hijos, los cuales están pendientes de sus padres y de manera concreta del cuidado que están llevando cuando tienen algún diagnóstico de enfermedad. Se destacan relaciones de pareja estables, donde se apoyan mutuamente. Sólo en una familia se observan dificultades entre las hermanas, pero se resalta la figura de la madre como quien concilia las desavenencias que se presentan.

De las familias, algunas viven en el área urbana del municipio de Rionegro y las demás en el área rural. Con respecto a los oficios desempeñados por los integrantes de la familia se tiene agricultores, microempresarios, agricultores, taxistas, empleados en empresas, las mujeres la mayoría son amas de casa, mayordomos.

Dado lo anterior, se puede apreciar una buena estabilidad económica en la familia, lo cual se considera un factor importante para el funcionamiento familiar y el establecimiento de buenas relaciones. Estas condiciones económicas también influyen en la posibilidad de realizar cambios en el estilo de vida (comprar endulzantes, incrementar el consumo de frutas y verduras, acceder a alimentos dietéticos, etc). No se presentan preocupaciones de carácter económico que puedan influir con la poca adherencia al tratamiento. Además, relatan que cada uno de los miembros de la familia desempeña alguna actividad, no se alude a situaciones de desempleo. En estas familias se devela también el interés de los padres porque sus hijos estudien, facilitándoles así el traslado hacia lugares donde pueden tener acceso a educación superior. Esto se convierte en orgullo para ellos y en alicientes para favorecer conductas de autocuidado.

5.2.2 ¿Y cómo se organiza la familia? ¿Qué roles y funciones asume cada miembro en el hogar?

La familia como sistema requiere de la presencia y aporte de cada uno de sus miembros para lograr unidad, favorecer la comunicación y la convivencia. En

lo referente al manejo de la diabetes, se tiene que cuando se presenta solidaridad y apoyo con las personas que son diagnosticadas de esta enfermedad, se puede promover la adherencia al tratamiento tanto farmacológico como en lo que concierne a cambios en estilo de vida (alimentación, ejercicio, entre otros). En estos casos se relata la presencia de los miembros de la familia, en mayor parte, esposos para proveer los alimentos en el hogar y para realizar la preparación de estos.

“... Los dos vamos y mercamos (...) Los dos llevamos los gastos...”

E1P10M

“... "mi esposa y yo (...) almorzamos en la calle...” E2P10H,

Pero también se tienen casos en que la mujer es la encargada de las funciones relacionadas con el hogar, por lo que estas se convierten en agentes clave para coadyuvar en los cambios requeridos: *“... Mi señora o a veces yo que le colaboro, eso sí ha estado mi señora...” E3P10H,* *“... Ella cocina en la casa... (madre)...” E2P11H*

5.2.3 Dinámica Familiar

5.2.3.1 Relaciones establecidas entre los miembros de la familia. ¿Claves en la adherencia al tratamiento?

Las teorías acerca de la familia afirman que la calidad de las relaciones es un aspecto muy importante para generar apoyo en estas, dando lugar a una buena convivencia, fortaleciendo los vínculos y por tanto colocando a la familia como esa primera base para el desarrollo del ser humano, donde aprende gran parte de las conductas que perduran a lo largo de sus vidas. Sin embargo, tanto la estructura, como la funcionalidad de las familias se ha ido transformando, a medida que las sociedades mutan también la concepción de las familias y de los roles de los miembros de estas van cambiando, lo cual a su vez influye en la dinámica de las

relaciones que se establecen al interior de estas. Asimismo, el ser humano es por naturaleza sociable y requiere de la aprobación y acompañamiento de otros para lograr sus metas y podría decirse que el control de la diabetes es una meta que se tiene en la enfermedad, la cual debe ser estimulada constantemente. Por tanto, el apoyo de la familia y específicamente de las personas más cercanas es clave para lograr el manejo de la enfermedad.

En las entrevistas realizadas la mayoría de las personas relatan armonía en las relaciones

“... Él no es como cascarrabias (...) Nos hace mucha falta hablar (con las hijas)...” E1P12M, “... bien, bien, nos la llevamos ahí, ahí vamos, gracias a Dios...” (relación con la esposa) E2P12H

“... mi mamá es un alma de dios, ella es un amor, ella es una calma...” E8P12M.

“...siempre estamos juntos, pues, siempre salimos juntos...” E1P13M

“... Nos gusta viajar mucho y eso es lo que le he dicho yo a mi señora, aprovechemos que salen con nosotros (los hijos), es que más viejitos nosotros que van salir con uno...” E3P13H

“... No faltan los problemas (...) solucionable (...) Yo cuando tengo estrés, yo nunca se la transmito a mi familia (...) me ayudan (...) comunicación total...” E3P12H.

Sólo una persona expresa tener relación problemática con un miembro de su familia (hermana), *“... Ella y yo en sí somos como el agua y el aceite, o sea, no nos entendemos ni poquito (...) no nos entendemos (relación con la hermana) ...” E8P12M.*

Como un aspecto cultural se tiene el buscar la cercanía de los hijos, vivir cerca y sus padres compartirle parte de lo obtenido por medio de sus labores. Se tiene la experiencia de una persona que dice *“... cercana, pues yo les di de a pedacito de tierra a cada una, pues, a cada uno de los yernos, y ahí hicieron la*

casita, pero viven, pues, así aparte, pues, así, pero viven en la tierrita mía...
E4P12M.

5.2.3.2 ¿Cómo percibe y actúa la familia ante el diagnóstico de diabetes tipo 2 en uno de sus integrantes?

La persona diagnosticada de diabetes es un ser inmerso en un tejido de relaciones con las cuales retroalimenta su emocionalidad, afectividad y conductas y por tanto lo que le sucede tanto a ella como a los otros modifica el relacionamiento y por tanto conlleva a efectos tanto positivos como negativos en su ser. Si bien el diagnóstico en su mayoría es recibido por la persona que padece la enfermedad, éstas por lo general comparten éste con sus amigos, compañeros de trabajo, pero en mayor parte con sus familiares más cercanos. Probablemente algunos esperan de esto una voz de aliento, una actitud comprensiva y colaboradora, un ser en el cual depositar los temores que se suscitan en la vivencia de la enfermedad. En consecuencia, las diversas reacciones que pueda tener la familia son un asunto importante para los diabéticos, pues puede ser determinante para los cambios requeridos. Los entrevistados expresan:

“...mis hijas no comen dulce (...) se pusieron tristes (...) te vamos a apoyar (...), no va a pasar nada (dijeron las hijas) (...) miedo a aporriarme (...) hoy en día casi no me acuerdo de mi enfermedad...” E1P14M

*“... "Se preocupa (esposa) (..) Ella me cuida mucho...” E2P14H,
“...muy triste (...) eso es duro empezando pero se va logrando (...) mi esposa mucho apoyo con las comidas...” E3P14H, “... que me cuidara mucho (dijo el esposo)...” E5P14M*

“... a él le dio muy duro (esposo) (...) él me cuida mucho...” E6P14M
“... Se asustaron todos mucho cuando yo les dije que tenía diabetes, porque la familia mía es de mucha diabetes...” E7P14M.

En las anteriores familias se aprecia preocupación, apoyo no sólo de palabra, sino empoderamiento en los cuidados (a través de la alimentación, no comer delante de la persona alimentos que pueden afectar el curso de la enfermedad, acompañarlos en el ejercicio, aconsejar, alertar sobre las consecuencias que puede tener un manejo inadecuado de la enfermedad). Este punto es crucial para las personas, pues refieren sentirse acompañadas en su proceso.

También se presentaron casos de personas donde recibieron una preocupación de la familia debido al desconocimiento del diagnóstico y al detectar los cambios en la persona sin saber la razón de estos. *“...Te vas a desaparecer (decía la familia)...(...) un día reventé (...) exploté (...) me desbordé (...) No le cuente a todo el mundo (consejo del diabetólogo)...” E1P14M.* Refiere la entrevistada que a partir de este momento su familia comenzó a estar más pendiente de ella.

Las creencias religiosas asimismo cobran importancia para aceptar la enfermedad, pues se considera un designio divino, el cual debe ser acogido *“... hay que resignarnos, qué se va hacer, si esas son cosas de Dios nuestro señor...” E4P14M.* Estas creencias para algunas personas acompañadas del apoyo familiar ayudan considerablemente para asumir la enfermedad, adaptarse y realizar cambios en pos del control de la misma.

En complemento, se tuvo una entrevista que destaca el apoyo de la familia (madre y hermana) pero poco acompañamiento por parte de su pareja (novio)

“... "Normal (...) regañaban mucho (...) muy pendientes (...) ni le va ni le viene (pareja)...” E8P14M

5.2.4 Cambio. Transformación. Acomodación. Realidades que decide cada persona y por medio de las cuales logra nuevos modos de vida.

Los estudios empíricos han puesto de manifiesto la preponderancia terapéutica que tiene el apoyo social, en este caso específico, el apoyo de la familia; influyendo considerablemente en el ajuste psicológico que tiene lugar en el proceso de diagnóstico y transcurso de la enfermedad para el paciente, así como en la adherencia al tratamiento, siendo esta más efectiva cuando existe cohesión en el hogar y se presentan menos conflictos interpersonales (52).

El apoyo familiar contiene no sólo el escuchar al que padece la enfermedad, darle palabras de aliento, animarlo, acompañarlo a controles médicos, sino que una parte importante de este es la solidaridad que se establece en los cambios de estilo de vida por medio de la propia implicación en estos, en donde el mensaje para la persona implicada refiere la importancia, viabilidad, posibilidad y ganancia en los cambios. Cuando los miembros de una familia establecen hábitos similares, la adaptación se hace mucho más sencilla y las oportunidades de recaer en los hábitos anteriores disminuyen.

En las personas entrevistadas es recurrente encontrar cómo las prácticas familiares paulatinamente van adaptándose a los cambios en alimentación que debe realizar la persona diagnosticada, es decir, se empieza a generar una especie de adaptación familiar, la cual puede estar mediada por la solidaridad, por la generación del hábito u otras:

"...en las comidas el jugo es simple, el que quiera azúcar vaya y échele, a veces dicen, ah, eso sabe lo mismo o por pereza de coger el tarro, se –bogan eso- sin azúcar (...) ya mi señora se volvió light". E3P15H

"... el apoyo, ya ves que mi familia somos muy, muy unidos en cuanto a eso, si que nos necesitamos, ahí estamos..." E8P18M

"...todo normal (...) él no se estresa (...) comemos como lo mismo (esposo)..." E1P30M, "... tratan todos de comer igual..." E7P15M

Cambiaron la dieta con ella E8P15M

"...Entonces él endulzaba con endulzantes y yo probaba y no me gustaba (...) comemos como lo mismo..." E1P15M

No obstante, lo anterior, es notorio que para algunos pacientes sería importante que sus familiares se involucraran en las modificaciones de la alimentación, aunque reconocen que tales movilizaciones son difíciles de lograr tanto para ellos mismos como para sus parientes: *"sí me gustaría, (que el esposo cambiara los hábitos) el trabajo de él no es como para llevar una dieta muy rigurosa". E6P16M, "... ese come normal (esposo)..." E6P15M*

Además se detecta un interés en generar cuidado de los demás miembros de la familia *"Ella (esposa) se preocupa porque sabe que yo soy muy mekatero (...) ella me cuida mucho, al que no le gusta que me cuiden es a mí porque me da mucha hambre, jajaja (risas)" E2P14H*

"...ni yo cambié, ni ellos tampoco, todo normal (...) yo a él lo cuido mucho (al esposo) (...) ya desengraso todo..." E5P15M.

Es recurrente encontrar como los miembros de la familia están pendientes de que la persona diagnosticada se adhiera a los tratamientos, *"... pues muy pendiente, oiga, si no hubiera sido por ella no me hubiera hecho esa ecografía en el hospital..." E2P16H*

"... Vea, acuérdesse de lo que le dijeron (dice la esposa)..." E3P16H,
"... hasta gahora me han apoyado muy bien..." E7P16M

"...una muchacha está muy pendiente me dice: mamá, ¿ya se puso la insulina?, ¿si ya se tomó la muestra?, ¿ya salió a caminar?..." E4P18M.

Podría aseverarse que dichos actos de estar pendientes, recordarles a sus seres queridos el cuidado que deben tener también es una manera de apoyo, en la cual las personas tienden a sentirse importantes para los demás y en este sentido esto puede potenciar su adherencia a los tratamientos.

5.2.5 Encuentros familiares. ¿Posibilidad de "recaída" para quien ha sido diagnosticado de diabetes?

En la mayoría de las familias se tiende a realizar encuentros para compartir algo especial (cumpleaños, bautizos, primeras comuniones, matrimonios) y es común encontrar que en estos espacios se hable de "comidas especiales", entre estas se presenta el consumo de dulces, gaseosas, helados, etc. Estos momentos son por decirlo así "tentaciones" para quien sufre diabetes y es ahí donde es necesario el apoyo familiar para tener presente las particularidades de quien padece la enfermedad y lo que debe comer e incluirlo en las celebraciones de la familia. En algunas de estas se tiene solidaridad por parte de la familia, quienes piensan en la persona diagnosticada y tratan de acogerse a sus necesidades "... le dijo a mi hermano (la hermana), *comprá una torta dietética, ¡ay, que qué delicia!, pues, como si nada, igual mis sobrinos y todos, saben que, saben que, digamos, ay, no le supo, digamos, diferente la torta, no, todo el mundo comió, los chiquitos comieron, todo el mundo comió, entonces no, en ese sentido no...*" E6P17M.

Algunos entrevistados destacan también el "descache" que se puede presentar en estos momentos: "*De pronto en una fecha especial si me descacho un poquito, claro que no es de comer mucha grasa en las fechas especiales, sino por el postrecito*". E8P17M

"... de pronto una fecha especial la torta y no se hace, pues, como tan dulce y la comida, de pronto ese día si me descacho un poquito..." E8P17M

Pero también se observa interés en el autocuidado "...*cuando yo preparo una comida especial yo me lleno con la preparada, pues, como que no me provoca (...)* yo escojo lo que vea que no me haga daño..." E5P17M

Se encontró que en algunas familias las actividades “críticas” como celebraciones y festejos, el menú completo era supeditado a la condición de los pacientes con diabetes mellitus *“Tratan todos de comer, por ejemplo, cuando que el cumpleaños siempre traen tortas dietéticas”*. E7P17M

5.2.6 Percepción del apoyo que siente por parte de su familia frente al diagnóstico. Factor influyente en el control de la enfermedad.

El modelo de atención para la enfermedad requiere enfocarse en el contexto familiar del paciente, optimizando el entorno para beneficio del paciente. Teniendo presente la importancia de abordar factores relacionados, como los estilos de vida, condiciones familiares y personales (7). Principalmente, considerando las emociones involucradas con respecto a los cambios venideros y tomándolas en favor del proceso terapéutico, de tal manera que se consideren alternativas para no realizar cambios radicales, ya que esto suscita malestar en general: *“ellos se pusieron tristes, pero me dijeron: no mami, te vamos a apoyar, no va a pasar nada, ya está controladito”*. E1P14M

En cuanto a las familias y el entorno relacional cercano a los pacientes, no hubo evidencia en ninguno de los participantes entrevistados en este estudio, de rechazo o discriminación debido al diagnóstico y las posteriores implicaciones en la vida de las familias en cuanto a alimentación y dinámicas en torno a la comida. Los pacientes describen ambientes de calidez, acogida y comprensión de la patología en sus familias, sin embargo, en el mayor de los casos el entorno inmediato no se solidarizó frente a los cambios en la dieta, la inclusión de actividad física y la restricción de alimentos altos en azúcares y grasas saturadas. Algunos de los entrevistados percibieron indiferencia total en sus familias, siendo directamente proporcional a su dificultad para mantener en el tiempo las instrucciones dadas por los especialistas para el control de la enfermedad una vez confirmada la patología.

5.3 Acompañante en la vivencia de la enfermedad: Eps Sura (Relacionalidad, Encarnación, Espacialidad)

Adicional a la importancia del apoyo familiar como sistema clave para la transformación de estilos de vida y adherencia a tratamientos médicos, también se considera pertinente la reflexión en torno al equipo de salud que acompaña a las personas diagnosticadas, en este caso, de diabetes tipo 2, pues los valores de la institución y la manera cómo se organiza influyen en el modo como las personas se sienten respaldadas, confiadas y apoyadas. El rol del equipo de salud no debe ser sólo el que informa y brinda prescripciones médicas de acuerdo al diagnóstico o el que se limita a cambiar medicamentos para lograr control de la enfermedad, más allá de esto, el equipo de salud debe generar empatía con las personas, con el propósito de humanizar cada vez más los servicios y también para lograr un trabajo mancomunado en bien de la persona y su entorno. Sura como aseguradora EPS a partir de su estructura devela un modelo de atención que intenta replicarse en los diferentes espacios e IPS con las que tienen contratación.

Dado lo anterior, enfocando precisamente la atención de las personas entrevistadas afiliadas a EPS Sura se pregunta en un primer momento sobre el momento de ingreso a dicha organización, donde se pueden apreciar motivaciones, expectativas y realidades vividas durante la atención. Tanto la EPS como la familia donde se incluye relacionamiento, temporalidad y cuyos espacios son soporte para la encarnación de la enfermedad, se consideran los espacios donde las personas asisten en la vivencia de la diabetes.

Por otro lado es objeto de análisis el relacionamiento y la percepción que tienen los pacientes en cuanto al sistema de salud y en este caso al prestador de servicios de salud tipo POS. Por parte de SURA EPS el protocolo de atención al diagnóstico de Diabetes en dicha entidad consta de evaluación, diagnóstico e intervención al paciente no sólo por parte del médico tratante, sino también una

posterior inclusión al proyecto DÍA, iniciativa que busca integrar los pacientes formalmente diagnosticados y a los que se encuentran en riesgo inminente de desarrollar la patología, a diversas intervenciones, por profesionales de distintas áreas con el fin de diseñar un plan de tratamiento personalizado acorde a las necesidades de cada paciente. Las áreas de conocimiento implicadas en la implementación de tratamiento son: medicina, psicología, enfermería y nutrición. Todos ellos conocen a profundidad la historia clínica de los pacientes y en base a ello construyen la mejor estrategia para apoyar la condición actual y mejorar el pronóstico a corto y largo plazo. Debido a la manera en cómo está diseñado el proceso, los pacientes sin excepción son evaluados el mismo día por diferentes especialidades que presentan sus recomendaciones.

5.3.1 ¿Cómo llegaste a la EPS Sura?

El ingreso a Sura en diversos casos se presenta por insatisfacción con servicios de otras instituciones:

“... primeramente la motivación para pasarme a SURA, fue la mala atención de la otra EPS, entonces eso fue lo que me impulsó para SURA, me dieron referencias, que era, pues, como la mejorcita, yo también veía porque eso no, no es que tampoco sea ciego...” E1P19M

“... yo llegué a SURA porque yo estaba en la Nueva EPS (...) los medicamentos la entrega es muy fácil (...) que me tenía que pasar (decía la esposa)...” E2P19H.

La calidad del sistema de salud, también toma relevancia a la hora de comenzar la atención de la enfermedad, puesto que los pacientes refieren falencias en las que poco tienen que ver los profesionales del equipo de salud:

“la dificultad para conseguir una cita, no es que lo traten mal, no, sería mentirosa, si dijera que uno llega allá y lo atienden con cara de ogro, no, prácticamente tuve buenas relaciones tanto con los médicos como con las

enfermeras, pero realmente uno ve, ellos no tienen la culpa, porque la culpa es de otras cabezas más arriba y lo mismo a la farmacia, uno llega a reclamar un medicamento, la culpa no es de las que están atendiendo, la culpa es que no les llega el medicamento, entonces uno también comprende todo eso, yo soy una persona ajena a estar insultando al directo que se entrevista conmigo, yo reniego contra la institución". E1P19M

Asimismo, también se tiene que la mayoría de los entrevistados llevan un tiempo considerable siendo atendidos por EPS Sura "... En SURA, estoy hace por ahí veinte años..." E3P19H "... once años, me ha parecido muy buena SURA..." E5P19M

5.3.2 Control de la enfermedad. Garantía de una mejor calidad de vida.

El control de la enfermedad dentro del sistema de salud se mide de acuerdo con los niveles de glucosa y el resultado de la hemoglobina glicosilada. A partir de lo hallado en estos paraclínicos se define si la persona está teniendo control de la enfermedad. Sin embargo, podría afirmarse que para llegar a dicho indicador de control se tienen múltiples factores que acompañan y sustentan este resultado (modificación en la alimentación, incremento de actividad física, adherencia al tratamiento farmacológico), lo cual a su vez se encuentra influenciado por estados de ánimo, claridad en el diagnóstico, conciencia de las implicaciones de la enfermedad, apoyo familiar y acompañamiento constante. Asimismo, obedece a factores endógenos referidos al amor propio, el empoderamiento para hacerse cargo de sí mismo y de su propio cuidado más allá de la vigilancia externa.

Ahora bien, en cuanto al control de la enfermedad, se presenta alta conciencia de la importancia del autocuidado y de seguir las recomendaciones dadas por el equipo de salud "...cualquiera dice que usted no tiene nada (dijo nutricionista) (...) después de esa declaración, nunca me ha salido alta la azúcar..." E1P25M, se tiene también el ánimo que despierta en las personas el ir

teniendo control de la enfermedad, pues esto les motiva para continuar cuidándose *"...me da mucha alegría cuando la doctora me dice: ay, te salieron muy bien los exámenes, está muy controlada, está muy juiciosa, pues, eso le da a uno como un ánimo..." E5P31M*, *"...este mes que me lo hice, me bajó, me rebajó, yo lo tenía que muy alto..." E7P35M*

Con respecto al control también se observa presencia de ansiedad en las personas, lo cual puede presentarse por la continuidad de hábitos anteriores, tendencia a manejar la ansiedad a través del acto de comer sin medir, siendo esta la manera encontrada para aliviar el malestar que genera la ansiedad y aun teniendo claridad en el diagnóstico se cae en ello, como si fuera algo que desbordara la voluntad de restringir determinadas cosas en pos del control de la enfermedad.

"...yo hoy estuve ansiosa y con lo que me comí anocheceí con el estómago como muy malquita, esto no es normal, me dio como una ansiedad y yo no he sido así, no sé por qué (...) pero ayer me dio también ansiedad de dulce, y me tuve que comer una torta dulce..." E5P29M

"...por quitarme ese sabor de la boca le quito un pedacito digamos, pues, como, la galleta entera, no, o sea, como dar como la pruebita, el antojo ese, pero tampoco pues, no es mucho, no (...) los postres dietéticos son muy caros tampoco a toda hora tiene la facilidad de comprarse una caja..." E6P29M

"...ya no se puede comerse eso. De pronto, de pronto cuando me da mucha ansiedad de dulce me tomo un chocolate (...) Antes uno lo es dulce le repugna ya, como que ya no le sienta a uno bien..." E7P29M

Se tienen casos además donde se presenta asombro ante el descontrol de los niveles de glucosa en sangre, generando así una actitud de desconcierto ante los altibajos que se dan *"...es que a mí se me sube, es que yo no sé, por qué, porque la gente, los doctores aquí me dicen que si como bastante malo y si no como también, entonces es de la comida..." E4P35M.*

También se encuentra en algunas personas poco control de la enfermedad, olvidando en ocasiones el medicamento de manera específica "...a veces maneja uno tanto que se me olvida ponerme la insulina, voy la tengo que chequear, claro está alta y ahí mismo me la pongo..." E3P35H. Esto muestra relación con lo expuesto en el trabajo de Rodríguez ML et al donde casi la mitad de los pacientes con diabetes señaló que no seguía con precisión las indicaciones de su médico o que no siempre tomaba su medicamento en el horario establecido (43).

5.3.3 Seguimiento por parte de la EPS Sura. Posibilidad de retroalimentación para la persona y su familia.

Adicional a lo anterior, el control de la enfermedad requiere seguimiento constante. Se tiene claridad en cuanto al hecho de que la diabetes es una enfermedad crónica y por tanto perdura toda la vida, su mayor bondad radica en ser controlable, pero dicho control solicita estar vigilantes, evitando complicaciones y comorbilidades a tiempo (daño renal, retinopatía, enfermedades de riesgo cardiovascular, pie diabético, etc) que pueden deteriorar considerablemente la vida de las personas o incluso llevarlas a la muerte.

Es por esto que en el Proyecto Día, en el ingreso al programa se ha planteado una intervención interdisciplinaria (odontología, medicina, nutrición, enfermería y psicología) con el fin de evaluar diversas aristas de la enfermedad. Se tienen además seguimientos aproximadamente entre cada 3 y 6 meses dependiendo del control que esté teniendo la persona para realizar exámenes, evaluaciones, modificaciones en medicamentos y dieta. "...Cada tres meses (controles)..." E3P24H

5.3.4 Seguimiento de la persona con diabetes tipo 2. Pertinencia en los medicamentos y citas.

En cuanto a las citas y entrega de medicamentos es importante develar las apreciaciones que tienen las personas de las mismas. Es comparado por ellas con otras instituciones donde no se tienen claridad en las fechas de seguimiento, lo que a su vez es valorado en EPS Sura por éstas.

“En cuanto a las citas, yo igual tenía que pedir la cita ya digamos, cada dos meses, y, en cambio acá uno ya la tiene asignada”. E6P23M

“... hasta ahora muy fácil, es que a ella no le ha ido mal, a ella no le ha ido mal con SURA, siempre la han atendido muy bien y ella siempre ha estado en consulta y ella desde hace muchos días venía con el cuento de que me iba a pasar, me iba a pasar y me pasó...” E2P20H

Con respecto a la entrega de medicamentos se resalta la entrega oportuna de los mismos *“...me los dan muy fácil, muy fácil los medicamentos, la autorización de las fórmulas, muy a tiempo (...) nunca me han negado nada...” E5P21M, “... viene uno renueva la fórmula y ahí mismo...” E7P21M.*

En cuanto al tipo de medicamento prescrito para el control de la diabetes, se tiene que tres de estos se inyectan insulina, dos insulina y medicamentos y otro sólo insulina. Los demás controlan la diabetes a través de dieta y ejercicio.

5.3.5 Percepción de apoyo de la EPS Sura. Aspecto esencial para sentirse acompañado en el proceso de vivencia de la enfermedad.

Es de resaltar que un modelo de educación debe tener en cuenta no sólo al paciente sino su ambiente y contexto familiar, el cual debe ser adaptado al tipo y contexto de cada paciente, con un plan acordado, basado en las características propias de cada paciente, lo cual podría generar resultados óptimos en mediano plazo (53). Los pacientes pueden llegar a valorar de forma muy positiva este

acompañamiento en cuanto a lo formativo: *"me invitaron a una conferencia con la dietista, sobre alimentación, interesante, de las frutas y las verduras que uno debe comer en el día, muchas rojas, amarillas, verdes, blancas, naranjadas. (...) No, él se queda afuera, porque supuestamente la cita es para mí". E1P24M*

"...Muy bien, excelente, yo digo que excelente, a ver noticias, a ver otras empresas por ahí, yo he dicho que no tengo nada que decir nada de SURA, medicamentos todo (...) Siento que me enseñaron, es decir, yo con SURA, aprendí qué es la enfermedad, es que a usted que le digan: usted es diabética, qué es eso. Muy bueno." E3P23H

Entre los factores que no posibilitan una adherencia para el tratamiento de diabetes se encuentran los siguientes: discordancia con los discursos del equipo médico e insatisfacción con los servicios de salud (54). Dado lo anterior, se hace importante cuando el equipo cuenta con la credibilidad y confianza de los pacientes, ya que se muestran más colaboradores con el proceso, contrario a lo que pasa cuando no encuentran empatía en el profesional a cargo:

"en once años, me ha parecido muy buena SURA, las niñas que atienden muy queridas, muy formales, las enfermeras, todo esto, yo estoy muy contenta con SURA, muy buenos médicos (...) de pronto no faltará algún médico, no sé si todavía estará, uno de nutrición, no vuelvo, si me vuelven a dar una cita con él, es que yo no voy a volver a nutrición por allá, por qué tampoco, ¡ay no!, es que él me bujó". E5P19M

Aunque se presentan casos en que la proactividad de las personas que se encuentran de frente a la atención al paciente colabora en dar solución a las problemáticas que este presenta: *"dos meses me dejaron de dar las agujas, entonces, vine yo a control con una enfermera muy formalita que me tiene mucho pesar a mí, le conté y ahí mismo llamó y me mandó pa' allá y me las dieron". E4P21M*

Se hace alusión a la desmotivación con respecto a escuchar un discurso repetitivo y a las estrategias que se emplean para difundir información relevante para el tratamiento, por parte de los profesionales.

“No es que es difícil, si no que la nutricionista es lo mismo. Usted no puede comer esto y ya sé, lo sé de memoria, entonces yo le digo a la doctora: no me mande al nutricionista, vea si no lo mando aquí en el sistema aparece. Es lo mismo, no, es que eso no cambia, pa’ un diabético no cambia, eso son cosas que, sí, yo digo que sí, que eso es muy bueno volverse vegetariano, pero es que eso es muy duro. Ah no, me dicen cómo estoy, me regañan, me dicen, me joden, vea donde se descuidó”. E3P25H

En alusión a lo precedente, se debe prestar atención a la manifestación de los sentires de los pacientes en lo concerniente a la labor que realiza el prestador del servicio en este campo; no es conveniente que se genere desidia con respecto a la educación en temas de salud, ya que se considera ahora un proceso social, que se define como cualquier influencia experimentada por los individuos y que tiene repercusiones en la modificación de sus conductas. Se propone la adopción de una estrategia alternativa a la educación tradicional, donde los profesionales en salud presenten casos que desarrollen la capacidad de resolución de problemas, partiendo desde el contexto de los individuos y grupos sociales y se fomente la participación activa del paciente, de las familias y la comunidad son esenciales para el control de esta enfermedad, ya que las complicaciones de la diabetes se relacionan directamente con el conocimiento de la enfermedad, en cuanto al establecimiento de prácticas de autocuidado y hábitos vida saludables (55).

En la totalidad de los casos, los pacientes entrevistados reportaron buen trato, eficiencia, oportunidad en la entrega de medicamentos, calidez y sensación de apoyo por parte de médicos, enfermeras, nutricionistas, psicólogos y regentes entre otros. Hubo lugar a comparaciones con otras EPS y según las descripciones

el tratamiento y cumplimiento fueron radicalmente superiores en la entidad objeto de nuestro estudio

“... Súper bien, no le digo que a mí, yo soy muy de buenas y me ha tocado los mejores médicos (...) el trato súper y me llaman a la casa cuando estoy enferma, llaman y preguntan o si no vine a una cita, que por qué no vine, si es que estoy enferma...” E8P23M

“...a mí me corren mucho, en este seguro me apoyan mucho...” E4P25M

Sin embargo, también se detecta que en ocasiones los acompañantes de las personas que asisten a las actividades que se tienen programadas no presentan claridad en cuanto a si pueden ingresar a estas *“... él se queda afuera, porque supuestamente la cita es para mí...” E1P24M*. Esto es objeto de atención porque el modelo de atención debe involucrar también al contexto más cercano a las personas diagnosticadas pues son agentes clave en el tratamiento.

5.3.6 Rol activo del paciente dentro de su proceso de seguimiento. ¿Qué sugerencias tiene para mejorar la calidad de la atención?

Como parte activa de los procesos, es importante tener presente las recomendaciones, sugerencias, apreciados de los usuarios de los servicios para realizar mejoramientos, adecuaciones o implementaciones de estrategias buscando siempre mejorar la atención y los resultados en la salud. Sin embargo, en este estudio no se presentaron sugerencias, debido a que se destaca conformidad y aprecio por la atención recibida.

“...No, no, no porque yo cuando vengo, pues, soy muy bien atendida, gracias a Dios...” E4P22M

“... no he tenido inconveniente con SURA, hasta el momento no, no creo pues, a no ser de que pronto tenga algún inconveniente...” E6P22M

“... No, hasta ahora me ha ido muy bien...” E7P22M

“... Como te digo a mí me ha ido muy bien, como hasta ahora no, le mandan a uno los exámenes, el medicamento, pues, están muy pendiente de uno...” E8P22M

5.3.7 Mutabilidad en los estados de ánimo. Un asunto para comprender el control de la diabetes tipo 2.

La valoración profesional de los aspectos psicológicos contribuye en el caso de la diabetes, en la acotación de estrategias que generen mayor impacto terapéutico (56). Es importante, contemplar el estado psicológico y emocional de los pacientes, pues se hace visible que estos afectan considerablemente el transcurso del tratamiento:

“en esos días yo tuve una cita con la doctora, y me dijo te encuentro la presión por las nubes, qué te está pasando, y le dije yo: ¡ay doctora!, (hacía ocho días que me hija había muerto) usted no sabe yo el dolor que yo siento, y me dijo: no, pero cuénteme, porque yo sé que si usted tiene un dolor bien fuerte usted no es capaz de contarme todo, y le dije yo: doctora hace ocho días enterré a mi hija y me dijo: no, no me diga más, no me diga más, que eso es, -briegue- de todas maneras a controlar todo, porque eso es muy malo para lo que usted sufre y pues sí, gracias a mi Dios, he –bregado- y estoy tratando de seguir bregando porque es que eso hay momentos muy duros.” E5P35M

Con base en el análisis anterior, en el cual se buscó de una manera desglosada dar cuenta de lo hallado a través de la consideración de los cuatro existenciales que Max Van Manen propone en su perspectiva de fenomenología hermenéutica (encarnación, temporalidad, espacialidad, relacionalidad) se puede afirmar que a través del desarrollo del trabajo se hizo énfasis en la consideración de un ser humano ubicado en un contexto específico, con un modo de

relacionamiento particular, con una historia de vida que obedece a los aprendizajes transmitidos por medio de sus antecesores y los aprendidos a través de su propia experiencia de vida. Esto conlleva a pensar además que el ser humano es inminentemente un ser social, podría incluso aseverarse que éste se convierte en el reflejo de una sociedad, en él habitan modos de concebir el mundo, de enfrentar las situaciones que se presentan y de ubicarse bajo ciertas miradas ante su diario vivir.

Ahora bien, lo anterior puede observarse de manera particular en la vivencia de una enfermedad como la diabetes tipo 2, cuyo diagnóstico de entrada refiere cronicidad, en donde se presentarán comorbilidades, complicaciones si no se tiene un control de la misma, lo cual a su vez responsabiliza a la persona frente lo que quiere hacer y cómo quiere vivir. Dar un diagnóstico de este tipo de enfermedad es entregarle al otro su vida en sus propias manos, señalándole pautas que podrán ayudar en el manejo de la misma (medicamentos, recomendaciones en cuanto a los alimentos, sugerencias de actividad física constante) pero dónde será él finalmente quien se adhiera o por el contrario se distancie de las indicaciones dadas. A simple vista esto pareciera ser muy sencillo si no se reconoce la complejidad del ser humano y las diversas aristas que conforman su existencia y es ahí donde llega la **encarnación** como conciencia y transformación de los hábitos; encarnar una enfermedad es hacerla parte de sí, es comprender que se lleva consigo y que implica control, renuncia a alimentos que probablemente sean muy preciados incluso por la cultura Antioqueña (dulces, postres, aguapanela), es estar pendiente del momento en que se debe tomar el medicamento o aplicarse la insulina, es iniciar o permanecer en el hábito de la actividad física. No obstante, todo esto indica también que éste ser humano hace parte de una familia, se encuentra inmerso en vínculos con otros (amigos, compañeros, pareja, etc), y por tanto no es ajeno a la co- construcción que ha tenido con otros. De hecho podría afirmarse que la familia y el apoyo de esta es clave para la adherencia a los tratamientos, pues implica solidaridad e incluso

cambios comunes en los que se alienta al otro a modificar aquello que no le hace bien. Es por esto que se alude al existencial **relacionalidad**, pues la persona diagnosticada no se aísla por tener diabetes. Más aún, en el análisis de la información se alude constantemente al apoyo de la familia, a la preocupación por no convertirse en precursores de la enfermedad para futuras generaciones, en los cambios que se generan al interior, en la preocupación de las familias para que quien es diagnosticado tenga un buen estado de salud. De igual manera vivir con una enfermedad implica reconocer la **espacialidad**, es decir, que se habita un lugar, no sólo con el cuerpo sino también en la familia, en el trabajo, en donde los demás esperan una respuesta y un accionar coherente, lo cual implica también la **temporalidad**, en el reconocimiento de una época concreta, con unos valores y costumbres propias de una cultura, las cuales no se cuestionan en muchas ocasiones, sino que se vivencian y actúan.

Es por esto que podría afirmarse que la comprensión de las percepciones entorno del apoyo familiar y del equipo de salud se encuentran atravesadas por los cuatro existenciales anteriormente descritos y esto conlleva a reflexionar sobre la importancia de trascender la mirada biologicista de la enfermedad y a comprender al ser humano desde sus múltiples dimensiones, reconociendo su modo de relacionamiento, su espacio en concreto, el tiempo en que está viviendo, sus características socioeconómicas, la idiosincrasia que se encuentra como base de sus elecciones, la manera cómo asume un diagnóstico, que también remite a la introyección de pautas de autocuidado, la mirada que tiene de la enfermedad, la vivencia cercana que haya tenido de esta. De ahí el énfasis en reconocer la percepción que el individuo tiene, pues no basta sólo con el diseño de programas en que se externamente se proponga lo que se cree que es lo que el otro necesita, sino que se requiere además escuchar su voz, lo que le aqueja, lo que le impide adherirse a lo que se le sugiere, adaptando así las intervenciones a las particularidades de cada persona diagnosticada con diabetes tipo 2.

6. Discusión

Desde los hallazgos efectuados como parte del presente trabajo investigativo, se ha logrado establecer correlación con los resultados de otros estudios, en donde se ha hecho evidente la conmoción que se genera en los pacientes en cuanto al enfrentamiento del diagnóstico de una enfermedad de tipo crónico-degenerativa, puesto que no solo se debe hacer frente al encaramiento del diagnóstico, sino que se deben asumir las prescripciones médicas, al igual que se encuentra la inminente necesidad de modificar estilos de vida para sobrellevar la enfermedad de una manera más adecuada y para controlar lo mejor posible el deterioro progresivo en las áreas de la salud afectadas por tal padecimiento (57). Se puede entonces asumir que el impacto inicial con respecto al conocimiento de la noticia se encuentre acompañado de sensaciones de ansiedad y tristeza, casi de manera espontánea y natural en la mayoría de los casos, sin embargo, se hace relevante evolucionar tal sentimiento preliminar para adaptarse con mayor facilidad a la idea del diagnóstico y a todas las acciones que se deben emprender para el tratamiento de la enfermedad.

Tal emocionalidad de ansiedad y tristeza, no sólo se encuentra vinculada a la etapa del diagnóstico, también, parece estar presente de manera latente en el proceso de la enfermedad, de acuerdo a los comentarios de las personas participantes en este proyecto, suelen tener en algunas situaciones altibajos concernientes a asuntos relacionados con la condición de padecer diabetes, en determinados casos se hace presente la nostalgia y añoranza de los alimentos que se disfrutaban y de los cuales en la actualidad se deben privar, provocando incluso alteraciones del apetito, de tal manera que en ciertas circunstancias se evidencia una disminución de este, o en otras oportunidades suele aparecer la ansiedad acompañada de deseos de saciarla con la ingesta de comida. Esta información coincide con la que se proporciona en el artículo de Paredes y Enrique, donde se expone que haciendo un paralelo de personas con diagnóstico

de diabetes mellitus tipo II entre quienes tenían o no adherencia al tratamiento, se encontró que en ambos casos se manifestaba cierta tendencia a presentar síntomas de ansiedad o depresión (58).

En el presente estudio, se observó cómo algunos de los principales temores frente al momento de conocer el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, se encontraban asociados a las concepciones sociales y culturales que se tienen con respecto de la enfermedad (causa de muerte, potencializador de daños en los riñones, ceguera, amputaciones), bien sea por la información que circula de manera popular sobre la misma o por la divulgación de lo sucedido con casos cercanos o conocidos para los pacientes. No obstante, varias investigaciones coinciden en que la gran mayoría de los pacientes cuando descubren su diagnóstico tienen pocos conocimientos verídicos acerca de lo que significa padecer una enfermedad como la diabetes, por lo que se hace necesario en el encuadre del manejo de la enfermedad, que los profesionales de la salud logren clarificar las inquietudes de los pacientes y desmitificar asuntos que puedan influir negativamente en la adherencia al tratamiento; como por ejemplo se evidencia en la investigación “El sentido de vida en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2”, cuando los participantes enunciaban una mejoría con el tratamiento con medicamentos, atribuyendo remisión de síntomas desde su administración, aunque consideraban que a largo plazo el consumo de pastillas va a generar efectos colaterales, afectando principalmente al riñón, lo cual asociaban con el consumo de los medicamentos y no con la enfermedad (59).

Otra de las circunstancias asociadas al impacto inicial del diagnóstico para algunos de los pacientes, se encuentra relacionada con la falta de síntomas que se vayan presentando de manera paulatina, como se enuncia en el anterior documento, donde se alude a la probabilidad de que las personas tengan conocimiento de su enfermedad después de transcurrido un tiempo considerable con ella, lo cual implica que a la hora de comenzar el tratamiento de la enfermedad, está ya se encuentre en estados avanzados, teniendo esto

implicancia no solo en el estado físico de los pacientes, sino también, en el desbalance emocional (59), frente a una situación de la que posiblemente se sospechaba, pero de la cual no se tenía certeza. En este sentido, resulta notable hacer hincapié en la importancia de realizar más énfasis en la prevención de la enfermedad, puesto que resulta más productivo exhortar a las personas a que se realicen chequeos médicos generales de manera periódica para detectar a tiempo cualquier predisposición de enfermedades crónicas como la diabetes, que asumir las consecuencias de una enfermedad que ya tiene un progreso considerable y que repercute significativamente tanto a nivel personal como social.

De acuerdo a las menciones hechas con anterioridad, se retoma la importancia que tiene el apoyo social, destacando entre estos el apoyo familiar, tanto en la asimilación del diagnóstico como en la disposición para el tratamiento, brindando un soporte y acompañamiento que resultan siendo significativos dentro del proceso. Además, de la relevancia en cuanto a estos aspectos, se evidencia en el trabajo que nos atañe, se propone que el factor familia influye como una especie de referente en cuanto las actitudes y comportamientos que asumen los pacientes en relación a la enfermedad; este fenómeno se podría explicar desde la teoría social cognitiva, donde se parte de la premisa que el aprendizaje se puede dar desde lo observado en los demás (60). Partiendo de este hecho se considera un punto a consideración para tener en cuenta en futuros proyectos, puesto que se puede desarrollar como un punto clave en las estrategias a implementar para generar mayor adherencia al tratamiento.

Asimismo, se identificó como en algunos casos estudiados en la presente investigación, se encuentran factores estresantes de la cotidianidad y situaciones de vida de los pacientes que pueden generar afectaciones en el transcurso de la enfermedad, lo cual coincide con los resultados obtenidos en el trabajo realizado por Salazar & Macrina, en donde se consultó a un grupo de familiares de personas que padecen de diabetes sobre los factores que consideraban influían mayormente en la descompensación diabética de su familiar, teniendo como

principales respuestas las preocupaciones asociadas con dificultades económicas con un 26% y los problemas familiares con un 20% (61).

En alusión a los resultados obtenidos de este estudio se puede suponer que la gran mayoría de los participantes, si bien han logrado realizar modificaciones en sus estilos de vida precedentes y han conseguido cierto grado de adaptación a las cuestiones que atañen a su enfermedad, no han alcanzado movilizaciones radicales con respecto al cuidado de su condición. Por tanto, la adherencia al tratamiento se encuentra limitada o en ocasiones se encuentran faltas al cumplimiento cabal de las especificaciones del tratamiento, esto se puede identificar en acciones con las concesiones que se autogeneran los pacientes con respecto a la dieta, argumentando con excusas que tales licencias se las permiten para eliminar la ansiedad, o que son pequeñas cantidades las que se ingieren de alimentos no favorables o por el contexto, cuando se presentan fechas especiales y celebraciones; de igual manera ocurre con la realización de actividad física, aparecen justificaciones que como la falta de tiempo o por cansancio a causa de las otras labores que realizan.

Lo anterior coincide con lo expuesto por Campuzano et al., en donde se buscaba identificar las razones por las cuales se quebrantaba el régimen dietético formulado por los profesionales, encontrándose respuestas como que influían factores externos como el lugar en el cual se encontraban en ese momento, siendo de los más comunes la cocina de la casa, o la calle; en segundo lugar se halló que se otorgaba especial importancia la circunstancia social, como por ejemplo, la asistencia a una fiesta, o una reunión romántica o grupal; como tercer factor se ubicó una propensión, haciendo referencia a que se sentían nerviosos, deprimidos, tristes, enojados, aburridos o preocupados, o con alguna otra alteración emocional (60).

Los participantes describen en sus diálogos que han percibido un buen trato y servicio en la entidad prestadora de salud por parte de los profesionales y

personal general, haciendo referencia a que tienen conocimiento sobre que algunas cuestiones de dificultades, no se encuentran al alcance de estos, sino que se están atravesadas por factores como el sistema de salud o por los lineamientos emitidos por sus superiores o los directivos, esta misma situación es enunciada por Harris, quien señala que las carencias en cuanto a los controles médicos, tiene mucho que ver con los atributos propios de los sistemas de salud pertenecientes a cada región (62).

Una de las principales propuestas derivadas del trabajo que se ha realizado con este estudio, es la búsqueda de un modelo de atención en salud mejorado, y dentro de los aspectos que se resaltan para lograr tal mejoramiento se encuentra proporcionar un rol más activo tanto a los familiares como a los mismos pacientes, ya que se observa que la tenencia en cuenta de factores como contexto familiar o situaciones personales son valoradas positivamente, lo cual puede intervenir en la adherencia al tratamiento.

Para lograr el mismo alcance nombrado con anterioridad, se contempla que también se hace preciso producir estrategias psico-educativas más atrayentes y menos repetitivas, con respecto a diabetes mellitus tipo 2, puesto que se hace evidente la desidia de los pacientes por asistir a los talleres formativos, ya que consideran que poseen la información suficiente sobre la enfermedad y sus formas de control, al igual que manifiestan que los datos proporcionados son los mismos que ya les han impartido; esto va en consonancia con lo indicado en “Claves para avanzar hacia un rol más activo por parte del paciente con diabetes mellitus tipo 2 en España”, puesto que los mismos profesionales dan cuenta de la poca calidad y metodología en los programas de educación en diabetes, difícilmente se identifica estructuración de los mismos, no se encuentran personalizadas a las necesidades propias de cada paciente o grupo de pacientes, limitándose a las transmisión de una serie de contenido y omitiendo la importancia de generar motivación en los pacientes (63), para que continúen activos en el empoderamiento de su salud, dando a entender que pese a padecer una enfermedad como la diabetes mellitus

tipo 2, se puede continuar teniendo una buena calidad de vida, e incluso puede representar una oportunidad de mejorarla.

Para demostración de la importancia que representa para los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 el rol que desempeñan los profesionales en salud, se hace mención de sus acotaciones, donde expresan que la asistencia a los controles pueden significar momentos de tensión o angustia dependiendo de los resultados, sin embargo, si se logra establecer un contacto y una retroalimentación asertiva con el paciente, se pueden modificar tales tensiones en aspectos motivacionales para que aquellos resultados poco favorables se conviertan en una oportunidad de mejoramiento de su salud, con el seguimiento de las indicaciones médicas y la instauración de estilos de vida saludables, cuando el profesional en salud logra generar la expectativa de mejora con respecto a la condición actual del paciente, se puede inferir una mayor probabilidad de adherencia al tratamiento.

En el estudio de Vergara & Almagiá se puede observar cómo se materializa lo especificado anteriormente, debido a que se hallaron relaciones positivas entre la adherencia al tratamiento y la motivación del paciente por su salud, así como con los vínculos generados por el personal médico, el seguimiento a cabalidad de las instrucciones proporcionadas por los profesionales, y al valor asignado a la salud y autoeficacia (64)

Se vislumbran a partir de los datos arrojados de este trabajo, que si bien la diabetes mellitus tipo 2 es una patología que ha tenido muchos abordajes, debido a la importancia de su estudio por las repercusiones que genera en la salud pública a nivel mundial, también se pueden continuar haciendo investigaciones que refuercen los contenidos que ya se han adquirido, o que exploren nuevas perspectivas que coadyuven a la implementación de modelos de atención en salud cada vez más funcionales e integrales, donde se pueda propiciar una adecuada adherencia al tratamiento, así como la consolidación de programas de prevención en salud que sean más fortalecidos y eficaces. En esa misma línea, se puede

continuar indagando por tópicos involucrados con la causalidad, desarrollo y manejo de la diabetes tipo 2.

Una de esas posibles temáticas a investigar puede ser uno de los existenciales propuestos por Max Van Manen, y que se procuró abordar en este texto, la temporalidad; sin embargo, en futuros averiguaciones se puede indagar a mayor profundidad cuestiones como la correlación del factor tiempo desde el cual se emitió el diagnóstico con la forma de afrontamiento de la enfermedad o la adherencia al tratamiento, o también, la percepción del hecho de tener que ingerir los alimentos en horarios determinados como factor estresante y que por ende genere la deserción del tratamiento, entre otras hipótesis que se pueden generar a partir de este tema.

De igual manera, se bosquejó el concepto de una variable como lo es la creencia religiosa coligada con la aceptación del padecimiento de diabetes mellitus tipo 2, lo cual se puede derivar en indagaciones que sustenten en el particular, si es posible generar asociaciones contundentes sobre el postulado de que algunas creencias, en este caso religiosas, y también en ciertas actitudes influyen directamente en los comportamientos que propician el cuidado o no de la salud (60).

Otra área que ha tenido bastante incursión en cuanto a la investigación de diabetes mellitus tipo 2, es la familia, bien sea como cuidadora, como apoyo, incluso, aquí mismo se hizo alusión a ésta como un referente; también, tiene como espacio de exploración abierto, analizarla desde una perspectiva de empatía y solidaridad, puesto que si bien, los participantes no evidenciaron algún tipo de rechazo o discriminación por su enfermedad, e incluso manifestaron el acompañamiento que han recibido por parte de estos, también, refieren mayor efusividad ante elementos que sugieren una demostración de igualdad de condiciones como por ejemplo, cuando la familia asumen ciertos cambios los

hábitos de vida al igual que la persona enferma, y se evidencia congoja cuando no perciben tales actos de solidaridad y empatía con su situación.

7. Conclusiones

- Al identificar la estructura, funcionamiento y dinámica familiar de los participantes del estudio realizado, lo cual se hizo con el fin de dar cuenta de la percepción del apoyo familiar y la influencia de esta en cuanto al control de la enfermedad, se pudo observar que el diagnóstico de diabetes que se le realiza a un miembro de la familia, afecta a los demás integrantes de la misma, puesto que cuestiona, desafía las costumbres que se tienen como grupo, es decir, los hábitos alimenticios, de vida, que permean la convivencia. Se detecta que algunos participantes refieren solidaridad en cuanto a un cambio de hábitos en la mayoría de los familiares como una forma de autocuidado y de apoyar a quien padece de diabetes, pero en otras por el contrario, se continúan con los mismos hábitos, lo cual conlleva a la sensación de ser y estar de una manera diferente por tener la enfermedad. También se detecta en las familias valores tradicionales (vivir cerca de los hijos, diálogo y solidaridad entre la familia, roles paternos y maternos de respeto y cuidado), lo cual refiere a estructuras de familia sólidas con valores de unión y apoyo mutuo.
- En términos generales se plantean dinámicas familiares en donde se propende por el diálogo, por el apoyo a las personas con diabetes tipo 2, lo cual se da por medio de una solidaridad en cuanto al cambio de hábitos (comida de manera especial), el estar pendiente de la adherencia a los medicamentos (recordándoles los momentos en los cuales deben ser ingeridos). Los participantes refirieron sentirse acompañados y apoyados en todo el proceso de cambio que implica encarnar una enfermedad. Esto remite entonces a la consideración de la importancia de la familia en la adherencia a los tratamientos, lo cual invita a su vez a la necesidad de incluirlas en los modelos de atención, haciéndolas partícipes de las estrategias de atención en enfermedades crónicas, brindándoles un papel

activo para la consecución de cambio de hábitos y conciencia de las implicaciones o comorbilidades que se pueden presentar sino se tiene control de la enfermedad.

- Encarnar un diagnóstico como la diabetes tipo 2 implica movilización emocional y conductual. El comprender las comorbilidades que se pueden presentar y los cambios que se deben dar a raíz del padecimiento de la enfermedad, generaron en los participantes alteraciones anímicas (tristeza, llanto, encerrarse, temor al señalamiento e incluso añoranza de los hábitos anteriores). Esto indica entonces la relación que se establece entre una enfermedad y la directa correspondencia con la salud mental de las personas, pues se influyen mutuamente, lo cual indica la necesidad de abordar al ser humano desde sus múltiples dimensiones, no sólo desde la educación en manejo de la enfermedad o en el conocimiento de la misma, sino también en su relacionalidad, contexto y familia.
- Dado lo anterior, se asevera que los modelos de intervención en enfermedades crónicas y de manera concreta en diabetes tipo 2, deben implicar no sólo a quien padece la enfermedad, sino también a su núcleo más cercano como lo es la familia, pues esta es la base sobre la cual ha aprendido la mayoría de sus conductas y es a partir de esta donde también puede modificar su estilo de vida. El ser humano es relacional y emocional y es el contacto con otros donde se construye y se transforma.
- El equipo de salud se convierte en factor clave también para coadyuvar en el manejo de la enfermedad, pues es este quien brinda la guía del "deber ser" para poder tener una buena salud y un control adecuado de la diabetes tipo 2. Sin embargo, no sólo basta con las prescripciones médicas, las órdenes para exámenes o la autorización de medicamentos, se requiere de un equipo de salud humanizado, el cual a través del establecimiento de lazos de apoyo acompañe el proceso de vida de quien padece diabetes,

generando así espacios para el reconocimiento del otro como ser humano que se encuentra inserto dentro de contextos que le anteceden a su existencia.

- Los participantes del estudio refieren de manera general tener una buena comunicación y sentirse acompañados por parte del equipo de salud. Refieren la preocupación del equipo por ellos, la disposición para entrega de medicamentos, las palabras de aliento para poder realizar modificaciones en estilos de vida, la pertinencia en las citas, la rapidez para la atención. Sin embargo, aluden al poco impacto de los talleres realizados, pues según refieren, se tornan repetitivos, lo cual genera desinterés en ellos para asistir. Dado esto, se requiere con premura reflexionar sobre las estrategias psicoeducativas que se están teniendo, el poder trascender lo informativo para lograr cambios significativos y no sólo la repetición de discursos que no logran modificar sus vidas.

8. Agradecimientos

Sintiéndome un ser que ha estado acompañado por personas que indudablemente me han ayudado y han influido en mi proceso de construcción como ser humano, como profesional, quienes por medio de sus propias experiencias de vida me han indicado rutas de posibilidades ante los diversos caminos que se tienen para desafiar lo presente y poder construir nuevas realidades, quiero no sólo agradecer sino también dedicar este trabajo investigativo como un reconocimiento e infinita gratitud hacia las siguientes personas e instituciones.

Al profesor Carlos Mauricio González Posada, por su rigor académico y su calidad humana que conllevan a vivir la investigación como una manera de reconocerse en diversas realidades, resaltando el amor y el compromiso por lo que se es y se hace. Por su disponibilidad total que deja entrever que su vida es un constante dar, sin recibir muchas veces retribución, pero donde prima su deseo de compartir y aportar en un mundo que requiere de investigadores y personas comprometidas.

A mis padres Gilberto y Teresa y a mi hermano Samuel, por ser las personas que desde mi infancia me inculcaron el amor por el conocimiento y la entereza para afrontar los obstáculos que se puedan presentar, sorteándolos siempre con una actitud confiada en la vida misma y en las propias capacidades.

A mi amiga, confidente, compañera de vida Vanessa Realpe por su apoyo académico, su escucha y aporte invaluable en mi proceso de vida y formación. Por enseñarme día el día la importancia de repensarme y reconstruirme en pos de mejorar mi manera de ser y estar en el mundo.

A mi socia, amiga, compañera de un sueño hecho realidad (Omenttal) Fernanda Gómez por ser el baluarte en muchos momentos de angustia, por ser la

ruta que ha guiado mi camino en momentos de confusión, por permitirme cuestionar mi vida a cada momento. Por invitarme a hacer realidad cada sueño, por su disciplina, por contagiarme siempre de una actitud positiva y de responsabilidad con mi propia vida. Por todos sus aportes para hacer posible y viable este proyecto. Admiración, amor y respeto.

A las personas que hicieron posible la realización de este estudio, de manera especial los participantes, quienes mostraron disposición e interés en hacer parte de la investigación, compartiendo su experiencia de vida y su vivencia de una enfermedad crónica como lo es la diabetes tipo 2.

A mis compañeros de Comfama por su ayuda incondicional en mi proceso de formación, quienes reacomodaron en muchos momentos sus propios espacios y me colaboraron en diversas actividades, con el propósito de que pudiera asistir a la academia y poder aprovechar dicha oportunidad para el mejoramiento continuo de mi ejercicio profesional y para mi crecimiento como ser humano.

A la aseguradora EPS Sura, por brindarme el espacio para la realización del proyecto de investigación, por su interés en el estudio y en los aportes que se puedan derivar a partir de esta con el fin de contribuir en la implementación de estrategias que contribuyan a la salud mental y al manejo de la diabetes tipo 2 en quienes son diagnosticados con esta enfermedad.

9. Referencias bibliográficas

- 1 Municipio de Rionegro. Demográfico [Internet] [Consultado 2017 ene 8]
Disponible en:
<http://190.0.62.182:8093/mapserver2013/fusion/templates/mapguide/slate/index.html?ApplicationDefinition=Library%3a%2f%2fDemografico%2fWebLayouts%2fDemografico.ApplicationDefinition>
- 2 Dirección seccional de salud de Antioquia. Indicadores básicos de salud consolidado por subregión y municipio año 2015. [Internet] [Consultado 2017 ene 8]
Disponible en:
<https://www.dssa.gov.co/index.php/estadisticas/indicadores/item/667-indicadores-basicos-de-salud-consolidado-por-subregion-y-municipio-ano-2015>
- 3 Dirección seccional de salud de Antioquia. Consulta externa municipio [Internet] [Consultado 2017 ene 9]
Disponible en: <http://diagnosticosalud.dssa.gov.co/indicadores-basicos-de-salud-por-subregion-y-municipio/consulta-externa-municipio/#!>
- 4 Sura EPS. Aula virtual. Proyecto Día. Enfoque diferente de las enfermedades crónicas 2015. [Internet] [Consultado 2016 dic 13]. Disponible en <https://www.epssura.com/prestadores-de-servicios>
- 5 Arguello M, Bautista Y, Carvajal J, De Castro K, Díaz D, Escobar M, Gómez, L et al. Estilos de vida en estudiantes del área de salud de Bucaramanga. Rev. psicol. univ. Antioquia. 2009; 1 (2): 29-41
- 6 Conde F. Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la historia de la medicina. Rev. Esp. Salud Pública. 2002;5(76): 395-408

- 7 Alba L, Bastidas C, Vivas J, Gil F. Prevalencia de control glucémico y factores relacionados en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Universitario de San Ignacio, Bogotá, Colombia. *Gac Méd Méx.* 2009;145(6): 469-74.
- 8 Mendivil C, Sierra I, Pinzón J. Prevención o retraso de la Diabetes tipo 2. *Acta Med Colomb.* 2003; 28(4): 190-99.
- 9 Guinsberg, E. ¿De qué "salud mental" estamos hablando? [Internet] [Consultado 2016 dic 20] Disponible en: <https://es.scribd.com/document/266980370/De-que-Salud-Mental-Estamos-Hablando-pdf>
- 10 Observatorio de Diabetes de Colombia. Experiencias ideales. Modelos de atención para diabetes [Internet] [Consultado 2016 marz 17] Disponible en: <http://www.odc.org.co/modelos-de-atencion/modelosideales.html>.
- 11 Castillo E. La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. *Investigación y Educación en Enfermería.* 2000; 1: 27-35
- 12 Aisenson A. *Cuerpo y persona: filosofía, y psicología del cuerpo vivido.* México D. F.: Fondo de Cultura Económica; 1981.
- 13 Pacheco V. *Medida de Percepción en enfermedades crónicas.* [Internet]: Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2011 [Consultado 2016 ene 27] Disponible en: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/84000/vph1de1.pdf?sequence=>
- 14 Beorlegui C. *Percepción del soporte familiar en personas con trastorno mental, una aproximación fenomenológica.* [Internet]: Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2015. [Consultado 2016 ene 27] Disponible en: https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/24622/Beorlegui_2015.pdf?sequence

- 15 Vargas, L. Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*. 1994; 4(8): 47-53.
- 16 Infoamérica. Biografía Maurice Merleau Ponty [Internet] [Consultado 2015 nov 25] Disponible en: <http://www.infoamerica.org/teoria/merleau1.htm>
- 17 Merleau, M. Fenomenología de la percepción. [Internet] Barcelona: Editions Gallimard; 1945. [Consultado 2016 ene 26] Disponible en <https://filosinsentido.files.wordpress.com/2013/07/merleau-ponty-maurice-fenomenologia-de-la-percepcion.pdf>
- 18 Ayala, R. La metodología fenomenológico-hermenéutica de M. Van Manen en el campo de la investigación educativa. Posibilidades y primeras experiencias. Barcelona. *Revista de Investigación Educativa*. 2008; 26(2): 409-430.
- 19 Federación internacional de diabetes. Educación en Diabetes [Internet] [Consultado 2016 ene 21] Disponible en: <http://www.canaldiabetes.com/tag/federacion-internacional-de-diabetes-fid/>
- 20 World Health Organization. Prevention of diabetes mellitus. Report of a WHO Study Group. Geneva: World Health Organization; 1994.
- 21 Espinal, I. Gimeno, A. González, F. El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia [Internet] [Consultado 2016 ene 2]. Disponible en <http://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistemico.pdf>
- 22 Salas L. Las concepciones de familia que subyacen en los procesos de intervención liderados por las organizaciones no gubernamentales. En: Seminario Temático Nacional sobre Familia. Balance y perspectivas hacia la redefinición de un compromiso social y político. [Internet] Manizales 2005 [Consultado 2016 ene 24]
Disponible en: <https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/Portals/0/Documentos/Investigaciones>

/LAS%20CONCEPCIONES%20DE%20FAMILIA%20QUE%20SUBYACEN%20EN%20LOS%20PROCESOS%20DE%20INTERVENCIÓN%20LIDERADOS%20POR%20LAS%20ORGANIZACIONES%20NO%20GUBERNAMENTALES.pdf

23 Parra, H. Relaciones que dan origen a la familia [Internet] Medellín; Universidad de Antioquia; 2005. [Consultado 2016 ene 22] Disponible en: <http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/348/1/RelacionesOrigenFamilia.pdf>

24 Rodríguez A, Camacho E, Escoto M, Contreras G, Casas D. Representación social del apoyo familiar al diabético en usuarios de una unidad de medicina familiar en Chalco, Estado de México. Medwave. 2014 Agos; 14 (7): 245-252.

25 Mercé, G. La enfermedad crónica y la familia [Internet] [Consultado 2016 ene 11] Disponible en http://www.centrelondres94.com/files/La_enfermedad_cronica_y_la_familia.pdf

26 Cibanal, L. Introducción a la sistémica y terapia familiar. España: Club Universitario; 2006.

27 Ray, M. La riqueza de la fenomenología: preocupaciones filosóficas, teóricas y metodológicas. En Morse, J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa .Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 1994.

28 Gómez D A, Mahecha M, Gómez R D, Agudelo S M. Características de la Diabetes Mellitus en una red de servicios de primer nivel de atención. Medellín 2005- 2008. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet] 2011; 29(1). [Consultado 2016 Feb 10] Disponible en: <http://hdl.handle.net/10495/5346>

29 Rodríguez J, Ruiz F, Peñaloza E, Eslava J, Gómez LC, Sánchez H et al. Encuesta Nacional de Salud 2007 Resultados nacionales. [Internet] [Consultado 2016 Ene 20] Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ENCUESTA%20NACIONAL.pdf>

30 Mustakas, C. Phenomenological research methods. United kingdom. SAGE Publications; 1994.

31 Losada F. El espacio vivido. Una aproximación semiótica. Cuad. Fac. Humanid. Cienc. Soc., Univ. Nac. Jujuy. 2001; 17: 271-294.

32 Heidegger M. Tiempo y Ser. Traducción de Manuel Garrido. Madrid: Tecnos; 2000.

33 Galeano M. Estrategias de investigación social cualitativa. El giro en la mirada. Medellín: La carreta editores; 2010.

34 Galeano M E. Diseño de proyectos de investigación cualitativa. Medellín: Fondo Editorial Universidad Eafit; 2004.

35 De Souza M C. El desafío del conocimiento: investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1995.

36 De la Cuesta C. Características de la investigación cualitativa y su relación con la enfermería. Invest. educ. enferm [Internet] 1997; 15(2). [Consultado 2016 Abr 10] Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/18349/1/De%20la%20Cuesta_Caracteristicas%20de%20la%20Investigacion.pdf

37 Pérez F. La entrevista como técnica de investigación social. Fundamentos teóricos, técnicos y metodológicos. [Internet] [Consultado 2016 Mar 15] Disponible en:

http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/43994110/La_entrevista_como_tecnica_de_investigacion_social_Fundamentos_teoricos.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1500769072&Signature=EeuCptZWwqUO5%2BMvYARBMEu7X0k%3D&response-content-

disposition=inline%3B%20filename%3DLa_entrevista_como_tecnica_de_investigacion.pdf

38 Pelaez, A, Rodríguez J, Ramírez S, Pérez L, Vázquez A, González L. Entrevista. [Internet] [Consultado 2016Mar 15] Disponible en: https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/Entrevista_trabajo.pdf

39 Vargas I. La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. Rev. CAES [Internet] 2012; 3(1). [Consultado 2016 Mar 15] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3945773>

40 Manzano- Arrondo V. 15 principios básicos para una entrevista de investigación [Internet] [Consultado 2016 Mar 06] Disponible en: <http://asignatura.us.es/mcualitativa/docs/principiosEntrevista.pdf>

41 Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada: procedimiento de codificación. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.

42 De Souza M C. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. Salud colect. [Internet] 2017; 6(3). [Consultado 2017 Ene 09] Disponible en: http://www.perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/t.3_souza_minayo_m._c._los_conceptos_estructurantes_de_la_inv_cualitativa.pdf

43 Rodríguez M L, Rentería A. Factores que impiden la adherencia a un régimen terapéutico en diabéticos: un análisis descriptivo. Rev. Psicol. Salud, 2016; 26 (1): 112-9

44 López F, Cifuentes M, Sánchez A. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en un hospital de mediana complejidad en Cali, 2013. Ciencia & Salud [Internet] 2014; 2(8). [Consultado 2016 Feb 10] Disponible en: <http://revistas.usc.edu.co/index.php/CienciaySalud/article/viewFile/407/362>

45 Canal Diabetes [Internet] Valencia: Ronda Narciso Monturiol; c2014 [Consultado 2016 Ene 20] Disponible en: <http://www.canaldiabetes.com/tag/federacion-internacional-de-diabetes-fid/>

46 Vargas A J, Vargas E, Matute, Y. Factor biológico y cultural, incide al desarrollo de diabetes mellitus tipo II, en pacientes dispensarizados, Centro de Salud Perla María Norori. [Internet] León: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2013 [Consultado 2016 Ene 20] Disponible en: <http://hdl.handle.net/123456789/4239>

47 Briñez, K J, Muñoz L. Experiencias de cuidado cultural en personas con diabetes y el contexto familiar, con enfoque Leininger. Revista de enfermería y humanidades [Internet] 2016; 20(45). [Consultado 2016 Nov 24] Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/57354/1/CultCuid_45_09.pdf

48 Ramos R A. Nivel de conocimientos dietéticos relacionado a la adherencia alimentaria en pacientes con diabetes mellitus 2. Hospital Distrital Santa Isabel Trujillo, 2013. Cientifi-k [Internet] 2015; 3(1). [Consultado 2016 Feb 10] Disponible en: <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/CIENTIFI-K/article/view/894/699>

49 Meseguer M, García E, Rodríguez P L. Influencia de un programa de ejercicio físico en la condición física en sujetos de 26 a 47 años con algún factor de riesgo cardiovascular. EmásF: Revista digital de educación física [Internet] 2016; 7(38). [Consultado 2017 Ene 09] Disponible en: http://emasf.webcindario.com/Influencia_de_un_programa_de_ejercicio_fisico.pdf

50 Salvador N, Godoy A E R, Mella J S, Carmona M I, Fernández J J. Estado nutricional, riesgo cardiovascular y nivel de glucemia de estudiantes universitarios

de Pedagogía en Educación Física. Nutr. hosp. [Internet] 2016; 33(2). [Consultado 2017 Ene 09] Disponible en: <http://revista.nutricionhospitalaria.net/index.php/nh/article/view/105>

51 Ordoñez M M, Ascanio M, Coranado M, Gómez C A, Mayorga L D, Medina R. Estilo de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Ciencia y Cuidado [Internet] 2011; 8(1). [Consultado 2016 Sep 03] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3853505>

52 Nunes M. Apoio social na diabetes. Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health, [Internet] 2016, 10(31). [Consultado 2017 Ene 09] Disponible en: <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8423>

53 Juanas F E. La educación diabetológica: un reto en Colombia. MedUNAB [Internet] 1998;1(1). [Consultado 2016 Jun 22] Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=346161&indexSearch=ID>

54 Hoyos T N, Arteaga M V, Muñoz M. Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar. Inv. Educ. enferm [Internet]. 2011; 29(2). [Consultado 2016 Sep 03] Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/rt/prINTERfriendly/6607/9348>

55 Imazu M F, Nascimento B, Oliveira G, Sales C, Marcon S S. Effectiveness of individual and group interventions for people with type 2 diabetes. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2015; 23(2). [Consultado 2016 feb 10] Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000200004&lng=en&nrm=iso

56 Quiros D, Villalobos A. Comparación de factores vinculados a la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo ii entre una muestra urbana y otra rural de Costa Rica. Univ. Psychol. [Internet]. 2007 ; 6(3) [Consultado 2016 Sep 03] Disponible en : http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672007000300017

57 Rondón J E, Lugli Z. Efectos del tipo de diabetes, estrategias de afrontamiento, sexo y optimismo en el apoyo social. Rev. psicopatología psicol. clín. [Internet] 2013; 18(3). [Consultado 2016 abr 15] Disponible en: http://www.aepp.net/arc/03_2013_n3_rondon_lugli.pdf

58 Paredes A, Enrique, L, Roberto S, Bautista F. Estudio comparativo del estado de ánimo en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II con y sin adherencia al tratamiento que acuden al Hospital Pablo Arturo Suárez [Internet] [Consultado 2016 May 16]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/7131>

59 Rodríguez F, Vázquez M, & Escárzaga, Fernández J. El sentido de vida en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2. Rev. iberoam. producción académica gest. educ.[Internet] 2016; 48(6) julio-diciembre [Consultado 2016 dic 04]; Disponible en: <https://www.pag.org.mx/index.php/PAG/article/viewFile/628/739>

60 Rodríguez M L, Rentería A, Rodríguez N Y, García J C.Importancia atribuida a factores disposicionales situacionales en el rompimiento de la dieta. Rev. Apunt. Psicol. [Internet] 2016; 1(2). [Consultado 2016 oct 22]. Disponible en: revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/ri_apsicologia/article/download/557/578

61 Alulima S. La familia como factor desencadenante de descompensación en la salud integral y la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo II que asisten al servicio de clínica del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, periodo 2015-2016 [Internet] Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2016 [Consultado 2016 dic 25] Disponible en:

<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/17416/1/TESIS%20SILVANA%20ALULIMA.pdf>

62 González J, González M, Vázquez J, Galán S. Autoeficacia y adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2. Revista IIPSI 2015; 18(1): 48-62.

63 Ferrer R, Aguilar M, March J, Orozco D, Picó A. Claves para avanzar hacia un rol más activo por parte del paciente con diabetes mellitus tipo 2 en España. Avances en Diabetología, 2015; 31(3): 128-135.

64 Vergara, S, Almagiá, E. Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. Psicología y Salud. 2014; 24(2): 167-173.

10 ANEXOS

Anexo 1



FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
"Héctor Abad Gómez"
Departamento Ciencias Básicas

Medellín, 03 de mayo de 2016

Señores
COMITÉ DE ETICA DE LA INVESTIGACIÓN
Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia

Cordial saludo.

En sesión extraordinaria del comité de programa de la Maestría en Salud Mental acta No.09-2016 de mayo 03 de 2016, se revisó el proyecto de la estudiante NIDIA MARQUEZ ÁLVAREZ titulado "*Percepciones entorno del apoyo familiar y del equipo de salud del proyecto día sura para el control de la diabetes tipo 2. Rionegro, 2016*" asesorada por el profesor Carlos Mauricio González.

El comité de programa da aval técnico al proyecto para su sometimiento ante el comité de ética de investigación.

Atentamente,

SANDRA MILENA RUEDA
Profesora - Coordinadora
Maestría en Salud Mental
Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia

Anexo 2



Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
Comité de Ética de la Investigación –CEI–

Medellín, 24 de junio de 2016

Estudiante
NIDIA MÁRQUEZ ÁLVAREZ
Maestría en Salud Mental
Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia

Asunto: Responsabilidades Investigador principal

Cordial saludo,

El Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública según el acta 144 del 10 de junio de 2016, aprobó el proyecto de investigación titulado *Percepciones entorno del apoyo familiar y del equipo de salud del proyecto día sura para el control de la diabetes tipo 2. rionegro (antioquia), 2016.*

Según la capa de riesgo el proyecto fue catalogado como de riesgo mínimo y de acuerdo con las responsabilidades establecidas por esta clasificación usted debe:

1. Ejecutar el proyecto de acuerdo con las disposiciones establecidas en la Declaración de Helsinki y la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia.
2. Velar por la seguridad, bienestar y derechos de los participantes del estudio.
3. Asegurar la conformación del grupo de investigación con personal calificado, según su educación, capacitación y experiencia para desempeñar las tareas del estudio.
4. Dar cumplimiento al protocolo de investigación tal como fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación (CEI). En caso de requerir cambios solicitar su aprobación al Comité (solicitud de enmienda al protocolo).
5. Conducir el proceso de consentimiento informado y documentario.
6. Solicitar aprobación por parte del Comité de todo el material de estudio, información e incentivos que vayan a ser entregados a los participantes.

Centro de Investigación
Facultad Nacional de Salud Pública
Calle 62 No. 52 – 59 of. 232 Tel: 219 68 30
E-mail: eticasaludpublica@udea.edu.co



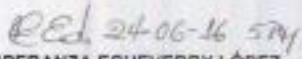
Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
Comité de Ética de la Investigación -CEI-

7. Atender y responder oportunamente las solicitudes realizadas por el CEI.
8. Si el proyecto no ha iniciado su ejecución un año después de su aprobación debe ser sometido a nueva evaluación ante el CEI.
9. Acatar las decisiones del CEI con respecto a la ejecución y conducción del estudio.

Estaremos atentos a resolver cualquier duda o solicitud.

Atentamente,


MARGARITA MONTOYA M.
Presidenta


ESPERANZA ECHEVERRY LÓPEZ
Secretaria

Proyectó: Jhon Smith Arenas- Asistente Administrativo CEI.



Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
Héctor Abad Gómez

Comité de Ética de la Investigación
Centro de Investigación
Facultad Nacional de Salud Pública

Certificación

El Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública según el acta 144 del 10 de junio de 2016, aprobó el proyecto de investigación titulado *Percepciones entorno del apoyo familiar y del equipo de salud del proyecto día sura para el control de la diabetes tipo 2. nonegro (antioquia), 2016.*

El comité da aval al proyecto en la categoría riesgo mínimo según la resolución 8430 del Ministerio de Salud.

El proyecto de investigación requiere de consentimiento informado según lo establecido en los artículos 15 y 16 de la Resolución 8430 de 1993.

Si el proyecto de investigación no ha iniciado ejecución en un año después de la expedición del presente aval, se deberá remitir nuevamente al Comité de Ética para su renovación. Este aval es válido durante toda la vigencia del proyecto de investigación.

Dado en Medellín, el 24 de junio de 2016.


MARGARITA MONTOYA M.
Presidenta


ESPERANZA ECHEVERRY LÓPEZ
Secretaria

Centro de Investigación
Facultad Nacional de Salud Pública
Calle 62 No. 52 – 59 of. 232 Tel: 219 68 30
E-mail: eticasaludpublica@udea.edu.co

Anexo 3

Consentimiento Informado
PERCEPCIONES ENTORNO DEL APOYO FAMILIAR Y DEL EQUIPO DE
SALUD DEL PROYECTO DÍA SURA PARA EL CONTROL DE LA
ENFERMEDAD EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 DEL MUNICIPIO DE
RIONEGRO, 2016
NIDIA MÁRQUEZ ÁLVAREZ³
INSTRUCCIONES GENERALES

En la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia se está efectuando un estudio que tiene como objetivo identificar y comprender las percepciones del apoyo familiar y del Proyecto Día de la EPS Sura para el manejo y control de la enfermedad en pacientes con diabetes tipo 2 del municipio de Rionegro. Es decir, este estudio se considera importante, porque al reconocer las percepciones en cuanto al apoyo familiar y del equipo de salud se refiere, se podrían realizar sugerencias para mejorar los modelos y programas que se enfocan en población con diabetes tipo 2. Para ello, **su colaboración resulta imprescindible**, por lo que lo invitamos a participar y **agradecemos muy sinceramente su disposición**.

Debe saber que su **colaboración es totalmente voluntaria**, y que es libre de no participar en el estudio, o abandonarlo cuando crea oportuno; esta participación no tiene ninguna retribución económica ni tratos preferenciales por parte de la EPS Sura por participar en dicho estudio.

Si participa en este estudio, se le realizará una entrevista, la cual será grabada con su consentimiento y posteriormente transcrita para el análisis posterior; una vez transcrita le será enseñada para corroborar la información allí consignada, es decir, se tendrá un nuevo encuentro para compartirle lo hallado y contar con su aprobación o las correcciones que considere pertinentes.

Sus respuestas serán estrictamente confidenciales. Esto quiere decir que se garantiza el absoluto anonimato de la información recogida en la investigación, en la cual nunca aparecerá información personal e identificativa de los y las participantes; tampoco será revelada a otras personas y únicamente la

³ Nidia Márquez Álvarez. Psicóloga Universidad de Antioquia. Estudiante de la Maestría en Salud Mental. la Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Correo electrónico: nidiamarc12@gmail.com

investigadora a cargo tendrá acceso a la información obtenida mediante su participación.

Aunque esta investigación no retribuirá ningún beneficio económico a los participantes, sí se **brindará al final una puesta en común con estos del análisis obtenido de manera global y sin particularizar en los individuos participantes. Por otro lado, se compartirán los resultados también con la EPS Sura con el propósito de realizarle un aporte al Proyecto Día y por tanto, retroalimentar los modelos de intervención en Diabetes. En este sentido, la divulgación de los resultados en Sura, podrá considerarse a futuro en un beneficio directo para los pacientes con diabetes tipo 2 en cuanto se plantearán elementos para lograr efectividad en el control de la enfermedad y mejorar así la atención de los pacientes con este diagnóstico.**

Debe saber que esta investigación está clasificada como de **RIESGO MÍNIMO** y contempla los parámetros establecidos en la resolución N° 008430 de 1993, emanada por el Ministerio de Salud de la República de Colombia, por lo que no conlleva riesgos para la salud. No obstante, si en algún momento usted se siente cansado/a o desconcentrado/a, puede solicitar unos minutos de receso y luego continuar con la entrevista. Asimismo, si la entrevista genera algún evento de crisis, tal como evocación de recuerdos y sentimientos asociados al rol de la familia durante su vida y de manera concreta en el manejo de la enfermedad que en algunos casos puede ser negativa, en el vínculo establecido con los profesionales del equipo de salud del Proyecto Día, lo cual puede estar cargado desde un afecto negativo y por tanto genere ansiedad, estrés o malestar al comunicar su vivencia, será atendido en el momento por un profesional idóneo, esto es, psicóloga (quien realizará entrevista y estará en capacidad de hacer la intervención en crisis requerida; posteriormente, lo pondrá en manos del equipo psicosocial del CIS (Centro Integral de Salud) hasta estabilizarlo emocionalmente).

Si tiene alguna pregunta acerca de su proceso de participación, hágala en este momento por favor.

Entendido lo anterior, doy mi aprobación para participar de manera voluntaria en la presente investigación y autorizo a las personas responsables del estudio a transmitir la información suministrada de manera reservada, manteniendo ocultos mis datos de identificación personal.

Manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o gestuales para participar en el estudio; que dicha decisión la tomo en pleno

uso de mis facultades mentales, sin encontrarme bajo efectos de medicamentos, drogas o bebidas alcohólicas, de forma consciente, autónoma y libre.

Firma de la persona participante:

Firma del testigo:

Nombre:

Nombre:

C.C.:

C.C.:

Teléfono:

Teléfono:

Firma de la persona responsable del estudio:

Nombre:

C.C.:

Teléfono: