

Vivencias emocionales relacionadas al proceso de vinculación al tratamiento de pacientes con diabetes Mellitus tipo 2: Una comprensión a la luz del enfoque sistémico y la Psicología de la salud.

Diana Marcela Martínez Quintero

Fundación Universitaria Los Libertadores
Facultad de Ciencias Humanas y Sociales
Programa de Psicología

Bogotá, D.C.

2022

Vivencias emocionales relacionadas al proceso de vinculación al tratamiento de pacientes con diabetes Mellitus tipo 2: Una comprensión a la luz del enfoque sistémico y la psicología de la salud.

Diana Marcela Martínez Quintero

Fundación Universitaria Los Libertadores

Programa de Psicología

Tesis de grado para obtener el título de Psicóloga.

Trabajo de grado dirigido por:

Luz Carmen Maffiol Arias

Mg. Terapia Familiar

Bogotá, D.C.

2022

Agradecimientos.

Al universo y la fuerza creadora, que me sostienen, me guían y me proveen de amor y abundancia en todas sus formas.

A mi hermano, por ser alegría, amor y luz en mi día a día.

A mi mami y mi abuela, por enseñarme desde su vivencia, la posibilidad de elegir mi ruta.

A mi papá, por su ayuda y convicción de mi valor y propósito.

A mis amigas del alma, por ser oídos, reflexiones, risas y apoyo en la tempestad y en la calma.

A Alejandro, por creer en mis capacidades y destrezas, por celebrar cada avance de este proyecto como el mayor logro y por sostenerme en los momentos de incredulidad, caos y confusión.

A la profe Luz Carmen, quien, desde la libertad, la escucha y el respeto, me orientó en este camino.

Y, a los participantes de esta investigación, por dejarme conocer su historia y permitirme desde su confianza y disposición, contemplar su vulnerabilidad y verdad.

Dedicatoria.

A mi mami...

A su alma, a su origen y a su historia.

A sus sueños, sus aprendizajes, sus aciertos y sus derrotas.

A su lucha, su verdad y su ahora.

A mi mami, gestora, maestra y fan de mi trayectoria.

Índice

Resumen.....	9
Introducción.....	11
Planteamiento del problema.....	14
Pregunta problema	17
Objetivos.....	17
Objetivo General.....	17
Objetivos específicos.....	18
Justificación.....	18
Marco epistemológico.....	20
Estado del arte.....	22
Marco teórico.....	39
Las enfermedades crónicas no transmisibles.....	39
Diabetes Mellitus tipo 2.....	40
Psicología de la salud.....	49
Adherencia al tratamiento (AT).....	53
Vinculación al tratamiento en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2.....	55
Factores interactuantes en la vinculación al tratamiento.....	57
Factores sociodemográficos y apoyo social.....	57
Factores relacionados con el sistema sanitario y los profesionales de la salud.....	59

Factores relacionados con el tratamiento.....	60
Factores relacionados con la enfermedad.....	62
Factores relacionados con el paciente.....	63
Percepción.....	64
Creencias.....	66
Motivación.....	69
Emociones.....	71
Las emociones en el proceso de vinculación al tratamiento.....	78
Metodología.....	80
Tipo de estudio.....	80
Participantes.....	81
Técnicas de recolección de la información.....	82
Instrumentos.....	83
Procedimiento.....	84
Resultados.....	85
Discusión.....	117
Conclusiones.....	122
Referencias.....	126
Anexos.....	135
Anexo 1. Guía de entrevista.....	135

Anexo 2. Formato ecomapa.	137
Anexo 3. Formato genograma.	138
Anexo 4. Consentimientos informados.	139
Anexo 5. Guion de entrevistas.	143

Índice de tablas.

Tabla 1. Investigaciones revisadas para identificar el estado del arte.	23
Tabla 2. Características sociodemográficas y clínicas de la muestra de estudio.	81
Tabla 3. Matriz de análisis y resultados.	93

Índice de ilustraciones.

Ilustración 1. Genograma participante 1.	86
Ilustración 2. Ecomapa participante 1.	88
Ilustración 3. Genograma participante 2.	89
Ilustración 4. Ecomapa participante 2.	90
Ilustración 5. Genograma participante 3.	91
Ilustración 6. Ecomapa participante 3.	92

Resumen.

Este trabajo académico e investigativo estuvo destinado a comprender a partir del enfoque sistémico y la psicología de la salud, las vivencias emocionales de tres pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 de la ciudad de Tunja en su proceso de vinculación al tratamiento. Esto, se realizó bajo un estudio de corte cualitativo con un diseño hermenéutico, haciendo uso de entrevistas semiestructuradas de única sesión que permitieron junto a instrumentos tales como el genograma y ecomapa, recolectar información de manera amplia y abarcadora sobre las experiencias en torno a los procesos de salud-enfermedad que atraviesan los participantes con respecto a la DM2.

Con lo anterior, y tras una revisión teórica sobre la problemática de vinculación al tratamiento, los factores asociados a la misma, la psicología de la salud y las emociones, se halló por medio de una matriz de análisis, que el relacionamiento que hacen los participantes con su tratamiento, tiene un carácter complejo y dinámico basado en la particular forma que tienen los pacientes de co-construir su realidad y tejer relaciones, comprendiendo de tal forma, que las vivencias emocionales de los participantes son aquellas que permiten organizar y establecer la relación que estos crean con su tratamiento, de tal forma, que son experiencias dotadas de dinamismo, transformación, desafíos y significados que emergen tras el acercamiento a cada uno de los acuerdos terapéuticos y la relación multicausal que establecen con los factores asociados al proceso de vinculación al tratamiento.

Palabras clave: Emociones, vinculación al tratamiento, diabetes Mellitus tipo 2, psicología de la salud.

Abstract.

This academic and research work was aimed to understand from the systemic approach and health psychology, the emotional experiences of three patients with type 2 diabetes mellitus in the city of Tunja in their process of linking to treatment. This was done under a qualitative study with a hermeneutic design, using semi-structured interviews of a single session that allowed, together with instruments such as the genogram and ecomap, to collect information in a broad and comprehensive way about the experiences around the health-disease processes that the participants go through with respect to DM2.

With the above, and after a theoretical review on the problem of linkage to treatment, the factors associated with it, the psychology of health and emotions, it was found through an analysis matrix, that the relationship that participants make with their treatment, has a complex and dynamic character based on the particular way patients have of co-constructing their reality and weaving relationships, understanding in such a way that the emotional experiences of the participants are those that allow organizing and establishing the relationship they create with their treatment, in such a way that they are experiences endowed with dynamism, transformation, challenges and meanings that emerge after the approach to each of the therapeutic agreements and the multicausal relationship they establish with the factors associated with the process of linking to the treatment.

Keywords: Emotions, link to treatment, type 2 diabetes mellitus, health psychology.

Introducción.

La psicología de la salud tiene una responsabilidad ética y social con la salud integral de los ciudadanos y ciudadanas de un país, por consiguiente, una problemática que impone grandes retos a este campo, es la vinculación que hacen los pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), con su tratamiento. La diabetes Mellitus tipo 2, hace parte del grupo de las ECNT y se configura como una urgencia en la agenda global, pues el acelerado incremento en su incidencia y prevalencia la ha ido catalogando como una pandemia de gran repercusión en el bienestar integral y la calidad de vida de los pacientes diagnosticados. Así pues, un relacionamiento activo, consistente y coherente con el plan terapéutico resulta ser necesario para el abordaje de esta patología, no obstante, esta vinculación es de gran complejidad, dada, la multiplicidad de factores intrínsecos y extrínsecos que se relacionan con este fenómeno. En este sentido, la psicología, en pro de contribuir a esta problemática, la ha abordado con gran énfasis desde un enfoque cognitivo-conductual, donde las emociones han sido relegadas de análisis. Ahora bien, el constructo de salud integral, nos propone abordar al ser humano desde una mirada sistémica y constructivista, que, comprenda la relevancia del tejido relacional multidireccional que crea el paciente con los sistemas que lo conforman y lo rodean en su proceso de salud-enfermedad, y a su vez, reconozca su subjetividad y rol activo en la creación de su realidad.

A razón de lo anterior, un factor de gran valor en la comprensión de la vivencia humana, es la experiencia emocional por su carácter intrínseco y constitutivo. Las emociones, se conciben como precursoras de toda acción y relación, dadas, las funciones adaptativas, organizativas, comunicativas y relacionales que poseen. Por tal motivo, desconocer la experiencia emocional en la problemática de vinculación al tratamiento, resulta ser un limitante para su abordaje. Así pues,

comprender a la luz del enfoque sistémico y la psicología de la salud, las vivencias emocionales de pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 en su proceso de vinculación al tratamiento se convierte en el objetivo del presente trabajo.

Ahora bien, para el logro de dicho objetivo, existen tres momentos. Primero, se hace una conceptualización de la diabetes, junto a sus tipos, causas, complicaciones y comorbilidades asociadas a esta, detallando así el impacto en la esfera biopsicosocial de los pacientes con este diagnóstico, junto a su incidencia y prevalencia a nivel mundial y local. Luego, se abarca el constructo de psicología de la salud, junto a sus objetivos y miradas de abordaje, lo cual, permitió sustentar el valor y pertinencia de la investigación. Después, se hace una comprensión y conceptualización de la problemática de vinculación al tratamiento, donde se identifican los factores que se asocian a la misma y que, por consiguiente, tienen gran influencia en el proceso. Por último, se define a las emociones, se observan sus funciones y su rol en la creación del tejido relacional que crea el individuo.

En segundo lugar, se orienta la investigación desde un enfoque cualitativo con diseño hermenéutico, se hace una selección de la muestra (tres participantes) donde se hace uso de la técnica de entrevista semiestructurada e instrumentos como el genograma y ecomapa para la recolección de los datos. Luego, se crea una matriz de análisis que permite organizar las narrativas emergentes del espacio conversacional y así, se evidencian las observaciones y resultados del proceso investigativo.

Por último, se hace una discusión, por medio de la triangulación entre los objetivos de la investigación, el marco teórico y los resultados, lo cual, permitió el desarrollo de las conclusiones y un apartado reflexivo. Cabe señalar, que todo el desarrollo del presente trabajo, está sustentado en un eje transversal de compromiso ético y social, al concebir a la salud, como

una responsabilidad de la disciplina, la cual se responde desde las comprensiones que surgen de los procesos investigativos.

Planteamiento del problema.

Según el último informe de la Organización Mundial de la Salud, OMS, (2020) la principal causa de muerte prematura en el mundo, son las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Cada año, más del 70% de muertes registradas a nivel mundial, son causadas por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas; patologías de mayor prevalencia dentro de esta categoría (OPS, 2019).

La cifra anterior, indica el aumento exponencial de la carga epidemiológica, la gradual contribución a la mortalidad y el alto índice de discapacidad que generan las ECNT. Esto desencadena altos costos de hospitalización, tratamiento y rehabilitación; situaciones que conllevan al deterioro económico de las familias, incremento del sufrimiento humano y disminución en la calidad de vida de millones de personas. Por lo tanto, las ECNT se convierten en el gran desafío de la agenda pública global, dados los perjuicios que provocan en el entramado social, político y económico de los países; especialmente de aquellos con ingresos bajos y medios, dado que tres cuartas partes de las muertes por ECNT, se registran en estos países. (OMS, 2014; Serra, et al., 2018; Etienne, 2018)

Lo anteriormente expuesto, confirma por qué para el contexto colombiano y para varios países del mundo, la diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), caracterizada por la OMS (2016) como la dificultad del páncreas para la producción de insulina o del organismo por utilizar esta de forma eficaz, es considerada como una de las principales problemáticas de salud pública por dos razones principales: primero, es una ECNT de etiología ambiental, ya que es desencadenada principalmente por estilos de vida poco saludables donde predomina el sedentarismo, la alimentación malsana y el consumo de alcohol y tabaco, y segundo, por las afectaciones psicológicas y emocionales que puede desencadenar en los individuos, tales como depresión y

ansiedad. En Colombia, según el Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo (2021) en el periodo comprendido entre 2015-2020, se presentaron 168.778 casos nuevos de DM2, lo cual indica una incidencia de 3,38 casos nuevos por 1.000 habitantes. A su vez, se reportaron 1.426.574 personas con diagnóstico de DM2, lo cual muestra una prevalencia de 2,86 casos por cada 100 habitantes, con una mortalidad de 62,78 casos por 100.000 habitantes.

Dicho lo anterior, se deduce la magnitud del costo humano, social y económico que traen consigo enfermedades como la DM2, y, por tanto, se estima necesaria la participación y actuación multidisciplinar y multisectorial para el control y prevención de las mismas. (OMS, 2014; OPS, 2018)

Las ciencias de la salud por su parte, reconocen la responsabilidad ética que tienen frente a este fenómeno y, por tanto, postulan a la adherencia al tratamiento (AT) como una problemática de observación, puesto que obstaculiza la mitigación de las ECNT. Martín & Grau (2004), argumentan que la AT, permite a los pacientes incrementar o preservar su calidad de vida y hacer un control adecuado de su enfermedad, sin embargo, las cifras son desalentadoras al observar las investigaciones de Maidana et al. (2016) y Ortega, et al. (2018) donde se indica que el comportamiento adherente de pacientes con este tipo de enfermedades, se sitúa alrededor del 50% en países desarrollados, y en países en vulnerabilidad y pobreza, el porcentaje tiende a reducirse.

Esta problemática, se debe en gran parte, como mencionan Martín & Grau (2004) a la dificultad de consenso para la definición de este concepto, puesto que por mucho tiempo se entendió como el simple cumplimiento de las prescripciones médicas, otorgándole al paciente un papel pasivo frente a su enfermedad y tratamiento. Sin embargo, dada la baja adherencia

terapéutica, surgió un interés en la comunidad académica por identificar esos factores involucrados en el comportamiento adherente y no adherente.

De este modo, la psicología de la salud ha dado respuesta a esta solicitud por medio del análisis y comprensión de la influencia de los aspectos cognitivos y conductuales tales como pensamientos, percepciones, creencias y toma de medicamentos en la AT. Por ejemplo, autores como Martín & Grau (2004) y Varela et al. (2008) comprenden este fenómeno como disposiciones cognitivas y comportamentales del paciente, las cuales son coherentes con lo discutido y aceptado en la interacción con el profesional de la salud; en esta, intervienen creencias de tipo religioso, percepción de autoeficacia, de la enfermedad y el tratamiento, entre otros.

Ahora bien, aunque se ha demostrado que estos factores son fundamentales para comprender el comportamiento adherente y no adherente de los pacientes, se identifica que existe una omisión e invisibilización de una cualidad intrínseca del ser humano: su emocionalidad; algo relegado y postergado por distintos enfoques epistemológicos de la psicología, pero que en esta propuesta de investigación se advierte como fundamental para la comprensión de problemas tales como el que aquí nos convoca; esto, si se reconoce como destaca Maturana (2001) y Bourdin (2016), la función adaptativa, organizativa, relacional y comunicativa de la emoción.

En el caso de DM2, la no adherencia al tratamiento puede traer al paciente complicaciones clínicas como infarto del miocardio, insuficiencia renal, pérdida de agudeza visual, neuropatía y riesgo general de morir prematuramente, junto a complicaciones sociales y económicas como reducción de la calidad de vida y grandes pérdidas económicas. Por otro lado,

para el sector institucional, la no adherencia terapéutica de los pacientes genera un alto costo por concepto de atención, hospitalización y acceso a los análogos de insulina. (OMS, 2016)

De esta forma, desconocer la influencia de las emociones en la problemática de AT, se postula desde este trabajo como un obstáculo no solo en la comprensión del fenómeno, sino también en su abordaje y por ende, en el interés de la psicología de la salud por contribuir en la desaceleración de la carga mundial de patologías como la DM2 que como menciona la OMS (2016), son prevenibles; característica que da esperanza a la investigadora y que afirma su deseo de reconocer la AT desde una mirada sistémica y de complejidad, donde la emoción tenga una posición protagonista y significativa, dado el papel que puede tener en la salud integral y el control y prevención de la enfermedad.

Pregunta problema

¿Cómo se comprende a partir del enfoque sistémico y la psicología de la salud, las vivencias emocionales de los pacientes con diabetes Mellitus tipo 2, en relación a su proceso de vinculación al tratamiento?

Objetivos

Objetivo General.

Comprender a partir del enfoque sistémico y la psicología de la salud, las vivencias emocionales relacionadas al proceso de vinculación al tratamiento de tres pacientes con diabetes Mellitus tipo 2, de la ciudad de Tunja, Boyacá.

Objetivos específicos.

1. Conocer las narrativas que construyen los pacientes en torno a su enfermedad y tratamiento.
2. Identificar a través de las narrativas que expresan los pacientes, las emociones que están asociadas al proceso de enfermedad y vinculación al tratamiento.
3. Analizar la relación existente entre los factores que intervienen en el proceso de vinculación al tratamiento y la vivencia emocional de los pacientes.

Justificación.

La presente investigación está dirigida a comprender las vivencias emocionales de los pacientes con DM2, en su proceso de vinculación al tratamiento. Lo anterior, tiene su fundamento en primer lugar, en el interés de la investigadora sobre la psicología en relación con los procesos de salud-enfermedad, dado que reconoce el concepto de salud, como pilar fundamental en la construcción de un país con bienestar y calidad de vida para sus ciudadanos y ciudadanas, donde la psicología tiene un lugar de acción-participación, sustentado en un compromiso ético y de responsabilidad social, el cual, es reflejado en la ampliación de la visión de lo humano con miras al aumento del conocimiento desde la comprensión de lo subjetivo.

En segundo lugar, es importante señalar que según la revisión realizada de investigaciones sobre la AT desde el campo de la psicología de la salud, se ha encontrado que esta, ha sido comprendida y abordada principalmente desde el enfoque cognitivo-conductual de tercera generación que involucra factores ambientales (Martín & Grau, 2004; Varela et al., 2008; Holguín et al, 2006; Varela y Hoyos, 2015), sin embargo, el estudio de las emociones no ha sido priorizado y por ende, relegado de análisis.

Lo anterior, muestra la conveniencia de la propuesta de investigación para la salud pública, dado que busca hacer una comprensión de lo emocional dentro de la problemática de AT, en fundamento por un lado, a lo que indica Martin (2003), quien reconoce que en el proceso de salud-enfermedad intervienen múltiples factores que están en constante comunicación y por ende, no puede ser desestimado ninguno de ellos, y por otro, siguiendo al mismo autor, al identificar que la enfermedad no sólo trae cambios al sistema corporal de la persona diagnosticada sino también al sistema emocional y de creencias que lo constituye, donde además, modifica todos los sistemas a los cuales pertenece este.

Esta última postura, revela la importancia de hacer una comprensión sistémica de la emoción, donde se posicione a ésta, en concordancia con lo señalado por Poblete y Bächler (2016), como el principal elemento constitutivo de interacción, donde cualquier emoción sentida es una consecuencia y una respuesta a una emoción mostrada, esto es, trascender de la noción tradicional donde solo se ve a la emoción como algo individual y psicofísico y en vez de ello, reconocer además de esto, como menciona Bourdin (2016) sus funciones semióticas, significativas y comunicativas, y, desde esa comprensión, se identifique la experiencia de las mismas en la vinculación de pacientes con DM2 a su tratamiento. En este sentido, se reconoce el valor y la utilidad teórica que pretende esta investigación, pues relaciona fenómenos que poco han sido abordados en conjunto, desde un enfoque que está llevando sus esfuerzos a comprender el papel de la emoción en la interacción de los sistemas que hacen parte del individuo.

Por último, es importante señalar que este trabajo trae consigo una implicación social fundamental, puesto que, se conoce que la DM2 es una de las ECNT más comunes de las sociedades contemporáneas, es decir, una problemática real que se erige como uno de los

mayores retos en salud pública del siglo XXI (López y Ávalos, 2013). En este orden de ideas, su relevancia social, radica en los beneficios que puede traer para la salud y la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con esta patología, el proporcionar una comprensión del rol de las emociones en la AT, si esta logra convertirse en base teórica para posteriores trabajos y/o investigaciones que tengan como objetivo incrementar el índice porcentual de AT; esto, si se tiene en cuenta siguiendo a Oblitas (2008) y Escandón, et al. (2015), que en el caso de las ECNT, en este caso específico, la DM2, las consecuencias de la falta de dicha vinculación, impacta la dimensión física, psicológica y social de los pacientes.

Marco epistemológico.

El constructivismo, es una teoría que ofrece explicaciones de orden antropológico y epistemológico, las cuales resultan fundamentales y se erigen como la ruta orientadora para la comprensión y desarrollo de este trabajo.

En ese sentido, es fundamental señalar el constructivismo, como una postura que, en contraposición a los postulados de la ciencia moderna, la cual invita a conocer a un mundo estable, singular y externo, lo que hace, es relativizar el conocimiento y reconocer la diversidad de realidades que emergen de la participación-acción del individuo en su contexto. Dicho en otras palabras, para el constructivismo según Araya, et, al. (2007) “el ser humano crea y construye activamente su realidad personal”. p. 84.

Ahora bien, ahondando en lo anteriormente expuesto, se encuentra que, desde una mirada antropológica, el constructivismo comprende al ser humano, como un ser inacabado que necesita construirse constantemente y que sólo lo logra por medio de su accionar en esa realidad que va

creando; acción que es posible gracias a la función simbólica del lenguaje y que no tiene ninguna pretensión de alcance de verdad única y/o absoluta. (Araya, et al., 2007); (Watzlawick, 1994)

Teniendo en cuenta esto, el conocimiento entonces, no puede ser algo que deba ser buscado en lo externo al ser humano, sino que se configura como una construcción propia que emerge de los elementos que dispone dicho ser humano. Así pues, desde esta postura, lo biológico adquiere una gran relevancia dado que no se construye desde la nada, sino que existen elementos biológicos estructurales que favorecen la construcción de esa realidad personal, pues como bien menciona Maturana (s.f) citado en Rosas y Sebastián (2008), los cambios ontológicos son los que favorecen a que dos personas o más encuentren una posibilidad de interacción, donde surge a su vez una co-ontogenia; un desarrollo biológico y psicológico personal desde la interacción con un otro. De este modo, el individuo tiene una postura activa en la construcción de sí mismo y su realidad, la cual es contada por medio de historias que encajan, se asimilan o son contrapuestas según la vivencia del individuo en interacción. Dicho lo anterior es importante citar a Maturana (1996) quien menciona “el mundo que uno vive siempre se configura con otros; uno siempre es generador del mundo en el que vive” p. 31

A razón de lo anterior, se reconoce fundamental para la realización de este trabajo, la mirada constructivista de las emociones que propone Maturana (2001), puesto que, rescata su carácter biológico y a su vez, las posiciona como disposiciones corporales dinámicas que favorecen la acción y el relacionamiento, lo cual, da paso a la construcción de realidades. En este orden de ideas, las emociones adquieren para esta investigación, un valor predominante en la comprensión de lo humano, ya que, no existe un sistema racional y relacional que no se fundamente en ellas; esto es, fundan el modo de vida basado en la convivencia con un otro.

Estado del arte

Para la presente investigación es de vital importancia conocer los estudios que se han hecho en torno a la problemática de AT, con relación a los aspectos emocionales y la patología de DM2. Esto, tiene como objetivo identificar la comprensión que se ha ido gestando alrededor de estas temáticas y de esta forma, apreciar la relevancia de este trabajo investigativo. Dicho lo anterior, se destaca que se hizo una revisión de 20 artículos de revistas académicas y trabajos de grado, publicados entre el año 2021 y el año 2013, donde se enlazan los conceptos teóricos ya mencionados.

En este orden de ideas, se presenta a continuación una tabla que da cuenta de dicha revisión y resume de forma clara y concisa los hallazgos encontrados.

Tabla 1. Investigaciones revisadas para identificar el estado del arte.

No.	Año	País	Tipo de documento	Título	Resumen	Referencia
1	2021	Ecuador	Artículo de revista	Identidad de enfermedad y afrontamiento: su rol en la adherencia terapéutica de pacientes diabéticos e hipertensos.	Es un estudio correlacional de corte transversal con una muestra de 300 personas que busca analizar la relación existente entre identidad de enfermedad, estrategias de afrontamiento, variables sociodemográficas y clínicas con la adherencia terapéutica. Es importante mencionar que, para este estudio, el concepto de identidad de enfermedad se convierte en un constructo novedoso que corresponde a la manera en que los pacientes incorporan una enfermedad crónica a su identidad personal, es decir, la forma en que se piensa y siente sobre sí misma. La investigación evidencia que las mujeres tienden a ser más adherentes a sus tratamientos, y la dificultad más notoria en la transición del cambio del estilo de vida necesario para la adherencia terapéutica, se vincula a la alimentación. Adicionalmente, se halló que, entre mayor edad del paciente y mayor tiempo de diagnóstico, menos adherencia al tratamiento. Por último, se identificó que los pacientes que no aceptan su enfermedad, los hace definirse a ellos mismos en términos de enfermedad, lo cual, los orienta a perder la ruta del autocuidado.	Serrano, A., Bermeo, D., Cuenca, J y Hernández, Y. (2021). Identidad de enfermedad y afrontamiento: su rol en la adherencia terapéutica de pacientes diabéticos e hipertensos. <i>Revista Científica Universitaria</i> , 10(1), 1-10. http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/228/2281844002/2281844002.pdf

2	2020	Argentina	Artículo de revista	Mecanismos De Regulación Emocional Y Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral En Personas Que Conviven Con VIH	Bajo la premisa de que la regulación emocional es una variable que interviene en el abordaje en términos de prevención y tratamiento de las problemáticas de salud, el objetivo de esta investigación de carácter cuantitativo, fue buscar la asociación entre mecanismos de regulación emocional, malestar psicológico y adherencia al tratamiento en personas con VIH. Así se encontró que las personas que tienen mecanismos de regulación emocional orientadas a la reevaluación cognitiva, estaría asociado una mayor adherencia al tratamiento, mientras que la estrategia de supresión emocional no contribuye en la adherencia terapéutica, lo cual, está asociado a que la reevaluación cognitiva favorece la memoria, mejores relaciones sociales, percepción de apoyo e incremento de la salud mental.	Cola Santi, E., Molinari, A., Sereno, M., Gauchat, S y Marino, M. (2020). Mecanismos De Regulación Emocional Y Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral En Personas Que Conviven Con VIH. <i>Psicología UNC.5(7)</i> , 16-34. https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/31677/32517
3	2020	México	Artículo de revista	Emociones durante la vivencia de enfermedades crónicas degenerativas en pacientes con diabetes Mellitus e hipertensión	Es un estudio de tipo cuantitativo transversal descriptivo, que tiene como objetivo comparar las emociones de los pacientes con diabetes e hipertensión en el momento de su diagnóstico y en la actualidad. Parten de que la regulación emocional permite a los pacientes dejar de evitar, reconocer, y darse la oportunidad de experimentar sus emociones en el proceso vital de la enfermedad para así poder producir respuestas adaptativas y de lazo social que los conectan con las personas que fomentan las conductas saludables En este orden de ideas, la adherencia se relaciona con la capacidad de regulación emocional de los pacientes. Así pues, se encontró en este estudio que las emociones como tristeza, alegría, confianza, optimismo, ilusión, ánimo, resignación, alivio, seguridad y calma, disminuyeron	Valverde, B y Pérez, B. (2020). Emociones durante la vivencia de enfermedades crónicas degenerativas en pacientes con diabetes Mellitus e hipertensión. <i>CienciaCierta</i> , 63,1-19. http://www.cienciacierta.uadec.mx/articulos/CC63/129EmocionesDuranteVivencia.pdf

					significativamente, es decir, se presentaron más en el momento del diagnóstico que en la actualidad. Asimismo, emociones como culpa, soledad y enojo aumentaron de manera significativa y se presentan más en la actualidad que al inicio de la enfermedad. Los autores destacan la importancia de trabajar bajo un enfoque sistémico en salud dada la complejidad de los fenómenos de adherencia al tratamiento y emociones.	
4	2019	Perú	Tesis de pregrado	Inteligencia emocional y adherencia al tratamiento médico en pacientes con diabetes en un hospital de Lima, 2018.	Este trabajo de investigación se dirige bajo el enfoque cuantitativo y tiene como fin determinar la relación entre la inteligencia emocional, con la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes. Con respecto a la inteligencia emocional, se centran en las dimensiones intrapersonal, interpersonal, adaptabilidad, manejo de estrés y estado de ánimo general, y con respecto a la adherencia al tratamiento, se centran en las dimensiones de características del tratamiento, relación paciente-personal de la salud y dependiente del paciente. Los resultados indican que todas las dimensiones de inteligencia emocional tienen una relación significativa con la adherencia al tratamiento, excepto la de manejo de estrés. De esta manera, determinan que existe una correlación positiva entre estas variables, reconociendo así el valor de la inteligencia emocional en los procesos de recuperación de la salud.	Montoya, C. (2019). Inteligencia emocional y adherencia al tratamiento médico en pacientes con diabetes en un hospital de Lima, 2018. (Tesis de pregrado) Universidad Nacional Federico Villareal. http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2868/UNFV_MONTOYA_JUR_O_CARLOS_JESÚS_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

5	2019	México	Artículo de revista	Intervención cognitivo-conductual para promover adherencia terapéutica y regulación autonómica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2	<p>Esta investigación reconoce la importancia de hacer uso de medidas psicofisiológicas dentro las intervenciones psicológicas tradicionales, por tal motivo, el propósito de este estudio preexperimental es promover la AT y la regulación de la actividad autonómica cardiovascular en pacientes con DMT2 a través de una intervención cognitivo-conductual grupal. Se realizaron 18 sesiones grupales a lo largo de nueve meses donde se utilizaron técnicas como: psicoeducación, técnica de relajación, respiración diafragmática, regulación emocional, inoculación del estrés, entrenamiento en habilidades sociales, modelo ABC y técnicas de afrontamiento y solución de problemas. Teniendo en cuenta lo anterior, se identificó que hubo incremento en la VFC, lo cual está relacionado a mayor bienestar físico y bienestar emocional por la reducción en la ansiedad y depresión. Por tal motivo, el estudio concluye que es necesario que las intervenciones psicológicas estén orientadas en la disminución de la actividad autonómica de los pacientes para incrementar la adherencia a su tratamiento y su salud física y mental.</p>	<p>Vergara A., Chavarría S., Rodríguez M., Domínguez T y Zamudio S. (2019). Intervención cognitivo-conductual para promover adherencia terapéutica y regulación autonómica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. <i>Psicología y Salud</i>, 29(2), 207-217. https://www.researchgate.net/publication/334108455_Intervencion_cognitivo-conductual_para_promover_adherencia_terapeutica_y_regulacion_autonomica_en_pacientes_con_diabetes_mellitus_tipo_2</p>
---	------	--------	---------------------	--	---	--

6	2019	Colombia	Artículo de revista	Barreras de la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos.	<p>Se considera que la falta de adherencia terapéutica es el resultado de una compleja interacción entre el ambiente social, el paciente y los profesionales de la salud. Por tanto, el objetivo del estudio es realizar una revisión bibliográfica de estudios descriptivos acerca de la adherencia terapéutica. Se encuentra con esta, que los determinantes de la adherencia terapéutica están vinculados a variables sociodemográficas, creencias del paciente, información, apoyo social, relación médico-paciente. La falta de adherencia farmacológica está asociada a procesos de inyección de insulina y toma de medicamentos. La adherencia no farmacológica, se relaciona a factores psicosociales como falta de apoyo social y familiar, higiene y autocuidado, conocimientos deficientes en nutrición y falta de ejercicio. De igual forma, los factores que dificultan la no adherencia son concepciones culturales de la enfermedad, desencuentro entre el discurso médico y el saber popular, cansancio por ingerir una cantidad elevada de medicamentos, estrés, costo económico e insatisfacción por los servicios de salud. Por último, se identifica que los factores de éxito que influyen en la adherencia son: cumplimiento de las indicaciones dietéticas, realización de actividad física, y toma de prescripción farmacológica.</p>	<p>Reina, M y Martínez, C. (2019). Barreras de la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos. <i>Cina Reserch</i>, 3(2), 21-27. https://revistas.uninavarra.edu.co/index.php/cinaresearch/article/view/182/81</p>
---	------	----------	---------------------	---	---	---

7	2019	España	Artículo de revista	Adherencia al tratamiento y estilos de vida saludable de los diabéticos tipo 2 de Benicasim (Castellón).	Es un estudio observacional, descriptivo y transversal que tiene como objetivo determinar la adherencia a los tratamientos farmacológicos y los estilos de vida saludables de los pacientes con diabetes. Se encontró que los pacientes tenían un seguimiento adecuado de la dieta, dónde hacían consumo de frutas y verduras, no había alimentación entre comidas, respetaban las porciones, no añadían azúcar o sal a sus alimentos y había bajo consumo de pan. Más de la mitad de los pacientes realizaban actividad física y la mayoría no consumía tabaco ni alcohol. En cuanto a la información sobre la enfermedad, se encontró que la mayoría no había asistido a las orientaciones sobre la misma, y menos de la mitad informaron no tener interés en ningún momento por buscar información sobre su patología. El manejo emocional también se evidenció positivo. Dicho lo anterior, se concluyó una correlación positiva, donde a mayor ejecución de estilos de vida saludable, mayor adherencia al tratamiento, y mejor calidad de vida para los pacientes. Este estudio indica que, en su muestra, existe una mayor adherencia a los estilos de vida saludable que al tratamiento farmacológico.	Aránzazu, L., Anarte, C., Masoliver, A. y Barreda, E. (2019). Adherencia al tratamiento y estilos de vida saludable de los diabéticos tipo II de Benicasim (Castellón). RqR Enfermería Comunitaria. <i>Revista de SEAPA</i> , 7(2): 27-38. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7071353
8	2019	Cuba	Artículo de revista	Adherencia terapéutica y bienestar subjetivo en pacientes con diabetes mellitus tipo II	Es un estudio transversal descriptivo que tuvo una muestra de 30 personas, y tenía como objetivo determinar cómo se manifiesta la adherencia terapéutica y el bienestar subjetivo en los pacientes con diabetes mellitus 2. Dentro de este estudio se encontró que el bienestar subjetivo resulta un factor protector para la salud, no obstante, no se relaciona significativamente con la adherencia terapéutica, teniendo en cuenta que la	Pomares, A., González, R., Trujillo, Y y Vázquez, M. (2019). Adherencia terapéutica y bienestar subjetivo en pacientes con diabetes mellitus tipo II. <i>Revista Finlay</i> , 9(3), 221-225.

					muestra presentó altos niveles de bienestar subjetivo y baja adherencia a su tratamiento médico. Así pues, aspectos como autonomía, dominio ambiental, crecimiento personal, propósito en la vida y autoaceptación (factores que dan cuenta del bienestar subjetivo de un individuo) no necesariamente predicen que los pacientes con diabetes se adhieran a su tratamiento.	http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v9n3/2221-2434-rf-9-03-221.pdf
9	2018	México	Artículo de revista	Estrés, afrontamiento, emociones y adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos.	La investigación es de carácter cuantitativo y tiene como objetivo corroborar en el contexto de la adherencia terapéutica la relación entre estrés, afrontamiento y emociones dado que reconocen que las emociones brindan mucho conocimiento sobre los procesos de enfermedad, puesto que, tras un diagnóstico los pacientes experimentan un conjunto de emociones que llevan al paciente a adoptar distintas modalidades de afrontamiento para atravesar su enfermedad. De esta manera, se encuentra que las tres variables dotan de gran comprensión al fenómeno de la adherencia terapéutica, y que, según el nivel de atención en el sistema de salud, el estrés, el afrontamiento y las emociones aparecen de formas distintas con respecto a la enfermedad.	Pedraza, G y Vega, C. (2018). Estrés, afrontamiento, emociones y adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos. <i>Eureka:15(2)</i> , 173-185. https://psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-15-2-8.pdf

10	2018	México	Artículo de revista	Factores condicionantes de la falta de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: caso Unidad de Medicina Familiar 33, Tabasco México.	Es una investigación de tipo transversal que tiene como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a la no adherencia terapéutica de pacientes con diabetes Mellitus tipo 2. Dentro de los aspectos que se relacionan con la adherencia, encontraron que está influida por los factores: accesibilidad al servicio de salud [atención médica, nutricional, trabajo social, entre otros], satisfacción del servicio médico [calidad percibida como buena], comorbilidades agregadas a la diabetes [hipertensión arterial, obesidad grado I, entre otros], nivel de conocimientos de la enfermedad, nula práctica de la actividad física [activación física de cualquier índole], rechazo a la dieta [por condición económica, por condición laboral o por desconocimiento básico de los alimentos, entre otros], tiempo de padecer la enfermedad [entre más años de curar la enfermedad mejor adherencia terapéutica], presencia de efectos adversos y apoyo familiar.	Pavón, A., Espinoza, R., Garrido, S., Casas, D y Rodríguez, A. (2018). Factores condicionantes de la falta de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: caso Unidad de Medicina Familiar 33, Tabasco México. <i>WAXAPA</i> , 10(18), 20-25. https://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2018/wax1818d.pdf
11	2018	Chile	Artículo de revista	Variables psicológicas asociadas a adherencia, cronicidad, y complicaciones en pacientes con diabetes mellitus tipo 2	Es un estudio descriptivo con una muestra de 192 pacientes con DMII. Las variables psicológicas estudiadas en esta investigación fueron locus de control (interno y externo) y orientación temporal (pasado positivo, pasado negativo, presente hedonista, presente fatalista y futuro), teniendo como base el modelo de creencias en salud. De esta manera, se identificó que existe relación positiva entre nivel de escolaridad y adherencia terapéutica. De igual forma, se asocia un perfil temporal negativo y un locus de control externo a la adherencia terapéutica, lo cual se interpreta como temor hacia posibles complicaciones si no se sigue el	Quiñones, A., Ugarte, C., Chávez, C y Mañalich, J. (2018). Variables psicológicas asociadas a adherencia, cronicidad, y complicaciones en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. <i>Revista Médica de Chile</i> , 146, 1151-1158. https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v146n10/0034-9887-rmc-146-10-01151.pdf

					tratamiento y a una confianza muy positiva hacia los profesionales de la salud. Así pues, la confianza en el personal de salud, sería la estrategia de regulación emocional para acoger estrategias de autocuidado.	
12	2017	México	Artículo de revista	Creencias sobre la diabetes y la adherencia terapéutica en pacientes con DMII	<p>Con el postulado de que las creencias son los componentes principales que determinan las actitudes y las acciones frente a las demandas del medio, esta investigación, tiene como objetivo identificar las creencias que tienen los pacientes con DMII acerca de su enfermedad y tratamiento. Fue un estudio mixto de carácter exploratorio que recuperó tanto los niveles de adherencia como las creencias frente a estos aspectos. Con los datos recolectados, se halló que el componente con menor adherencia fue el de manejo emocional, seguido por el de ejercicio. Con respecto a las creencias, los participantes en su mayoría consideran que las causas de la enfermedad se originan por el estilo de vida, la herencia y el sobrepeso, y entre los ajustes más difíciles en el momento del tratamiento, mencionan en su gran mayoría la alimentación. Así pues, se concluye que los pacientes no tienen un conocimiento claro acerca de su enfermedad, ni de las consecuencias y beneficios de su tratamiento. Entre mayor es el tiempo con la enfermedad, menor es el apego al tratamiento,</p>	<p>Martínez, J., Torres, M y Díaz, A. (2017). Creencias sobre la diabetes y la adherencia terapéutica en pacientes con DMII. <i>Revista Cultura del Cuidado</i>, 14(1), 5-15. https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/4324/3671</p>

13	2016	México	Artículo de revista	Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2	Esta investigación, toma como referente que las enfermedades crónicas representan un desafío mental y emocional para quienes las vivencian, pues pasan por estados emocionales como depresión, ansiedad, enojo y estrés, por tal motivo, el objetivo fue identificar si existe asociación entre la ansiedad y depresión con el apego al tratamiento médico. Se concluyó que el estrés está asociado al descontrol metabólico glucémico y la variable falta de apego al tratamiento. A su vez, se halló que las fuentes de estrés más importantes son la misma enfermedad, la autopercepción negativa dentro de su esfera social por su condición de paciente y las ideas erróneas socialmente instauradas acerca de la diabetes.	Sánchez, J., Hipólito, A., Mugártegui, S y Yáñez, R. (2016). Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. <i>Atención Familiar</i> , 23(2), 43-47. https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2016/af162c.pdf
14	2016	México	Artículo de revista	Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2	Es un estudio de tipo descriptivo transversal que tiene como objetivo identificar el grado conocimiento de los pacientes acerca de su enfermedad y determinar el grado de apego de los mismos a su tratamiento. Se determinó una correlación positiva: a mayor conocimiento de la enfermedad, mayor adherencia terapéutica y se identificó que el desconocimiento se relaciona con las medidas preventivo-promocionales de la enfermedad. Los pacientes, reconocen con mayor facilidad los síntomas de la enfermedad que sus complicaciones. Así pues, se concluye que la educación para los pacientes y los cuidadores que hacen parte de este proceso, es un componente eficaz en los procesos de recuperación de la salud, es decir, adherencia terapéutica.	Pascacio, G., Ascencio, G., Crux, A y Guzmán, C. (2016). Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2. <i>Salud en Tabasco</i> , 22(1-2), 23-31. https://www.redalyc.org/pdf/487/48749482004.pdf

15	2015	España	Artículo de revista	Estrés emocional y calidad de vida en personas con diabetes y sus familiares	<p>Es un estudio internacional observacional, que pretende identificar las barreras y áreas de mejora en la atención y manejo de la diabetes por medio de opiniones de las personas con este diagnóstico y sus familiares. La muestra estuvo comprendida por 502 personas diagnosticadas de diabetes. En los resultados, se encontró que el 12,2% de las personas diagnosticadas considera tener mala o muy mala calidad de vida y el 13,9% presenta síntomas de una posible depresión. El 50% considera tener niveles elevados de estrés asociados a la enfermedad, donde se encuentra mayor bienestar emocional y mayor preocupación por riesgo de padecer hipoglucemia en hombres que en mujeres. Asimismo, se identificó que más de la mitad de pacientes con diabetes Mellitus tipo 2, no siguen el tratamiento farmacológico y presentan mayores niveles de estrés asociados a la administración de insulina. De esta forma, se concluye que la diabetes tiene una carga psicosocial significativa en los pacientes y familiares con diabetes, donde el estrés emocional resulta predominante para ambos.</p>	<p>Beléndez, M., Lorente, I y Maderuelo, L. (2015). Estrés emocional y calidad de vida en personas con diabetes y sus familiares. <i>Gaceta Sanitaria</i>, 29(4), 300-303. https://www.scielosp.org/pdf/gs/2015.v29n4/300-303</p>
----	------	--------	---------------------	--	---	--

16	2015	Colombia	Artículo de revista	Eficacia de la entrevista motivacional para promover la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2*	<p>La adherencia terapéutica implica realizar cambios en el estilo de vida, los cuales resultan difíciles de manejar. Por esta razón, con frecuencia se necesitan intervenciones psicológicas para ayudar a implementarlos, dado que la diabetes tiene un carácter crónico-degenerativo que, de no controlar la adherencia a su tratamiento, implica para el paciente deterioro funcional y de su sensación de bienestar. Así pues, considera que para aumentar la AT frente a la DM2 es necesario implementar una intervención que ayude al paciente a explorar y resolver las ambivalencias acerca de su conducta y hábitos malsanos hacia unos más saludables, y fomentar la autoeficacia como lo es la entrevista motivacional. De esta manera, el objetivo de la investigación se centra en determinar la eficacia de EM en los procesos de adherencia, determinando que los factores que influyen en la AT son apoyo familiar, creencias y reacciones emocionales frente a la enfermedad. Las mujeres reportaron más bajos niveles de afrontamiento frente a su enfermedad dado que presentan más ansiedad y depresión. Por último, se encontró que la EM favoreció a los pacientes en una ingesta más saludable de dieta, incremento de la actividad física y toma de medicamentos y reportaron sentirse con más ánimo y más optimistas, haciendo planificaciones de futuro y permitiéndose tener relaciones sociales.</p>	<p>García, I y Morales, B. (2015). Eficacia de la entrevista motivacional para promover la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2*. <i>Universitas Psychologica</i>, 14(2), 511-522. http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v14n2/v14n2a09.pdf</p>
----	------	----------	---------------------	---	---	---

17	2015	México	Artículo de revista	Estilos de afrontamiento en pacientes con DMT2 y su permanencia en el tratamiento nutricional en una Clínica del sector salud.	Esta investigación es de tipo correlacional no experimental, que tiene por muestra 30 personas con DMT2. El objetivo se centra en identificar si existe relación entre estilos de afrontamiento y permanencia en el tratamiento nutricional. En el transcurso de la enfermedad, las personas se asocian a distintas formas de afrontamiento para sobrellevar su enfermedad, lo cual está vinculado a las conductas de autocuidado que tienen. En este sentido, los resultados de la investigación, evidencian que hay una correlación media entre el estilo de afrontamiento y la permanencia en el tratamiento nutricional en las categorías de resolución de problemas, expresión emocional, reestructuración cognitiva y apoyo social, los cuales hacen parte del afrontamiento activo. De igual manera, no se encuentra correlación significativa entre afrontamiento no activo y permanencia en el tratamiento nutricional.	Ávila, D y León, R. (2015). Estilos de afrontamiento en pacientes con DMT2 y su permanencia en el tratamiento nutricional en una Clínica del sector salud. <i>Eurythmie</i> , 1(2), 67-73. https://www.universidad-justosierra.edu.mx/wp-content/uploads/2018/11/EURRYTHMIE-Vol.-1-No.-2-Enero-Julio-2015.pdf#page=67
18	2014	España	Artículo de revista	Factores asociados con la vulnerabilidad emocional y la baja adherencia al tratamiento en la hipertensión esencial	Reconociendo la complejidad del fenómeno de la adherencia al tratamiento y la importancia de las emociones en los procesos de enfermedad, esta investigación es de carácter cuantitativo y tiene como objetivo examinar la posible relación entre los aspectos emocionales y la adherencia al tratamiento y estudiar las diferencias emocionales en los pacientes en función de la historia de la enfermedad (años transcurridos desde el diagnóstico). Con los datos recolectados, se encontró que la historia de la enfermedad está significativamente relacionada con la alexitimia y la ira interiorizada, es decir, entre mayor el tiempo de diagnóstico de la enfermedad, los pacientes presentaban mayores niveles	Aleman, J y Rueda, B. (2014). Factores asociados con la vulnerabilidad emocional y la baja adherencia al tratamiento en la hipertensión esencial. <i>Boletín de Psicología</i> , 112, 35-52. https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N112-2.pdf

					de alexitimia y entre menos tiempo de diagnóstico, mayor era el grado de ira interiorizada, Asimismo, se encontró que las mujeres presentan mayores niveles de malestar emocional, lo cual se relaciona con su no adhesión al tratamiento. También, se evidenció una relación inversamente proporcional entre ira interiorizada y adherencia al tratamiento. Por último, se identificó que los pacientes con un diagnóstico mayor a los 5 años, tenían más bajos niveles de adherencia al tratamiento que aquellos que tenían un diagnóstico reciente, y que las personas mayores eran más adherentes con respecto a las jóvenes.	
19	2014	México	Artículo de revista	Respuestas emocionales de las mujeres que viven con diabetes mellitus tipo 2	Es un estudio cualitativo realizado con 28 mujeres, que tiene como objetivo describir y comprender las respuestas emocionales de las mujeres con diabetes mellitus tipo 2, a partir de los significados atribuidos al proceso de vivir con esta enfermedad. Para las personas con diabetes, vivir su experiencia de enfermedad está permeada por sentimientos que se vuelven significativos en todo su proceso y que determinan el comportamiento hacia el autocuidado. El estudio, se basa en el interaccionismo social, donde el eje es el significado construido en comunidad sobre algún fenómeno. Dicho esto, se encontraron categorías que explican la emocionalidad de las pacientes: Experimentación de los malestares de la enfermedad en la cotidianidad, resignación ante la proximidad de la muerte, sensación de bienestar a partir de la aceptación de la enfermedad, preocupación centrada en los hijos a partir de los estragos de la enfermedad, incertidumbre con el	Ledesma, M., Oros, E., Ávila, G y Ruvalcaba, G. (2014). Respuestas emocionales de las mujeres que viven con diabetes mellitus tipo 2. <i>Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social</i> , 22(2), 85-92. https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2014/eim142e.pdf

					tratamiento ante el desconocimiento y creencias en torno a la enfermedad y experimentación de múltiples sentimientos ante las implicaciones de la enfermedad. Se reconoce que las creencias interfieren en la adherencia terapéutica, el proceso de enfermedad está cargado sentimientos ambivalentes que cambian en el transcurso de la misma como resultado de las restricciones y limitaciones del tratamiento, sobre todo en el control de la dieta. Así pues, se puede pasar a la aceptación de la enfermedad o vivir en continuo rechazo hacia su condición. Se reconoce pues, la intersubjetividad de las experiencias de los participantes, donde vivir con diabetes es un proceso complejo, de emociones diversas y desgaste progresivo, que según el significado que le otorgan encaminan rutas de autocuidado.	
20	2013	Chile	Artículo de revista	Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2	Esta investigación es de carácter cualitativo-fenomenológico y pretende conocer e interpretar las percepciones que tienen los pacientes con diabetes tipo 2, con respecto a los factores que determinan la enfermedad. Observan que, para los pacientes, la adherencia al tratamiento no farmacológico, como el seguimiento de una dieta y la realización de actividad física no son determinantes en su condición médica y encuentran muchos limitantes para seguirla. Comprenden la adherencia al tratamiento más vinculada a la toma de fármacos, lo cual imposibilita una adherencia terapéutica holística y funcional.	Troncoso, C., Delgado, D y Rubilar, C. (2013). Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2. <i>Revista Costarricense de Salud Pública</i> , 22(1), 9-13. https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v22n1/art03v22n1.pdf

Nota. Elaboración propia.

Como se observa en la tabla anterior, el análisis académico e investigativo de la AT ha reconocido su complejidad y origen multicausal, lo cual, ha otorgado la posibilidad de realizar una comprensión de esta desde diferentes perspectivas. En ese orden de ideas, se encontró que la AT ha sido estudiada en gran proporción con relación a la diabetes, y para esto, se ha tomado primordialmente a las creencias, percepciones, trastornos emocionales e información, como puntos estratégicos para su abordaje. Ahora bien, las emociones han sido estudiadas a la luz de este fenómeno, pero en menor medida y sin otorgarles un papel fundamental dentro de la explicación de la AT.

Por otro lado, se observa que los hallazgos han sido contundentes con respecto a la influencia de los aspectos anteriormente mencionados, junto con variables sociodemográficas como género y edad, red de apoyo, relación entre servicio-profesionales de la salud-pacientes, tiempo de diagnóstico, entre otros.

Por último, se advierte fundamental reconocer el desarrollo investigativo publicado con respecto a estos fenómenos estudiados en conjunto por parte de los enfoques cognitivo y conductual, dado que la gran mayoría de investigaciones emergen desde estas miradas psicológicas. Unido a eso, se consideran notables las conclusiones de los estudios revisados, cuando manifiestan la importancia de un acercamiento sistémico en la comprensión de los procesos de salud-enfermedad, esto es, AT y DM2.

Marco teórico.

Las enfermedades crónicas no transmisibles.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) o también llamadas enfermedades no transmisibles (ENT), son trastornos orgánicos y funcionales de origen multicausal. Estas, son de carácter progresivo y permanente que provocan en distintos grados limitaciones en la actividad del paciente y a su vez, cambios en el estilo de vida, los cuales repercuten en su área individual, social y económica. (Marchionni, et al., 2011; Montalvo, et al., 2012)

Como dan a conocer Campos de Aldana et al. (2014), dentro de esta categoría de enfermedades se encuentran: las cardiovasculares, que comprenden la hipertensión, la enfermedad cerebrovascular, enfermedad coronaria y enfermedad vascular periférica, las neoplásicas, donde se destacan el cáncer de cuello uterino, de seno, de próstata, gástrico, de colon y recto; las enfermedades crónicas de pulmón donde se encuentran la bronquitis, enfisema, asma y tuberculosis; enfermedades musculoesqueléticas-osteoarticulares como la osteoartritis o la artritis; enfermedades metabólicas, donde se ubican la obesidad, diabetes, dislipidemias y osteoporosis; y las enfermedades neurológicas tales como accidentes cerebrovasculares e isquemia cerebral transitoria. No obstante, las de mayor incidencia y prevalencia a nivel mundial son las cardiovasculares, respiratorias, el cáncer, y la diabetes. (OPS, 2019; OMS, 2020)

Ahora bien, es importante resaltar que esta emergencia de salud pública, sigue siendo el resultado de un conjunto de cambios sociales, económicos, políticos y culturales que ha tenido la humanidad en las últimas décadas gracias a los efectos de la globalización de los mercados, el

rápido proceso de urbanización con poca planificación, el sistema de consumo, la generalización de modos de vida poco saludables, y el envejecimiento de la población. Esto ha modificado el estilo y las condiciones de vida de la mayoría de la población a nivel mundial; para algunos, hubo mejoría en su nivel de vida, y para otros, trajo mayor pobreza y, por ende, dificultades para acceder a los sistemas de salud. (OMS, 2014; Serra, et al., 2018).

En ese orden de ideas, la OMS (2014) citada en Palacios y Pérez (2017), declara que los factores de riesgo son cualquier característica, atributo o exposición de un individuo, que aumenta la probabilidad de sufrir una enfermedad y a su vez, la aparición de daños o lesiones no deseadas. Así pues, es importante destacar que con el fin de mitigar la problemática de ECNT, se ha encontrado que existen una serie de factores de riesgo que pueden ser abordados y modificables: dentro de estos se encuentran hábitos relacionados con el estilo y la calidad de vida de los individuos, como el consumo excesivo de sodio y azúcar junto a una dieta malsana, sedentarismo, estrés, alcoholismo y tabaquismo, lo cual, puede desencadenar dificultades metabólicas como obesidad, sobrepeso o hiperlipidemia, que aumentan con mayor proporción el riesgo de desarrollo de una ECNT. (Montalvo, et al., 2012; Serra, et al., 2018; OPS, 2014; OMS, 2020).

Diabetes Mellitus tipo 2.

La diabetes es una enfermedad crónica metabólica progresiva, que hace parte de las ECNT y que deviene cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no puede utilizarla de forma eficiente, lo cual, genera niveles elevados de glucosa en la sangre. Es necesario entonces mencionar, que la insulina es la hormona que regula la concentración de glucosa o glucemia en la sangre. (FID, 2019; Palacios, et al., 2019; OMS, 2016)

Ahora bien, siguiendo a FID (2019); Palacios, et al. (2019); OMS (2016); Escandón et al. (2015) existen 3 tipos de diabetes: la diabetes tipo 1, también conocida anteriormente como diabetes juvenil o insulino dependiente, es consecuencia de alteraciones inmunológicas que generan un déficit en la producción de insulina, por lo cual, las personas que la padecen, necesitan inyecciones diarias de insulina para el control de glucemia en sangre. Los pacientes con esta patología presentan síntomas tales como sed excesiva, adelgazamiento, hambre incesante, diuresis, cansancio y alteraciones en la vista. Es importante señalar, que actualmente no se conocen sus causas y, por tanto, no existen estrategias de prevención para la misma.

Por otro lado, se encuentra la diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) o conocida antes como diabetes de inicio de la edad adulta o no insulino dependiente; es la forma más prevalente de esta enfermedad y, por ende, la patología de interés en esta investigación. Se caracteriza por la dificultad de las células para realizar un uso adecuado de la insulina o del páncreas para producirla de forma suficiente. Su sintomatología corresponde a la de diabetes tipo 1, pero se presenta con menor intensidad o en ocasiones no se presenta, lo cual hace que la enfermedad progrese y sea detectada hasta el momento del paciente presentar complicaciones. Es importante mencionar, que dicha enfermedad por muchos años se presentó solo en adultos, no obstante, en las últimas décadas ha sido diagnosticada en la población infantil y adolescente.

Por último, se encuentra a la diabetes gestacional; aquella de carácter transitorio que emerge sólo durante el embarazo. Se presenta como una alteración de la glucemia, lo cual, genera dificultades en la mujer y el feto o recién nacido en el transcurso de la gestación y el momento del parto. De esta manera, este tipo de diabetes se configura en madre e hijo, como factor de riesgo para el desarrollo de una diabetes tipo 1 o Mellitus tipo 2.

En función de lo planteado, es necesario resaltar que la DM2 es causada por la combinación de factores genéticos, metabólicos, ambientales y conductuales, no obstante, es notorio resaltar la postura de autores como López y Moreno (2018), quienes indican el impacto que tiene para el desarrollo de enfermedades como la DM2, el compromiso de los países con la agenda social. En este sentido, dichos autores plantean:

La diabetes Mellitus tipo 2, está asociada directamente a factores sociales, debido a que los estilos de vida no saludables, la carencia de conocimientos para la prevención, el control adecuado, la no accesibilidad a servicios de salud de calidad, entre otros aspectos, benefician el desarrollo de la enfermedad e influyen en su pronóstico de forma negativa indicando que la DM se puede llegar a catalogar como una enfermedad social. (p.23)

Ahora bien, como se mencionó en apartados anteriores, para estas patologías se ha encontrado que existen factores que aumentan la probabilidad de su desarrollo. En el caso específico de la DM2, se conoce que existen dos tipos de factores de riesgo; factores que serán descritos con base a los planteamientos de FID (2019); OPS (2019); López y Moreno (2018); OMS (2016); Martínez (2015) y Palacios, et al. (2012).

Por un lado, se encuentran los factores de riesgo no modificables; características intrínsecas de las personas, es decir, particularidades tales como edad, sexo, origen étnico, nivel socioeconómico, antecedentes familiares y de diabetes gestacional, ovario poliquístico y variables relacionadas al nacimiento y la lactancia, las cuales, no pueden ser cambiadas dado que hacen parte de la humanidad de los individuos.

En este orden de ideas, se conoce que la prevalencia de DM2 aumenta a partir de la adultez media, y es mayor en el ciclo vital de adultez tardía. Por otro lado, se ha observado una mayor prevalencia de esta patología en mujeres y personas hispanas, africanas o indígenas en comparación a los hombres y personas blancas. Esto, se relaciona al nivel socioeconómico de la población, dado que se ha reconocido que aquellas que se encuentran en situación de pobreza tienen acceso precario a los servicios médicos y, por consiguiente, la información en torno al cuidado de la salud y prevención de la enfermedad es limitada, lo cual, dificulta la reflexión e incorporación de estilos de vida saludables.

Cabe señalar, que los individuos con padre o madre con DM2 tienen entre dos y tres veces, mayor riesgo de padecer esta enfermedad, así pues, cuando ambos padres presentan la patología, el riesgo aumenta al doble. De igual manera, las mujeres que desarrollaron diabetes gestacional, tienen aproximadamente 7 veces más riesgo de padecer DM2, que una mujer que no desarrolló esta patología en su proceso de gestación o no tiene antecedentes de la misma. Unido a esto, el síndrome de ovario poliquístico ha sido relacionado con desbalances en la regulación de la glucosa en el torrente sanguíneo, por lo cual, las mujeres que lo padecen tienen tres veces más riesgo de desarrollar DM2, que aquellas que tuvieron diabetes gestacional.

Por último, se halla una relación en forma de U, entre el peso al momento del nacimiento y el riesgo de DM2, es decir, se ha evidenciado que las personas con bajo u alto peso al momento de nacer, tienen un riesgo mayor que los bebés que nacen con un peso promedio. Igualmente, se encuentra que los bebés que tienen una alimentación basada en lactancia exclusiva, tienen un riesgo menor de padecer esta enfermedad.

Por otro lado, se encuentran los factores de riesgo modificables, es decir, aquellos sobre los cuales el individuo tiene control y, por ende, pueden ser transformados. Dentro de esta categoría pueden señalarse aspectos tales como, el sobrepeso, la obesidad, la dieta, el sedentarismo, el tabaquismo, las condiciones clínicas y el consumo de fármacos.

En este orden de ideas, se encuentra que el sobrepeso (IMC de 25-30 kg/m²) y la obesidad (IMC \geq 30 kg/m²) son condiciones que aumentan la posibilidad de intolerancia a la glucosa y la resistencia a la insulina, por tal motivo, se conoce que el 80% de los casos de DM2 es desarrollado por estos factores, de tal forma, que su reversión también se asocia a la disminución del riesgo y el control de la glucosa en sangre cuando la persona ya es diagnosticada con diabetes. Unido a esto, estudios de riesgo como el Nurses Health Study, citado en Martínez (2015), han demostrado que el aumento de 1cm en el perímetro de cintura, eleva el riesgo de DM2 dado que altera los niveles de glucemia basal.

En relación a lo anterior, se ha identificado que una dieta caracterizada por un alto consumo de productos ultra procesados, bebidas azucaradas, grasas hidrogenadas o trans, dulces o postres, harinas refinadas, carnes rojas o precocinadas, lácteos altos en grasa, sodio y azúcar, se asocia a un aumento en el riesgo de DM2, independientemente de los antecedentes familiares, el IMC y la actividad física. Así pues, una dieta mediterránea, la cual se basa en cereales integrales, frutos secos, verduras, pescados y frutas, se ha relacionado con una disminución de hasta un 40% de riesgo, independientemente del peso.

De igual forma, un estilo de vida sedentario hace que se reduzca el gasto de energía que tiene una persona al día, lo cual, promueve el aumento de peso, y, por tanto, aumenta el riesgo de desarrollar DM2. Asimismo, se ha demostrado el impacto positivo que tiene el realizar actividad física de intensidad moderada independientemente de la presencia o ausencia de intolerancia a la

glucosa. De tal forma, conductas sedentarias como ver televisión por mucho tiempo, y no realizar ningún tipo de actividad física se asocia a mayor obesidad y mayor riesgo de diabetes.

Unido a lo anterior, se halla que el tabaco también aumenta el riesgo de DM2 en la medida de su consumo, es decir, entre mayor es dicho consumo, mayor el riesgo de DM2. Es importante señalar, que, tras el abandono de esta sustancia, el riesgo se considera alto hasta los 10 años posteriores, sin embargo, el tiempo de riesgo puede disminuir según la frecuencia del consumo.

Hay que mencionar, además, que condiciones clínicas como enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca e hipertensión arterial junto al uso de fármacos tales como los antipsicóticos atípicos como olanzapina y clozapina y la combinación de β -bloqueantes y diuréticos tiazídicos, que hacen parte del área cardiovascular, se asocian a este riesgo. Asimismo, otros fármacos como glucocorticoides, anticonceptivos orales, ciclosporina, tacrolímús, antirretrovirales (por ejemplo, inhibidores de la proteasa), ácido nicotínico, clonidina, pentamidina y hormonas agonistas de la gonadotropina, pueden aumentar la posibilidad de resistencia a la insulina y desarrollo de esta patología.

Por todo lo anterior, y siguiendo a los mismos autores, se señala que el riesgo de padecer DM2, radica en el número de factores que se identifiquen en las personas, hallando que, el sobrepeso, la dieta, el sedentarismo, los antecedentes familiares de diabetes y la edad, se configuran como los principales factores de riesgo para la DM2, es decir, el desarrollo de la misma deviene de la interacción de los aspectos genéticos y ambientales, donde su mayor carga está cimentada en estos últimos, por lo cual, puede ser prevenida de forma individual, familiar y social.

Otro rasgo importante a resaltar, es que, dada la condición crónica-progresiva de la DM2, su abordaje tardío puede desencadenar complicaciones perjudiciales para la salud de los pacientes, lo cual, incrementa el riesgo de discapacidad y muerte prematura. (OMS, 2016). Unido a eso, es importante reconocer que debido a la progresión silenciosa que caracteriza a la DM2, al momento del diagnóstico ya pueden presentarse complicaciones, las cuales surgen por los desbalances en el índice glucémico y su falta de control. (FID, 2019)

De esta manera, y siguiendo a FID (2019); Alvarado & Villanueva (2017); OMS (2016), las complicaciones más comunes desencadenadas por la DM2 son: la nefropatía diabética (ND), la cual es una complicación renal, que una vez desarrollada, es irreversible y progresa hacia la Insuficiencia Renal Terminal (IRT). Es importante destacar que, a nivel mundial, más del 80% de esta patología está causada por la diabetes, y la prevalencia de la ND en pacientes diagnosticados con diabetes es de 10 veces más que en personas que no presentan dificultades en sus niveles de glucosa o insulina.

Por otro lado, se encuentra a la retinopatía diabética (RD) que se asocia con algún tipo de enfermedad ocular, como, por ejemplo, edema macular diabético, catarata, glaucoma, visión doble, incapacidad de enfoque y ceguera. En esta, se conoce, que su prevalencia en pacientes con la condición de DM2, es de un 35% y que aumenta según la duración de la enfermedad, de tal forma, que se configura como una de las principales causas de ceguera en la población de edad activa.

Por último, se conoce la neuropatía diabética (ND) como una condición que afecta todo el sistema nervioso, especialmente a los miembros distales de las extremidades inferiores, generando dificultades sensitivas y simétricas de las mismas, predominando el entumecimiento

progresivo. Estas dificultades, facilitan el desarrollo de úlceras por la anormal distribución ósea interna que desencadena el pie diabético, y puede llevar a la amputación. La prevalencia de ND en pacientes con DM2, oscila entre el 16% y 87%.

Lo anterior revela cómo estas complicaciones, pueden desencadenar consecuencias devastadoras para los pacientes, en su esfera física, mental, económica y social, de tal manera, que la detección temprana de la diabetes aparece como fundamento en la práctica clínica, la cual busca garantizar la calidad de vida de los pacientes. (OMS,2016)

Por consiguiente, es preciso enfatizar que según la OMS (2016), la diabetes es considerada una de las cuatro ECNT de importancia prioritaria dada su alta incidencia y prevalencia a nivel mundial. En concreto, la diabetes Mellitus según la Federación Internacional de Diabetes (2019), es la causa del 90% de los casos de diabetes en el mundo y afectó en el año 2019 aproximadamente a 463 millones de adultos entre los 20 y 79 años y provocó 4,2 millones de muertes, lo cual indica, que la proporción de personas con diabetes tipo 2 está en aumento en la mayoría de países. Respecto a la situación en la Región de las Américas, según la misma organización, se estima que en 2014 había 62 millones de personas con diabetes, lo que significa 1 de cada 12 habitantes. En particular, en América Central y Suramérica para el mismo año, el número de afectados fue de 29,6 millones de personas, lo cual equivale al 9,4% de la población adulta.

En el caso específico de Colombia, el Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo (2021) en su informe: Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2020, hizo una recolección de datos sobre estas patologías, tomando como soporte el reporte obligatorio a la Cuenta de Alto Costo, de las Entidades

promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) dentro del periodo comprendido 2015-2020.

Este informe refleja cómo en Colombia para este periodo se presentaron 168.778 casos nuevos de diabetes mellitus, lo cual indica una incidencia cruda de DM2 de 3,38 casos nuevos por 1.000 habitantes, con un promedio de edad de los casos incidentes de 61,34 años. Unido a esto, se reportaron 1.426.574 personas con diagnóstico de DM2, lo cual evidencia una prevalencia cruda de 2,86 casos por cada 100 habitantes. De este reporte, se reconoce que el 66,79% de personas en diagnóstico hacen parte del régimen contributivo y el 33,21% restante del régimen subsidiado. Unido a esto, se identificó que las entidades territoriales con mayor número de personas con diagnóstico fueron Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca.

Por otro lado, durante este periodo se reportaron 31.316 personas fallecidas con DM2, lo cual equivale a un índice de mortalidad de 62,78 casos por cada 100.000 habitantes, donde las mujeres con esta patología, presentaron una tasa de mortalidad mayor que los hombres.

De esta manera, y siguiendo al informe del Fondo de Enfermedades de Alto Costo (2021) y al Ministerio de Salud (2017), se destaca que la prevalencia de la DM2 sigue en aumento en el país, puesto que para el año 2015 se reportaron a través del Sistema de Información de la Protección Social, 920.494 casos diagnosticados, para una prevalencia de 1.9 casos por 100.000 habitantes. Esto es, hubo un incremento porcentual de 0,96 por 100.000 habitantes. En este sentido, el informe reconoce que existen aspectos que representan oportunidades de mejora para la detección temprana, seguimiento y tratamiento de la enfermedad en nuestro país.

Psicología de la salud.

El concepto de psicología de la salud ha estado en constante evolución y por esto, ha atravesado por distintas modificaciones desde su definición inicial. Autores como López y Velarde (2021), Palacios y Pérez, (2017), Cardozo y Rondón (2014), Garzón (2013) y Morales (2012), se han interesado en indagar sobre este desarrollo conceptual con el fin de distinguir los aspectos esenciales dentro de la definición, los cuales dirigen el ser y quehacer de la misma. Por consiguiente, para esta investigación se realiza una conceptualización integradora de la psicología de la salud, desde los hallazgos y reflexiones de mencionados autores, con el objetivo de tener una comprensión contextualizada, actualizada y abarcadora de este campo de aplicación de la psicología.

Inicialmente, es fundamental señalar como expresan Cardozo y Rondón (2014) y Garzón (2013) que la psicología de la salud surge a razón de la implementación de un modelo biopsicosocial en salud, donde se comprende la dupla salud-enfermedad como un fenómeno multicausal, donde intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales, es decir, como argumentan desde sus revisiones teóricas López y Velarde (2021), el proceso-salud-enfermedad está determinado por la interacción continua de elementos de macroprocesos como por ejemplo, contexto social, ambiente, economía, entre otros, y a su vez, por elementos de micro procesos tales como pensamientos, cambios bioquímicos y emociones. En este orden de ideas, esta comprensión deviene del aporte de la teoría general de los sistemas, donde se reconoce que los cambios de cualquier nivel, interfieren en todos los demás que lo componen. (López y Velarde, 2021)

A razón de lo anterior, la psicología de la salud puede definirse como un campo de aplicación profesional de la psicología, donde los fenómenos de salud y enfermedad, son los ejes que la fundamentan. En este sentido, la psicología de la salud busca comprender y hacer un abordaje de la dimensión psicológica, es decir, de los aspectos subjetivos, dentro del proceso salud-enfermedad, buscando el fortalecimiento del individuo a través de la búsqueda del sentido de la enfermedad y sus malestares, por medio de la apertura, escucha y reflexión que se le permite al paciente, con base y en razón de su experiencia total dentro de dicho proceso. Esto, soportado en el conocimiento de la existencia de una relación bidireccional de causalidad entre la enfermedad física y su afectación en la salud psicológica, y su vez, la implicación de los factores psicológicos, cognitivos, emocionales, conductuales y sociales, tanto en la preservación y potenciación de la salud, como en la aparición, curso, mantenimiento, manejo y solución de la enfermedad. (López y Velarde, 2021; Palacios y Pérez, 2017; Cardozo y Rondón, 2014; Garzón, 2013; Morales, 2012),

De esta manera, Palacios y Pérez, (2017) afirman:

La psicología de la salud se ocupa de hacer aportes educativos, técnicos y científicos dirigidos a promover y mantener la salud; prevenir y tratar la enfermedad; identificar la etiología y el diagnóstico de las enfermedades; comprender la enfermedad y las disfunciones asociadas; analizar y mejorar el sistema de salud, y proponer políticas en salud. (p. 10)

Ahondando en lo anterior, este campo de acción de la psicología se centra en la investigación y comprensión de cómo las variables psicológicas facilitan o dificultan la práctica de comportamientos de riesgo o protección, con el fin de tomar acciones y estrategias de

promoción de la salud y prevención de la enfermedad por medio de la integración entre la información biomédica y los conocimientos psicológicos. Igualmente, se centra en la intervención terapéutica de las conductas problemáticas que afectan el estado de salud del individuo para alcanzar una rehabilitación holística de la enfermedad. (López y Velarde, 2021; Palacios y Pérez, 2017; Cardozo y Rondón, 2014; Garzón, 2013; Morales, 2012),

De esta manera, y a modo de integración, se halla que la psicología de la salud tiene tres miradas que complementan su accionar: Una mirada sanitaria radical que se centra especialmente en la salud y los factores psicológicos asociados a la enfermedad, una visión existencial o experiencial, la cual hace énfasis en el paciente, más que en la enfermedad y su experiencia global tras su diagnóstico, tratamiento y recuperación, y una postura solidaria, que desea comprender el impacto de los estilos de vida, y las diferentes formas de enfermar y de afrontar individual, social y económicamente dicha situación. (Garzón, 2013)

Con base a la anterior perspectiva, se considera valioso mencionar que la mirada desde la cual se posiciona este trabajo investigativo desde la psicología de la salud, es aquella que se centra en lo experiencial, pues la comprensión de la vivencia emocional del paciente con respecto a su proceso de vinculación al tratamiento, es el objetivo de la misma.

Ahora bien, con el fin de tener una comprensión más amplia del quehacer de la psicología de la salud, se considera oportuno reconocer los objetivos que se han planteado para su actuación. No obstante, es conveniente identificar en primer momento que, como expone Morales (2012), el radio de acción de este campo, se encuentra a nivel individual, familiar, en grupos, comunidades, instituciones y en la sociedad en general, por lo cual resulta un campo abarcador con la capacidad de dar respuesta a las necesidades de toda una población, lo cual, le

genera una alta responsabilidad social. Asimismo, Garzón (2013) señala la necesidad de que la actuación de este campo de la psicología, se sostenga bajo la comprensión de la enfermedad desde la diversidad y particularidad de los individuos y los grupos humanos.

Teniendo claro lo anterior, se encuentra que en la división 38 de APA (2016) citado en López y Velarde (2021), Palacios y Pérez (2017) y Garzón (2013) se condensan los objetivos de la psicología de la salud, los cuales son: comprender y evaluar las probables interacciones entre estado físico y variables psicosociales, comprender la relevancia del estrés en el proceso de enfermedad, aplicar teorías y métodos de investigación con el fin de fortalecer el enfoque biomédico en las acciones de promoción y rehabilitación de la enfermedad, aplicar programas dirigidos a optimizar los hábitos de vida saludable, entender las dificultades de los pacientes en proceso de hospitalización e inicio de tratamiento médico, abordar el dolor mediante intervenciones psicológicas, identificar el impacto de las enfermedades terminales en pacientes y familiares, identificar y abordar los factores que interfieren en la adherencia al tratamiento y hacer uso de técnicas psicológicas que contribuyan al control de la enfermedad crónica. Todo esto, sustentado como menciona López y Velarde (2021), en un paradigma holístico que integra todas las dimensiones de bienestar humano.

En este sentido, el reconocimiento de estos dos últimos objetivos, son esenciales para el desarrollo de esta investigación, dado que permiten instaurar un sentido y lugar de la misma, pues como mencionan Cardozo y Rondón (2014), Garzón (2013) y Morales (2012), son asuntos que la psicología de la salud ha priorizado por el desafío que estos dos factores representan para el sistema sanitario; esto, debido al impacto que tiene el diagnóstico y tratamiento en la actividad, emoción y pensamiento de las personas con estas patologías.

Adherencia al tratamiento (AT).

El constructo de AT, al igual que el de la psicología de la salud, ha pasado por un proceso evolutivo que, hasta hoy, ha desencadenado en una dificultad en su consenso. No obstante, con el fin de tener una comprensión abarcadora de este fenómeno, la cual vaya en concordancia con la postura epistemológica y el enfoque teórico de la presente investigación, se acogen definiciones y comprensiones de la misma, donde se resalta el papel activo del paciente dentro de su proceso de salud-enfermedad y el aspecto relacional.

Teniendo claro lo anterior, Martín, et al., (2014) citados en Vargas, et al., (2018) definen la AT como:

“un comportamiento complejo con carácter de proceso conformado por una estructura y dinámica interna, que integra un componente personal, un componente relacional en el que se encuentra implicado el profesional de salud y uno comportamental propiamente dicho, dirigidos al logro de un resultado beneficioso para la salud”. p. 37.

Es necesario destacar, que la AT es un fenómeno que no se escapa de la dinámica biopsicosocial del ser humano, pues como bien menciona Castro (2018), está modulado por aspectos subjetivos, contextuales y estructurales, los cuales, se expresan en el compromiso que tiene el paciente consigo mismo y con los profesionales de la salud para alcanzar los objetivos del tratamiento acordado, y de esta forma, contribuir al mejoramiento de su calidad de vida y realización de su proyecto vital.

En ese sentido, se conoce que la AT no se fundamenta en el simple cumplimiento de la prescripción médica, ya que esto otorgaría al paciente un papel pasivo de responsabilidad frente

a su tratamiento. En vez de ello, la AT se cimienta en palabras de Vargas, et al., (2018) “en un comportamiento activo, automotivado y autodirigido del paciente” p.37, que va en concordancia con los acuerdos creados y pactados con el profesional de la salud. Lo anterior, evidencia el carácter colaborativo de este proceso, dado que la creación de un plan terapéutico basado en las necesidades, intereses y expectativas del paciente, otorga el reconocimiento y validación de ambas partes, lo cual, posibilita al individuo una comprensión de su rol que se traduce en una participación activa en el afrontamiento de la circunstancia que se busca resolver. (Castro, 2018)

Ahora bien, es valioso mencionar que el dinamismo es una particularidad de la AT, pues como menciona Castro (2018) ésta, puede variar en la intensidad con la que se presenta, es decir, no es estática o lineal, sino que fluctúa según la disposición de los factores que la influyen y las circunstancias que atraviesa el paciente con respecto al punto donde se encuentra su proceso de enfermedad y recuperación de la salud.

En síntesis, a lo anteriormente expuesto, la AT se considera como una interacción dinámica y compleja entre componentes biológicos, conductuales, cognoscitivos y emocionales y a su vez, un elemento transversal de necesaria presencia en las acciones terapéuticas de cada una de las disciplinas implicadas en el proceso de rehabilitación, donde el paciente, tiene un rol activo de acción - participación dentro de su experiencia de enfermedad y recuperación de la misma. En este orden de ideas, la AT se comprende como una vinculación o relacionamiento que hace el paciente con su tratamiento, por lo cual, se acuña de aquí en adelante el concepto de vinculación al tratamiento (VT) como reemplazo al de AT, ya que conceptualmente resulta más pertinente y cercano a la perspectiva teórica que dirige la presente investigación.

En consonancia con lo anterior, se conoce que la VT es un tema fundamental para la salud, tanto para la población como para los profesionales que trabajan en este sector, dado que, a la falta de esta se le atribuyen los altos índices de mortalidad prematura y pérdida de la calidad de vida de los pacientes, lo que, a su vez, tiene un impacto económico devastador en los pacientes, su familia y el sistema de salud. (Castro, 2018; López y Moreno, 2018; Vargas et al., 2018; Reyes, et al., 2016)

Como señalan López y Moreno (2018) y (Reyes, et al., 2016), la magnitud de la no adherencia al tratamiento a nivel mundial para las ECNT, dentro de las que se destaca la DM2, oscila entre un 25% y 50%, no obstante, en países en vía de desarrollo, este porcentaje tiende a ser mayor dada la escasez de los recursos sanitarios y la inequidad en el acceso a los servicios de salud. Asimismo, como mencionan los mismos autores, se ha observado que el porcentaje de hospitalizaciones secundarias por falta de VT varía entre un 33% y 69%.

Por lo anteriormente expuesto, la OMS citada en Vargas et al. (2018) reconoce a la VT como “un alarmante problema mundial que cobra especial importancia en el ámbito de las enfermedades crónicas y de manera particular en las no transmisibles (ECNT). p. 37. De esta forma, se considera la VT como la mejor forma para abordar y mitigar los procesos crónicos de salud. (Castro, 2018)

Vinculación al tratamiento en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2.

El tratamiento de la DM2 es abordado desde la interdisciplinariedad y encaminado en dirección a la regulación de los niveles de glucemia en la sangre; esto, con el objetivo de prevenir complicaciones y/o evitar progresión en las dificultades de salud ya desarrolladas. De

allí que, el tratamiento tiene dos componentes: farmacológico y no farmacológico. El primero, se caracteriza por la administración de fármacos e insulina si así lo requiere el paciente, y el segundo, se centra por un lado, en la educación diabetológica donde se brinda la información acerca de lo que es la enfermedad, la importancia de la alimentación y la actividad física, el cuidado de los pies, los fármacos, la forma correcta de administración de la insulina y en general, todo lo que respecta al tratamiento, y por otro, en lo que corresponde a la implementación de hábitos que posibilitan el tránsito hacia un estilo de vida más saludable, donde el manejo de los aspectos cognitivos y emocionales derivados del proceso de enfermedad son susceptibles de análisis y abordaje, dado que, son considerados como la piedra angular para el control metabólico del paciente con DM2. (OPS, 2019; López y Moreno, 2018; Sanamé, et al., 2016)

En vista de lo anterior, la VT en relación a una ECNT como la DM2, se caracteriza por ser un proceso exigente y demandante a causa de que, el plan terapéutico solicita al paciente adoptar cambios en su estilo de vida e incorporar nuevos hábitos que en muchas ocasiones resultan ser desafíos en todos los micro y macro sistemas de los cuales hace parte el individuo. De esta forma, y como se subrayó anteriormente, la VT en pacientes con DM2 engloba entre otros, aspectos como: toma de medicamentos, adopción de una dieta equilibrada, disminución de consumo de cigarrillo y alcohol, incremento de la actividad física, manejo y vivencia adecuada de los estados emocionales y asistencia a controles desde la distintas especialidades que hacen parte del proceso terapéutico como nutrición, psicología, entre otras, dado que, todas tienen como finalidad la optimización del estado de salud del paciente,. (Castro, 2018; Reyes, et al., 2016)

De ahí que, se considera oportuno precisar que la línea por la cual se dirige este trabajo, es la vinculación que tiene el paciente con su tratamiento desde lo no farmacológico, particularmente desde su vivencia emocional, dado que lo no farmacológico es el lugar de la psicología de la salud en enfermedades como la DM2 y el aspecto intrínseco de las emociones resulta crucial en estos procesos.

Factores interactuantes en la vinculación al tratamiento.

Siguiendo a Castro (2018), para mejorar la VT, y, por ende, los procesos de recuperación de la salud, es necesario comprender los factores con los cuales esta se vincula. Tras investigaciones y revisiones de autores como Castro (2018), López y Moreno (2018), Vargas, et al. (2018), Reyes, et al. (2016) y Alvarado (2015) se encuentra que existen distintos factores que influyen en este fenómeno, y, dicha influencia deviene desde diferentes sistemas de los cuales hace parte el paciente.

Para su comprensión, estos se han agrupado en cinco categorías, las cuales se exponen y describen con base a los hallazgos y postulados de los autores anteriormente citados.

Factores sociodemográficos y apoyo social. Se ha encontrado que determinados factores como la edad, el sexo, el nivel de educación, el apoyo social y el nivel socioeconómico tienen influencia en la VT. En este sentido, se evidencia que las personas mayores de 45 años, de sexo femenino y con un bajo nivel educativo, tienen mayor dificultad en vincularse a su tratamiento.

Asimismo, el factor económico tiene un papel significativo, dado que, puede facilitar u obstaculizar el proceso terapéutico del paciente, pues se encuentra que, en países con un bajo

desarrollo económico, los pacientes junto a sus familias se ven obligados a elegir por encima del tratamiento médico, necesidades básicas como alimentación y vivienda. De igual forma, la situación de desempleo imposibilita poder asumir los costos del tratamiento, el cual requiere: compra de medicamentos, transporte, hospitalizaciones y otros.

Por otro lado, el apoyo social comprendido por Rodríguez y Rodríguez (2016) citados en López y Moreno (2018) como la posibilidad que tiene una persona de entablar relaciones sociales cercanas en la que se vinculan percepciones de aprecio, valor y pertenencia, es considerado un factor sustancial, puesto que, dicho apoyo proveniente ya sea de la familia, amigos, pareja, etc. y contenido en acciones como ayuda en el tránsito de cambio del estilo de vida, asistencia en la movilidad si así se requiere, dinero y en general, todo lo relacionado al fomento de un entorno que promueva el cumplimiento de las instrucciones acordadas con el profesional de la salud, desencadena en los pacientes reacciones emocionales que contribuyen a una mejor adaptación al proceso terapéutico. Así pues, una red activa y consistente actúa como soporte de bienestar al momento de mantener y recuperar la salud.

De manera general, se considera que esta dimensión se perfila como las circunstancias que rodean a la persona, dentro de las cuales es de mayor influencia el apoyo social recibido y percibido y la situación económica del paciente.

Factores relacionados con el sistema sanitario y los profesionales de la salud. El sistema de salud desde su orden macro y micro social es considerado un determinante fundamental en la VT. A nivel macrosocial se identifica que las políticas en salud pública que disponen el servicio, la calidad y los beneficios y/o limitaciones de la asistencia sanitaria juegan un papel trascendental que favorece o entorpece la VT, puesto que, son la ruta orientadora en la provisión de los recursos económicos destinados al abordaje de los procesos terapéuticos.

Ahora bien, a nivel micro social, se comprende que la relación entre profesional de la salud y paciente, es un pilar imprescindible para la ejecución del tratamiento y vinculación al mismo. Las habilidades sociales y comunicativas del profesional de la salud pueden facilitar o repercutir negativamente en el recuerdo y comprensión de la información proporcionada, lo cual, junto a la empatía y puntualidad, influye en la satisfacción de la atención recibida, y, por consiguiente, en el mantenimiento de la relación y participación activa del paciente en su proceso, puesto que, se generan lazos de confianza y credibilidad en el profesional y el plan terapéutico.

En este orden de ideas, establecer un escenario de cooperación mutua donde se reconozcan las creencias sobre cuidados de la salud, enfermedades y tratamiento de ambas partes integrantes, y a su vez, se tomen decisiones en conjunto fomentando la negociación continua del tratamiento, el diálogo y la reflexión, posibilita la obtención de logros terapéuticos. Cabe considerar por otra parte, que la duración de las consultas médicas es fundamental dado que la limitación en tiempo de las mismas, puede dificultar la explicación detallada y clara sobre el proceso terapéutico, y a su vez, entorpece la posibilidad de explorar creencias de los pacientes con respecto a todo lo relacionado a la salud-enfermedad. En efecto, se distingue que un

ambiente centrado en la productividad, subordina los intereses y expectativas del paciente, y, por consiguiente, interfiere en la VT.

Dentro de este marco, es importante resaltar que las relaciones interpersonales con todo el personal sanitario son cruciales, es decir, no sólo influye la relación médico-paciente, sino que también influye la vinculación con todo el personal que está al servicio del paciente y su familia, puesto que, el trato recibido por cada una de las personas que trabajan en la institución prestadora de salud, se relaciona con la satisfacción del paciente con su proceso terapéutico.

Factores relacionados con el tratamiento. Respecto al tratamiento, se ha identificado que las personas se relacionan mejor con su tratamiento cuando este se basa sólo en lo farmacológico que cuando se requiere, además de esto, realizar cambios en el estilo de vida. Es por esta razón, que los tratamientos para ECNT como la DM2, dado su carácter holístico, resultan ser más complejos para su comprensión y ejecución.

En particular, se conoce que el tratamiento farmacológico cuando es por vía oral es mucho más fácil de seguir que cuando se necesita hacer una administración combinada del medicamento, es decir, de forma oral e inyectable; como es el caso de la DM2, donde muchos pacientes requieren además de medicación vía oral, administración de insulina.

Al mismo tiempo, se ha observado que cuando las estrategias del tratamiento están dirigidas a hacer cambios radicales en el estilo de vida, como por ejemplo, la alimentación o la actividad física, se presenta un riesgo de baja VT, ya que, al tomar otra ruta con respecto al estilo de vida, existe una exigencia por realizar cambios a nivel social, familiar, laboral, emocional y

conductual, lo cual, se traduce como una fragmentación en los hábitos que confrontan al paciente de formas distintas en sus percepciones, creencias y emociones.

De allí que, para las ECNT como la DM2, la educación terapéutica se convierte en una herramienta esencial frente al autocuidado, dado que esta posibilita al paciente tener conocimiento veraz sobre la enfermedad y su tratamiento, lo cual, es un insumo para aprender a modificar estilos de vida no saludables y a su vez, desarrollar habilidades de autoconocimiento frente a los cambios de su metabolismo y autocontrol de sus hábitos, esto es, tener la capacidad de responsabilizarse de su tratamiento con las diversas implicaciones o complicaciones que pueden emerger.

Otro factor a destacar en esta categoría, es la complejidad del mismo; esto se vincula a su duración, el esquema complejo para la toma de medicamentos y los efectos secundarios de los mismos. Lo anterior, tiene varias implicaciones: en primer lugar, las instrucciones complejas y/o ambiguas para la toma de medicamentos pueden generar olvidos y evitación o uso inadecuado de cruciales los mismos. En segundo lugar, la duración del tratamiento, que en el caso de la DM2 es permanente, suele ser una característica que implica un proceso de aceptación de la enfermedad y del mismo tratamiento, razón por la cual, en muchas ocasiones hay dificultad en la iniciación y mantenimiento del plan terapéutico.

En tercer lugar, se reconoce que los efectos secundarios pueden ser percibidos por el paciente como consecuencias nocivas que genera el medicamento, y, por consiguiente, puede generar negación en su consumo o polifarmacia, y de tal forma, desencadenar complicaciones para la condición de salud. Por último, se observa que la inmediatez con que se presente el alivio a los síntomas o complicaciones de la enfermedad tras seguir las recomendaciones terapéuticas,

influye en la confianza hacia las mismas y, por tanto, en la vinculación permanente con el proceso.

Factores relacionados con la enfermedad. Las características propias de la enfermedad como la ausencia de sintomatología y la condición crónica que, por ejemplo, distinguen a la DM2, se consideran como limitantes en la motivación del paciente para el inicio y mantenimiento del plan terapéutico. Esto, está relacionado a que los pacientes, tras no percibir un riesgo evidente en su estado de salud y a su vez, no contar con la certeza de revocar el diagnóstico, en gran proporción consideran que los cambios en el estilo de vida, en su alimentación, rutina y toma de medicamentos, es innecesaria o no tiene un propósito real. Por otro lado, se conoce que la gravedad en la sintomatología y la discapacidad que presente ya sea en su esfera física, social, laboral o psicológica dada su condición, interfiere en la relación que se crea con el tratamiento.

De igual forma, se considera que la presencia de comorbilidades como hipertensión, depresión u obesidad que en muchas ocasiones acompañan la DM2, junto a la dificultad en el manejo del dolor, se relacionan significativamente con dificultad en la implementación terapéutica.

Factores relacionados con el paciente. Se comprende que el diagnóstico de la DM2 tiene un impacto tanto en la salud física como en la salud mental de los pacientes, ya que estos se ven sujetos a realizar ajustes continuos a nivel psicológico que les implican en muchas ocasiones desafíos y cambios a nivel cognitivo y emocional. Por tal motivo, se considera que el aspecto psicológico cobra vital importancia para el abordaje de la VT y claramente, para el desarrollo de la presente investigación, pues se hallan a dichos elementos: cognición y emoción, como elementos constitutivos del ser humano, y, por tanto, necesarios de análisis para la comprensión del proceso de salud - enfermedad que aquí nos convoca.

En este orden de ideas, se identifican cuatro factores de esta naturaleza: percepción, creencias, motivación y emociones, los cuales, se vinculan estrechamente con el proceso de vinculación y se exponen detalladamente dado el valor que tienen para este trabajo investigativo. No obstante, el concepto de emociones, aunque hace parte de los factores relacionados con el paciente, se deja como categoría exclusiva y específica, dado que este concepto es el eje del presente trabajo, y, por consiguiente, se ahonda con mayor precisión.

Percepción. La percepción, siguiendo a Sánchez (2019) y Hernández (2012), se conoce a grosso modo, como un proceso psicológico básico que permite al individuo hacer una interpretación de lo captado por sus sentidos. No obstante, es un concepto que tiene varias definiciones, dado que ha sido estudiado por diversas teorías psicológicas, las cuales, la han conceptualizado desde su particular forma de ver la naturaleza del ser humano. En este sentido, se acoge y expone una comprensión de este concepto (al igual que el de creencias y motivación) desde la postura epistemológica y psicológica que orienta este trabajo.

Inicialmente, se precisa oportuno resaltar lo mencionado por Hernández (2012), quien, tras sus revisiones teóricas, resalta que el proceso de percepción va más allá de la recepción pasiva de estímulos, dado que, a su vez, intervienen aspectos cognitivos como intereses, expectativas, recuerdos, experiencias y conocimientos, que posibilitan al individuo hacer una interpretación de los mismos desde un rol activo.

Esta última parte, invita a reconocer a un individuo participativo en la construcción de su realidad, lo cual se une al planteamiento de Tornay, citado por la misma autora, el cual expone:

[...] hemos podido constatar que, lejos de ser un fenómeno pasivo de simple recogida mecánica de datos sensoriales, la percepción es activa y constructiva. La imagen del mundo con que opera nuestra mente es un complejo entramado en el que la información se mezcla con la deducción. Nuestra visión del mundo es a la vez un reflejo de nosotros mismos. (p.39)

En este orden de ideas, cabe resaltar la postura de Schiffman (2004) citado en Sánchez (2019) quien reconoce a la percepción como el resultado de diversos procesos psicológicos y

sociales, donde resultan implicados factores como: las relaciones, el contexto, la memoria, las experiencias, el razonamiento y los significados.

Con lo anteriormente planteado, se comprende la percepción como un proceso de interpretación que hace un individuo acerca de una experiencia, lo cual, le otorga una característica de subjetividad a consecuencia de que una misma situación puede ser percibida de tantas formas como personas que la vivencian. Lo anterior, se une al concepto de Multiverso, desarrollado por Maturana y citado por Lizano (2013) quien comprende que no hay una realidad objetiva inequívoca, sino un multiverso; infinidad de mundos creados por cada observador, donde cada uno tiene la misma validez a pesar de la opuesta interpretación que se pueda hacer a los diversos fenómenos.

Ahora bien, adentrándonos al tema que aquí nos convoca, se reconoce que el significado que le atribuye el paciente a su patología, tiene una repercusión en las esferas que favorecen o dificultan la VT como lo son la motivación y autorregulación del aspecto físico y psicológico. En relación a esto, se ha encontrado que en los procesos de VT, la percepción positiva del paciente con respecto a sus capacidades, se relaciona significativamente con conductas de autocuidado, de tal forma, que cuando por ejemplo, personas tras su diagnóstico con DM2, se perciben así mismos de forma favorable, evidencian que tienen recursos personales para realizar los cambios pertinentes y tomar nuevas rutas de estilo de vida, que vayan en concordancia con lo acordado en el plan terapéutico. Unido a esto, la percepción de eficacia del tratamiento se relaciona significativamente con la vinculación al mismo. (Castro, 2018; López y Moreno, 2018; Vargas, et al., 2018)

Por otro lado, se destaca que la información o el conocimiento que se tenga acerca de la enfermedad, influye en la percepción de la misma. Lo cual, determina la apreciación sobre el control y mejoría de esta, y, por consiguiente, en la aceptación y el compromiso con el tratamiento. Unido a lo anterior, se conoce que los adultos mayores pueden vincularse con mayor facilidad a su tratamiento, dado que perciben vulnerabilidad frente a la muerte y, por tanto, dan valor al mismo. En contraste, las personas en adultez temprana y mediana, se perciben autosuficientes para controlar su enfermedad, y, por tanto, en muchas ocasiones restan importancia al acuerdo terapéutico, lo cual dificulta la adherencia al mismo, (López y Moreno, 2018)

Creencias. Este concepto siguiendo a Garzón (2006) puede definirse como una inferencia o juicio psicológico que se funda en la subjetividad del ser humano y se traduce en afirmaciones acerca de la realidad en relación a hechos puntuales. Estas, tienen dos funciones esenciales para el ser humano: por un lado, le permite ordenar sus experiencias y por otro, le brinda la posibilidad de minimizar la incertidumbre y percepción de vulnerabilidad, dado que, para el individuo, la duda resulta amenazante y por tanto inadmisibles, lo cual, le genera una necesidad de búsqueda de seguridad y tranquilidad. Es por esta razón, que las creencias como sugiere Espinoza (2014), sostienen la estabilidad emocional de los individuos, ya que, dirigen la toma de decisiones y actuación de los mismos ante diversas eventualidades.

Ahora bien, como expone Espinoza (2014), la teoría general de los sistemas postula que una creencia sólo se fija cuando han transcurrido una serie de acontecimientos, los cuales indican en conjunto, que lo establecido resulta beneficioso y, por consiguiente, brinda estabilidad al sistema. No obstante, esto no les otorga a las creencias una característica de unicausalidad, sino

que, como menciona Luhmann citado en Espinoza (2014), dichas creencias emergen en relación a un conjunto de causas y un conjunto de efectos que se desarrollan y adaptan a través del tiempo.

Por otro lado, cabe resaltar que las creencias tienen un componente social, dado que como menciona Espinoza (2014) los seres humanos tienden a compartir las formas de ordenar sus experiencias, a causa de que estas, se consolidan bajo épocas que enmarcan un contexto social, político y económico determinado. Así pues, como afirma Garzón (2006) “las creencias se pueden analizar en un plano individual, pero también se pueden entender como la forma colectiva de ver y entender el mundo” p. 54. En esta perspectiva, Díez (2017) destaca que existen creencias individuales y colectivas, no obstante, puntualiza que cada persona tiene su propia forma de asumir, elaborar y catalogar estas últimas.

Integrando lo anteriormente descrito, se comprende que un sistema de creencias, surge de la unión entre una variedad de las mismas, donde se involucran cuestiones éticas, morales, sociológicas y psicológicas que surgen de la individualidad y el contexto que engloba a la persona. De esta manera, se conoce que cuando hay una aspiración de cambio en el sistema de creencias, el vínculo emocional que se tiene con estas y el entrelazamiento de los acontecimientos que las generaron, dificultan la modificación de las mismas, no obstante, como menciona Luhmann citado en Espinoza (2014), “los sistemas de creencias evolucionan porque están apegados a los vaivenes de la historia humana” p. 108; historia vista desde los aspectos ontogenéticos y filogenéticos. (Garzón, 2006)

Enmarcando lo anterior al proceso de vinculación al tratamiento, se conoce que las creencias que las personas tienen acerca de su enfermedad, se construyen a partir de un conjunto

de experiencias, como, por ejemplo, la interacción con amigos y familiares, el uso de los medios de comunicación, los síntomas físicos y psicológicos vivenciados y la información impartida por los profesionales de la salud. De tal manera, que las creencias en el transcurso del tratamiento, pueden cambiar, ya sea por acceso a nueva información, por avances en el plan terapéutico, o cambio en la sintomatología. (Alvarado, 2015)

En función de lo planteado, se identifican algunas creencias comunes que tienen los pacientes con respecto a la enfermedad y su tratamiento: cuando el diagnóstico se presenta en la adultez, la persona puede considerar que su enfermedad es un signo de envejecimiento prematuro, o también, algunas personas con distintas creencias religiosas, consideran inapropiado tomar medicamentos y, por tanto, sólo aceptan aquellos de origen natural o ancestral. A su vez, se conoce que las creencias más limitantes que surgen tras el diagnóstico médico, son aquellas que subestiman y/o desacreditan la enfermedad, su impacto y sus posibles complicaciones. (López y Moreno, 2018; Alvarado, 2015)

Por otro lado, se ha identificado que la asimilación y aceptación del diagnóstico en el sistema familiar, se vincula con las creencias que tengan en conjunto, con respecto a la enfermedad, lo cual, posibilita o dificulta implementar recursos de adaptación como la organización y el apoyo entre todo el sistema, los cuales favorecen el tránsito hacia los nuevos hábitos requeridos para el seguimiento del plan terapéutico. (López y Moreno, 2018)

Motivación. La motivación, siguiendo a Naranjo (2009) puede comprenderse como un aspecto psicológico que orienta y conduce de forma determinada, las acciones de los individuos hacia objetivos específicos. Esto es, la motivación es un proceso de participación activa del individuo, donde se toman los recursos adecuados para dar paso al desarrollo de actividades que resultan significativas para este. De esta manera, se resalta la postura de Serra (2008) citado en Llanga, et al. (2019) quien menciona: “La motivación despierta, inicia, mantiene, fortalece o debilita la intensidad del comportamiento” p. 2.

Llanga, et al. (2019) explican que, etimológicamente, el concepto de motivación, surge de la combinación de dos palabras: motivo y acción, por tanto, este término se relaciona con las razones o motivos que movilizan a las personas a realizar una actividad. Dicho esto, se resalta el aspecto afectivo que engloba a la motivación, dado que cuando se genera una emoción, existe una predisposición del ser humano a actuar, por lo cual, éstas facilitan el acercamiento o distanciamiento a los objetivos o metas que busca la persona alcanzar.

En este orden de ideas, la motivación como señala Naranjo (2009) está modulada por las percepciones que tiene el individuo acerca de sí mismo y su entorno, su sistema de creencias y las emociones que surgen de sus experiencias; dentro de lo cual, se destacan: el autoconcepto, la percepción de autoeficacia y control, las expectativas, el significado y valor otorgado a la actividad y las emociones derivadas de la realización de esta.

Con lo anterior, se enfatiza en lo planteado por Arizmendi, et al. (2015) quienes perfilan a la motivación como un proceso interaccional que alimenta un circuito, en el sentido que, todos los aspectos que modulan la motivación, se relacionan, intercambian y modifican simultáneamente, por consiguiente, la motivación no puede comprenderse como un aspecto que

determina unicasalmente las acciones de los individuos, sino como una disposición que varía según las experiencias de la persona con su entorno y su forma de interpretarlas.

Por otro lado, autores como Llanga, et al. (2019), Arizmendi, et al. (2015), Piña (2009) y Naranjo (2009), señalan que la motivación está mediada por aspectos intrínsecos y extrínsecos de la persona, es decir, la motivación puede devenir de condiciones internas de esta, o, por otro lado, puede surgir de situaciones externas o contextuales que la rodean. No obstante, como menciona Arizmendi, et al. (2015) existe una constante y dinámica interacción entre estos dos aspectos y las vivencias que han tenido lugar en toda la historia del individuo.

Ahora bien, con lo que respecta al escenario de la salud, se comprende que la motivación que tiene el paciente con respecto a la ejecución de su plan terapéutico, está ligada por un lado, a la aceptación que ha hecho de su enfermedad y las características de la misma, ya que esto le permite adaptarse a su nueva condición, y por otro, a las expectativas que tenga con respecto a los medicamentos, el cambio de hábitos y demás estrategias vinculadas al tratamiento, donde la percepción de riesgo que puntualiza entorno a la enfermedad y el plan de recuperación, cobra vital importancia. (Castro, 2018; López y Moreno, 2018; Vargas, et al., 2018)

Unido a esto, Arizmendi, et al. (2015), referencia que las vivencias que tiene el paciente con respecto a su enfermedad, su grado de preocupación, la etapa en la cual se encuentre su proceso terapéutico, sus experiencias pasadas entorno a situaciones de enfermedad y sus expectativas, son significativas en la motivación y, por consiguiente, en la vinculación que hace con su tratamiento. Por otro lado, las condiciones externas como, por ejemplo, el apoyo por parte de los individuos que hacen parte de los sistemas en los cuales está inserto (familia, amigos, compañeros, vecinos, etc.), la situación económica y las opiniones de personas significativas, se

relacionan con la motivación del paciente para dar inicio o mantenerse activo dentro del plan terapéutico.

A modo de conclusión con respecto a todos los factores que interactúan en la VT, se halla imperante que el paciente con DM2, desarrolle un equilibrio físico y mental basado en el autocuidado, que favorezca su acercamiento y permanencia con el tratamiento, ya que es la VT, aquella que permite contrarrestar el impacto y curso de la enfermedad, dotando así, calidad de vida para el paciente y su familia. (López y Moreno, 2018)

Ahora bien, se advierte valiosa la postura de Diaz (2018), quien expone la importancia de abordar estas dimensiones de forma integral, dado que, en palabras suyas, “una aproximación aislada de cada factor excluye elementos básicos sobre la dinámica y el funcionamiento de las mismas” p. 14.

Emociones.

Las emociones desde el campo de la psicología, por mucho tiempo fueron desvalorizadas y, por consiguiente, relegadas de análisis, no obstante, tras los cambios que ha tenido la disciplina de forma general, y la ampliación de la mirada de los distintos enfoques teóricos con respecto a la naturaleza del ser humano, el estudio de estas ha ido expandiéndose considerablemente. En este sentido, el enfoque sistémico como menciona Laso (2015) “ha empezado a revertir su histórico desdén por la emoción” p. 144, dándole lugar a las mismas dentro de sus concepciones fundamentadas en la circularidad y la retroalimentación. En este orden de ideas, para esta investigación se hace una comprensión de las emociones, desde una mirada holística, donde se integre lo corpóreo, experiencial, individual y social que las

caracteriza, con el fin de tener una comprensión que no desestime ninguno de sus elementos constitutivos.

Dicho esto, resulta oportuno iniciar con una perspectiva biológica que concibe a la emoción como una experiencia corporal, viva, situada y transitoria, caracterizada por un particular estado de activación fisiológica y una singular predisposición expresiva. De ahí que, se ha postulado la existencia de emociones básicas; aquellas caracterizadas por su universalidad, en relación al sustrato biológico innato que las define, su transculturalidad y el valor decisivo que han tenido en el proceso evolutivo y adaptativo de la humanidad. (Bourdin,2016; Bericat, 2012; Chóliz, 2005)

En este sentido, Laso (2015) sugiere la existencia de cuatro emociones básicas, las cuales brindan al individuo información funcional que le permite disponerse para actuar ante determinada eventualidad. El mismo autor lo sintetiza de la siguiente forma:

Alegría: el individuo ha ganado o está aprovechando un recurso que potencia sus intereses vitales; se expande y flexibiliza, literal y metafóricamente, para integrarlo y asegurar su permanencia; Tristeza: ha perdido un recurso crucial (en particular, un vínculo afectivo);se repliega para minimizar nuevas pérdidas, pasar revista a sus recursos y cobrar fuerzas; Miedo/sorpresa: ha sucedido algo inesperado y no trivial; se detiene para reorientarse, enfocarse en la novedad hasta discernir si es o no amenazante y, si fuera el caso, huir; Asco/ira: algo dañino amenaza con invadir al individuo o con apropiarse de recursos clave u obstaculizar su acción. (p. 149)

Ahora bien, es oportuno señalar el planteamiento de Chóliz (2005) quien sugiere que las categorías de agrado - desagrado son intrínsecas de la experiencia emocional, dado que, todas las emociones se vinculan de alguna forma en una u otra categoría, independientemente de la intensidad con que se presenten. Por esta razón, se conoce a la emoción como energizadora de toda actividad desarrollada por el individuo, dado que, le otorga a estas dirección e intensidad, constituyendo así, una relación íntima con el aspecto motivacional.

En ese orden de ideas, cabe resaltar la postura de Maturana (2001) quien expone:

Lo que connotamos cuando hablamos de emociones son disposiciones corporales dinámicas que definen los distintos dominios de acción en que nos movemos. Cuando uno cambia de emoción, cambia de dominio de acción. (p. 8)

El anterior planteamiento, reconoce que no existe una acción del ser humano, que no se funde en la emoción para que esta se haga posible como acto. por consiguiente, se distingue que la razón, no resulta ser la guía del comportamiento humano, sino que es el entrelazamiento entre la emoción y la razón, lo que posibilita nuestro vivir, dado que todo sistema racional funciona a partir de premisas aceptadas a priori que se fundamentan en una emoción. (Maturana, 2001).

En este orden de ideas, Damasio (2001) citado en Pinazo (2006) enfatiza que las emociones emergen de un proceso que evalúa el contenido mental, reconociendo que es la sensación (entendida según Forigua (2018) como el proceso fisiológico que permite al individuo por medio de sus estructuras sensoriales experimentar el mundo), la información primaria, y por tanto con más influencia en lo que respecta a la emoción, ya que es esta la que permite al individuo activarse ante la realidad que lo rodea.

Por este motivo, la emoción desde la mirada de este autor, solo es posible y se establece como tal, cuando se da la relación básica de sensación-pensamiento que le otorga significado a la misma y da paso a la acción. No obstante, Damasio (2001) citado en Pinazo (2006) destaca que dicha relación entre sensación y pensamiento, no resulta del azar, sino que es el proceso de interpretación mediado por aspectos individuales, cognitivos, sociales, culturales y situacionales, lo que establece el orden y da origen a la emoción como un experiencia corporal y mental. De ahí que, Pinazo (2006) puntualiza a las emociones como “un sistema interpretativo compuesto de acción con significado” p. 6

Por otro lado, es importante resaltar la naturaleza social de la emoción, pues como menciona Bericat (2012), es la emoción una pauta relacional que permite al individuo vincularse con otros, independientemente de la situación o eventualidad vivenciada, es decir, está implícita ante cualquier fenómeno social. En este sentido, Chóliz (2005) y Maturana (2001) advierten que existen emociones que posibilitan la interacción y otras que la impiden. Maturana sostiene: “Las interacciones recurrentes en el amor amplían y estabilizan la convivencia; las interacciones recurrentes en la agresión interfieren y rompen la convivencia” p. 13

Desde esta perspectiva, Bourdin (2016) señala que las emociones además de su carácter subjetivo, poseen un componente social, en virtud, de los acuerdos culturales que se han gestado, en torno su significado, expectativas y posibilidad de expresión. Esto, conlleva a identificar que como menciona el mismo autor, existe una cultura emocional, donde existe un repertorio adecuado sobre la expresión y vivencia de las emociones, en torno al grupo social, la edad y el género de los individuos, por consiguiente, la vivencia emocional no recae exclusivamente en la universalidad, sino que también aparece como un fenómeno local regido por los factores

vinculados a su aparición. De esta forma Bourdin (2016) sostiene que la emoción es “aquello que es intensamente significativo en un determinado comportamiento o evento humano singular, en un específico contexto cultural” p. 67

Acorde con lo anterior, Poblete y Bächler (2016) en su comprensión sistémica acerca de las emociones, subrayan que el nivel relacional puede ser definido como emocional, dado que, su naturaleza radica en estas; es decir, otorgan a la emoción el carácter constitutivo y creativo de toda relación, ya que es a través de la emocionalidad que las personas se disponen a interactuar. Lo anterior, se enlaza y se fundamenta en dos planteamientos adicionales: por un lado, Laso (2015) reconoce la imposibilidad que tiene el ser humano para resonar, es decir, existe una orientación espontánea y permanente hacia los demás, la cual, da paso a la sincronización y convergencia emocional, y por otro, Maturana (2001) postula a las emociones, como precursoras de las interacciones recurrentes que dan origen a la relación; base de la historia de la humanidad

Como resultado de lo anterior, se comprende que según la emoción que sustente las relaciones, habrá distintas clases de estas; lo cual, se fundamenta en el planteamiento de Goleman (2018) y Maturana (2001) quienes argumentan que cada emoción constituye un dominio de acción diferente, es decir, las emociones se establecen como elementos productores de diferencias entre una interacción y otra. No obstante, dichas emociones, no se vinculan a una categoría de estabilidad o imperturbabilidad donde toda relación se mantiene en concordancia a la emoción de origen, sino que, son dinámicas, pues es a través del intercambio y la transmutación de estas, donde se construyen los circuitos de retroalimentación que fundamentan el nivel relacional. (Poblete y Bächler, 2016).

Visto de esta forma, es de consideración el planteamiento de Belli (2009), que enfatiza que “las emociones corresponden a experiencias corporales naturales, mediadas por la subjetividad, las cuales se recubren en el lenguaje para ser expresadas”. p. 2. Lo anterior, expone la existencia de un entrelazamiento entre emoción y lenguaje, lo cual, desde la perspectiva de Maturana (2001) resulta ser la característica diferenciadora de los seres humanos con respecto a toda la especie animal, y no la razón o manipulación de herramientas, como otros autores han planteado.

En línea de lo anterior, Maturana (2001) expone:

De esto resulta que el vivir humano se da en un continuo entrelazamiento de emociones y lenguaje como un fluir de coordinaciones consensuales de acciones y emociones. Yo llamo a este entrelazamiento de emoción y lenguaje, conversar. Los seres humanos vivimos en distintas redes de conversaciones que se entrecruzan en su realización en nuestra individualidad corporal. Si queremos entender las acciones humanas no tenemos que mirar el movimiento o el acto como una operación particular, sino a la emoción que lo posibilita. (p. 65)

De esta manera, se comprende que las emociones se desarrollan en la interacción con el lenguaje, ya que, como señala Pinazo (2006), el dinamismo y la flexibilidad de las emociones (expuesto anteriormente) deviene de las infinitas posibilidades de expresión que tienen, lo cual, emerge de la subjetividad del ser humano. De ahí que, se halla valiosa la propuesta de Goleman (2018) quien propone una organización de las emociones basada en el reconocimiento de la variabilidad de éstas, en torno a su intensidad y sus diversas formas de designar; cambios que suceden en torno al contexto y constante movimiento interaccional.

Así pues, se organizan en ocho categorías base: ira (furia, resentimiento, cólera, indignación, aflicción, animosidad, fastidio, irritabilidad, hostilidad, y en el extremo, violencia y odio), tristeza (pesar, melancolía, pesimismo, pena, autocompasión, soledad, abatimiento, desesperación y en casos patológicos, depresión), temor (ansiedad, nerviosismo, preocupación, consternación, inquietud, cautela, incertidumbre, pavor, miedo, terror, y en un nivel patológico, fobia y pánico), placer (felicidad, alegría, alivio, contento, dicha, deleite, diversión, orgullo, gratificación, satisfacción, euforia y en el extremo, manía), amor (aceptación, simpatía, confianza, amabilidad, afinidad, devoción y adoración), sorpresa (conmoción, asombro y desconcierto), disgusto (desdén, desprecio, menosprecio, aborrecimiento, aversión, disgusto, repulsión) y vergüenza (culpabilidad, molestia, disgusto, remordimiento, humillación, arrepentimiento y mortificación). (Goleman,2018)

De esta manera, se comprende que las emociones a través del relacionamiento permeado por el lenguaje varían desde sus estructuras iniciales hasta su culminación, situándose de tal forma, como principio y fin de cada acto, determinando así, que cada intercambio emocional presenta características diferenciales de tipo, forma e intensidad, en cada individuo partícipe de este. Por consiguiente, se precisa que la vivencia subjetiva de las emociones parte de los distintos contextos donde estas emergen, y es a través de las narrativas, donde estas se construyen y reconstruyen, logrando así, una trayectoria de organización, con base a los nuevos significados que se gestan en el entrelazamiento con los demás elementos que hacen parte del sistema mental general del individuo y los demás integrantes de la red conversacional. (Poblete y Bächler, 2016; Laso, 2015; Belli, 2009)

A la luz de lo anteriormente expuesto y a modo de integración, se comprende a la emoción como una experiencia compleja, dinámica y multidimensional, que atraviesa lo corpóreo y recae en el lenguaje, de tal forma, que se reviste de significados, se posiciona como elemento constitutivo de toda relación y es dotada de funciones adaptativas, organizativas, comunicativas, motivacionales e interaccionales, que permiten al ser humano vincularse con sus vivencias y su contexto, a partir de los aspectos biológicos, cognitivos, comportamentales y socioculturales que la constituyen.

Las emociones en el proceso de vinculación al tratamiento.

Como se observa en las comprensiones descritas anteriormente, las emociones tienen un papel esencial en la vivencia subjetiva del individuo, y, por consiguiente, en todo el entramado relacional del cual hace parte este. Por esta razón, se comprende que la VT por ser categóricamente relacional, resulta estar sustancialmente mediada por la emocionalidad del paciente, ya que el diagnóstico de DM2 genera un impacto físico y mental, que como mencionan López y Moreno (2018) implica un ajuste psicológico que desencadena diversas respuestas emocionales, las cuales, se involucran con el proceso de evolución de la enfermedad y el tratamiento de la misma.

En este orden de ideas, se ha encontrado que la vivencia de esta patología desde su fase inicial, genera múltiples reacciones emocionales como estrés, temor, irritabilidad, preocupación, tristeza, culpa, ira, angustia, entre otros, que varían con el tiempo en intensidad y expresión y, a su vez, pueden desencadenar en trastornos emocionales como ansiedad y depresión; patologías de gran comorbilidad ante la presencia de DM2. Ahora bien, es oportuno resaltar que la gran diversidad de emociones que experimentan los individuos en torno al proceso de salud-

enfermedad, deviene multicausalmente por la interacción continua de factores como: el aspecto inesperado y novedoso del diagnóstico, la característica crónica y progresiva de la enfermedad, la presencia de afectaciones fisiológicas como dolor, cansancio y sed excesiva, las exigencias terapéuticas con respecto al cambio de hábitos, el proceso de adaptación y afrontamiento que atraviesa todo el sistema familiar y el ajuste social, laboral, familiar e individual que debe hacer el paciente en el proceso de incorporar un nuevo estilo de vida. (Juárez, 2020; Piñate, et al.,2020; Castro, 2018; López y Moreno, 2018)

A su vez, se conoce que el proceso de enfermar se concibe como una pérdida para el paciente, (pérdida de su estado de salud), por consiguiente, este puede atravesar por un proceso de duelo, el cual, según Kübler-Ross & Kessler (2006) trae al paciente demasiada carga emocional, dada la complejidad y dinamismo de las etapas que lo conforman: negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

En este sentido, se comprende que el diagnóstico de la enfermedad, junto con el inicio de un proceso de recuperación de la salud, inevitablemente desencadena vivencias emocionales que se encuentran mediadas por diversos aspectos psicológicos y sociales, como por ejemplo, la información que se tenga al respecto de todas las implicaciones de la enfermedad, las creencias y significados atribuidos a la salud y el proceso de enfermar, el grado de aceptación del diagnóstico y los recursos personales, económicos y relacionales de los cuales dispone el individuo para realizar los cambios pertinentes. De esta manera, se halla que un manejo inadecuado de las emociones, puede interferir en el nivel de autocuidado del paciente, lo cual, incluye su VT, y, por lo tanto, repercute tanto en el control glicémico y el desarrollo o avance de

complicaciones médicas, como en su bienestar y calidad de vida. (Juárez, 2020; Piñate, et al.,2020; Castro, 2018; López y Moreno, 2018)

De esta manera, se toma el planteamiento de Piñate et al. (2020), quienes reconocen al autocuidado como factor de protección, ya que este, fomenta el incremento de conductas positivas que van en concordancia con los acuerdos terapéuticos y a su vez, estimula la presencia de estados de ánimo favorables, lo cual, genera un circuito de retroalimentación que da paso a la VT.

Metodología.

Tipo de estudio

Vasilachis (2006) argumenta que la investigación cualitativa se caracteriza por dar sentido a los fenómenos que viven las personas en términos de los significados que estos le otorgan a los mismos. En este sentido, resulta pertinente desarrollar esta investigación desde esta metodología, puesto que, el objetivo de la misma se centra en la comprensión holística de una experiencia y no como menciona Hernández, et al. (2014) en la cuantificación de variables propia de los métodos cuantitativos.

Ahora bien, esta investigación se realiza por medio de un diseño hermenéutico, dado que este, como menciona Vasilachis (2006), permite ir más allá de la descripción, para dar lugar a la comprensión e interpretación de las vivencias que surgen en torno a situaciones personales y sociales, las cuales son narradas desde las percepciones, creencias y emociones que construyen los individuos. De esta manera, se conoce que la hermenéutica como menciona Fuster (2019), permite adentrarse en los comportamientos, la cultura y los diversos sistemas de organización,

con el fin de revelar los diversos significados que encierran sin desvirtuar el carácter subjetivo de las vivencias. Así pues, este diseño de investigación, permite comprender en la esencia de la experiencia individual y compartida, la vinculación que tienen los pacientes con su tratamiento y el despliegue emocional que de allí se desprende.

Participantes.

En el presente estudio, participaron 3 personas residentes de la ciudad de Tunja, Boyacá, diagnosticadas con diabetes Mellitus tipo 2, cuyas características se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 2. Características sociodemográficas y clínicas de la muestra de estudio.

Participante	Edad	Sexo	Estrato socioeconómico	Tiempo de diagnóstico	Complicaciones médicas derivadas de la DM2	Comorbilidades clínicas
Participante 1	59 años	Hombre	3	7 meses	Ninguna	Hipertensión, isquemia cardiaca.
Participante 2	72 años	Mujer	3	18 años	Deterioro renal.	Ninguna
Participante 3	56 años	Mujer	2	2 años	Deterioro visual.	Ninguna

Nota. Elaboración propia.

Es preciso mencionar que, para la selección de la muestra se tuvo en cuenta unos criterios de inclusión y exclusión, con el fin de hacer de la misma una muestra pertinente para el alcance de los objetivos. En ese sentido, los criterios de inclusión fueron personas mayores de edad y con diagnóstico de diabetes Mellitus tipo 2. Por otro lado, los criterios de exclusión fueron personas con algún diagnóstico de trastorno mental o emocional, menores de edad y con diagnóstico de diabetes tipo 1 o gestacional.

Ahora bien, es importante destacar que la selección de la muestra se hizo a través de un muestreo no probabilístico que como refiere Otzen y Manterola (2017), permite seleccionar a los participantes según las características o particularidades consideradas oportunas y relevantes por parte del investigador para el estudio. En este sentido y siguiendo a Hernández et al., (2014) se halla que esta, es una muestra de participantes voluntarios que respondieron a una invitación por parte de la investigadora para contribuir con esta investigación.

Técnicas de recolección de la información.

Para la recolección de los datos, se hizo uso de la técnica de entrevista individual, la cual, como mencionan Cruz, et al. (2019), Hernández et al. (2014) y Perpiñá (2012) se comprende como un encuentro conversacional íntimo, flexible, abierto y con propósito, pues tiene la finalidad de reconocer narrativas sustentadas en las percepciones, creencias, saberes y emociones que emergen de la vivencia subjetiva del entrevistado. De esta manera, es valioso mencionar el postulado de Vasilachis (2006), quien argumenta: “todas las entrevistas son eventos interactivos” p. 195, es decir, los datos que surgen en este proceso dialógico, son construidos en la interacción entre ambos participantes, dado que, el individuo cuenta sus experiencias a un otro que le escucha, comprende y responde; formando así, un sistema bidireccional de retroalimentación. (Perpiñá, 2012)

Cabe resaltar, que específicamente se hizo uso de la entrevista semiestructurada; la cual, es orientada por una guía de preguntas, pero el investigador posee la libertad de introducir nuevos planteamientos con el fin de profundizar o precisar sobre algún tema puesto en conversación, por consiguiente, este tipo de entrevista es de carácter flexible y dinámico, pues su

secuencia se mueve al compás del relato del entrevistado y no bajo parámetros previamente establecidos. (Cruz, et al., 2019; Hernández et al., 2014)

En este orden de ideas, se precisa que se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas a los tres participantes del estudio, las cuales se desarrollaron de forma presencial durante aproximadamente 45 minutos; tiempo que permitió conocer en amplitud, las experiencias que han tenido los pacientes con respecto a su enfermedad y tratamiento, junto con las emociones derivadas del proceso enfermedad-recuperación de la salud, motivo por el cual, dichas entrevistas tuvieron una única sesión.

Instrumentos.

Para la recolección de la información, se hizo uso de tres instrumentos, los cuales, resultaron esenciales para un acopio de datos amplio y abarcador. Inicialmente, se hizo uso de una guía de entrevista, la cual, contenía preguntas abiertas y reflexivas agrupadas en categorías según los objetivos y fundamento teórico de la investigación. (Anexo 1)

Es importante señalar, que las preguntas abiertas se caracterizan por estimular e invitar al participante a expresar en sus propias palabras y de forma amplia, los pensamientos, emociones o percepciones frente al tema en cuestión, lo cual, permite hilar de manera fluida, las experiencias abordadas en la interacción dialógica. (Troncoso y Amaya, 2017; Perpiñá, 2012).

Por otro lado, y siguiendo a Tomm (s.f) se encuentra que las preguntas reflexivas, específicamente aquellas que colocan en la perspectiva del observador, se caracterizan por posibilitar al individuo observarse así mismo frente a sus actitudes, comportamiento u emociones ante determinada eventualidad o experiencia de vida. En este orden de ideas, el uso de estos dos tipos de preguntas favoreció el intercambio comunicativo espontáneo, abierto y reflexivo por

parte de los participantes y, por consiguiente, estas, resultaron pertinentes y alineados al objetivo de la entrevista.

En segundo orden, se hizo uso del genograma y ecomapa; instrumentos de gran valor en este estudio, dado que, permiten tener una visión sistémica del paciente a través de la comprensión de las relaciones e interacciones dinámicas en las cuales el individuo está inmerso. (Melo y Pedraza, 2020). Teniendo en cuenta esto, es importante destacar que, por un lado, el ecomapa es una herramienta que como mencionan Melo y Pedraza (2020) “permite conocer la presencia o no de recursos de apoyo social extrafamiliares en una persona o una familia” p. 3, y, por otro lado, el genograma es una herramienta que según Compañ, et al. (2012) permite recolectar información sobre el sistema familiar con respecto a su estructura, datos sociodemográficos de los integrantes y dinámicas relacionales entre los mismos. Por consiguiente, se creó un formato de ecomapa (Anexo 2) y uno de genograma (Anexo 3), los cuales, tenían preguntas orientadoras que favorecieron la identificación de los factores ambientales, contextuales y sociales relacionados al proceso de vinculación al tratamiento y la emocionalidad de los pacientes, a través de estas herramientas.

Procedimiento.

Para el desarrollo del presente estudio, se establecieron tres momentos que posibilitaron su organización y realización. Estos se detallan a continuación:

Inicialmente, se hace la búsqueda de la muestra; personas mayores de edad, con diagnóstico de diabetes Mellitus tipo 2. Al ubicarlos, se contactan vía telefónica y se les cuenta de manera detallada el objetivo de la investigación; ellos deciden participar, por consiguiente, se fija la fecha y lugar de encuentro para las entrevistas.

Luego, de manera individual se realiza a los tres participantes las entrevistas semiestructuradas, haciendo uso de preguntas abiertas y reflexivas que dinamizaron la conversación, lo cual, permitió a los participantes ahondar de forma holística en sus experiencias con respecto a su proceso de enfermedad y recuperación de la salud. Es importante mencionar, que, en este encuentro se hace entrega del consentimiento informado, el cual, firman los participantes antes de dar inicio a la entrevista (Anexo 4).

Ahora bien, tras la realización de las entrevistas se procede a la transcripción total de las mismas (Anexo 5), lo cual, posibilitó la organización y clasificación de los datos emergentes de dichos encuentros dialógicos, en una matriz de análisis; herramienta de gran valor investigativo, dado que, fue construida para ordenar la información según las categorías eje a comprender sobre el proceso de vinculación al tratamiento de los participantes y su experiencia emocional relacionada al mismo.

Por último, se realiza una observación amplia de lo encontrado en cada categoría en la matriz de análisis, evidenciando en la misma los resultados, para luego, dar paso a la discusión e interpretación de los mismos, lo cual, finaliza con las conclusiones y un apartado reflexivo del ejercicio académico e investigativo.

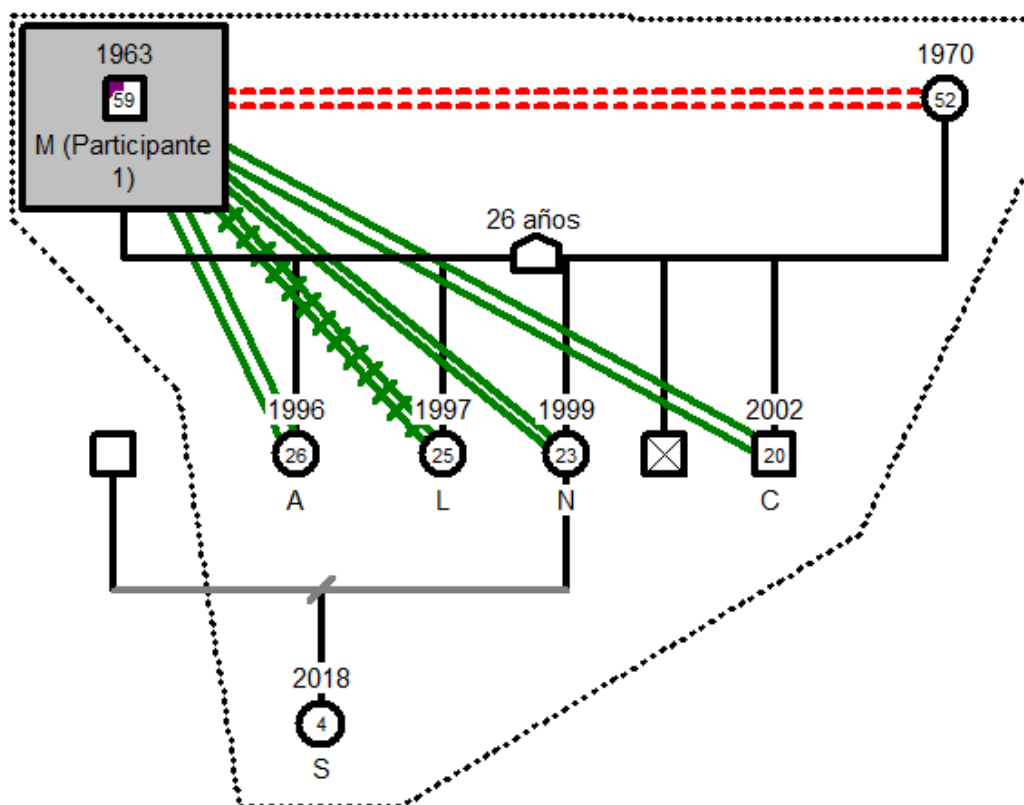
Resultados.

Para la comprensión de los datos emergentes de las entrevistas realizadas a los tres pacientes con DM2, se diseñó una matriz de análisis (Tabla 3) en la cual se organizó la información encontrada en las narrativas de los participantes según las dos categorías eje de la investigación: emociones y vinculación al tratamiento; de dónde esta última, se desprenden cinco subcategorías: factores sociodemográficos y apoyo social, factores relacionados al sistema

sanitario y profesionales de la salud, factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con la enfermedad y factores relacionados con el paciente.

Tras esto, la investigadora realiza observaciones en cada una de las categorías y subcategorías de análisis, resultando esto, corresponder a los resultados de la presente investigación, los cuales, se exponen en la Tabla 3, en la casilla con dicha denominación. No obstante, resulta conveniente partir de la exposición y descripción del genograma y ecomapa construido de cada paciente, con el fin de que el lector, se relacione con los participantes, su estructura y dinámica familiar y sus contextos más representativos que dan cuenta de su red de apoyo.

Ilustración 1. Genograma participante 1.

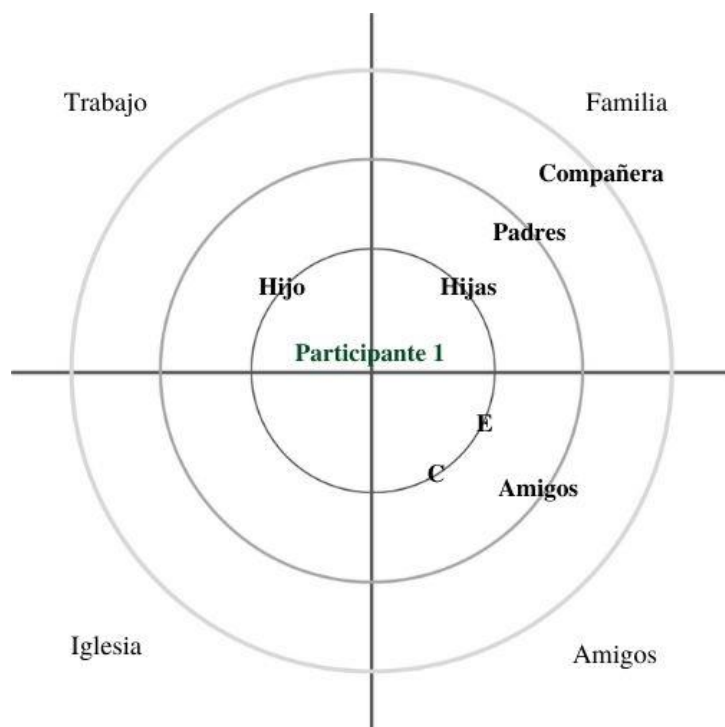


De acuerdo al genograma anteriormente expuesto, se conoce que el participante 1 es un hombre de 59 años, diagnosticado con DM2. Su familia nuclear, está compuesta por su pareja de 51 años con quien vive en unión libre hace 26 años, y con quien tiene cuatro hijos. La mayor tiene 26 años, seguida por su hija de L 25 y N de 23 años, quien se encuentra separada y de dicha relación tiene una hija de 4 años. El participante menciona que antes de su último hijo de 20 años, falleció un hijo al momento de nacer. Ahora bien, como se observa en la gráfica, la unidad habitacional de este participante está constituida por todos los integrantes de su familia nuclear.

En línea a lo anteriormente expuesto, se halla que, a nivel relacional el participante comprende que con su pareja tiene una relación distante y con presencia de conflictos, y con sus hijos, mantiene una relación cercana, resaltando que con su hija L, tiene una relación estrecha, dado que es quien ha adoptado dentro de su sistema familiar, el rol de cuidadora con respecto a todo lo relacionado al tratamiento médico de su enfermedad.

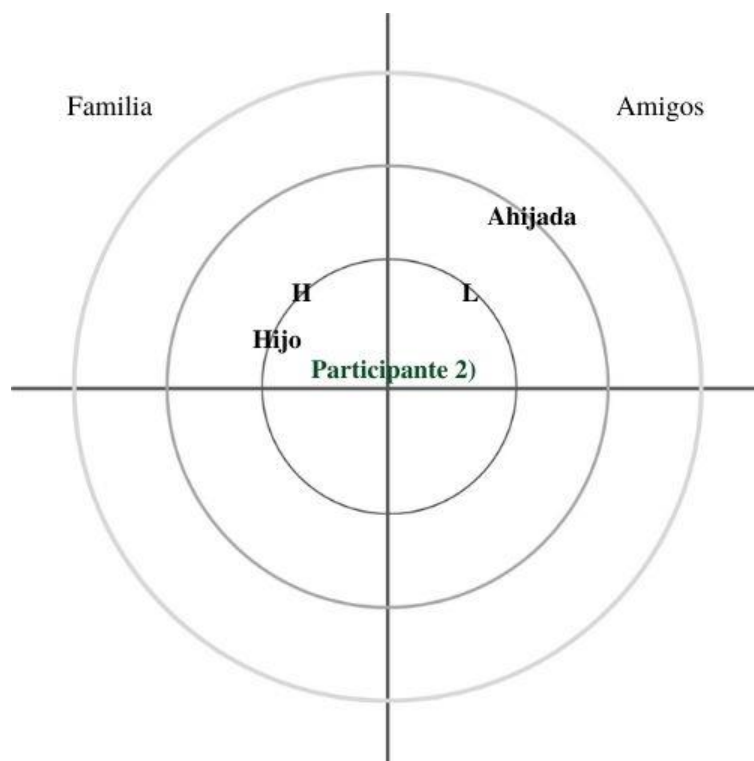
Por otro lado, se evidencia que la red de apoyo percibida por el participante, se encuentra vinculada a cuatro contextos que resalta valiosos: la familia, los amigos, el trabajo y la iglesia, como se observa en la siguiente gráfica:

Ilustración 2. Ecomapa participante 1



En relación a los contextos representativos para el participante 1, se halla que dentro de estos, el participante posiciona a personas significativas. Por un lado, en su contexto familiar, encuentra que tiene mayor cercanía emocional con sus hijas, colacando en segundo orden a sus padres y luego a su pareja. En el contexto del trabajo, posiciona a su hijo, dado que detalla que su negocio es manejado por ambos. Por otro lado, en el contexto de amigos, el participante señala que todos sus amigos se encuentran en la segunda esfera de cercanía, exceptuando a E y C con quienes encuentra mayor vinculación emocional. Por último, es importante resaltar cómo la iglesia representa un contexto significativo para el participante, no obstante, no vincula a nadie dentro del mismo.

Ilustración 4. Ecomapa participante 2.

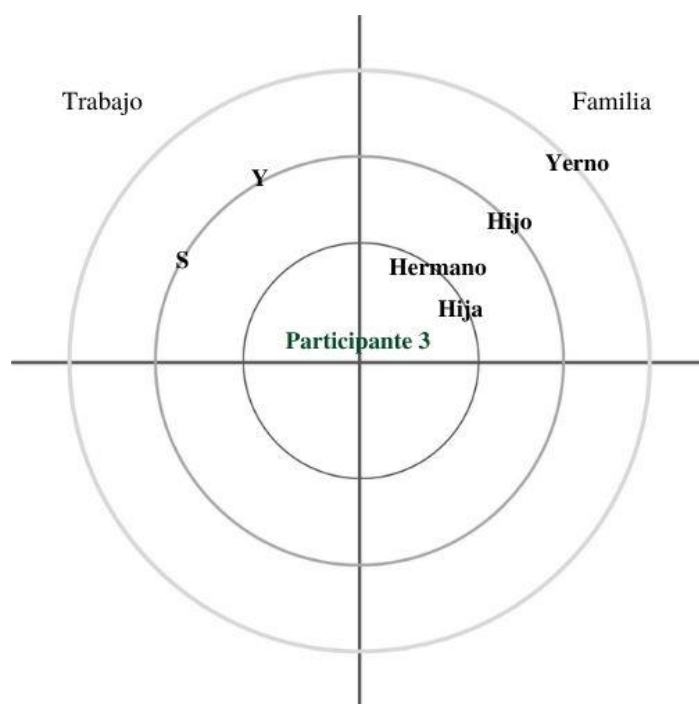


Como se observa en el anterior ecomapa, la participante 2 encuentra una vinculación emocional cercana a nivel familiar, con su hijo y su hermana H, y en su contexto de amigos, reconoce a su amiga L con gran cercanía, seguida por su ahijada.

Por último, y como se observa en la gráfica 5, se halla que la participante 3 es una mujer de 56 años, quien se encuentra separada con el padre de sus dos hijos: Un hombre de 37 años quien vive en unión libre con su pareja hace 1 año, y una mujer de 25 años que está casada hace 2 años y se encuentra actualmente en estado de embarazo. En este orden de ideas, se halla que la unidad habitacional está compuesta por la participante, junto con dos hijos y la pareja de cada uno de ellos.

Por otro lado, la participante comprende que a nivel relacional con el padre de sus hijos y con la pareja de su hijo, tiene una relación distante. Con su hijo, se halla una relación de cercanía y con el esposo de su hija, una relación de armonía. Ahora bien, se encuentra que, con su hija

Ilustración 6. Ecomapa participante 3.



Teniendo claro lo anteriormente descrito, se expone a continuación la matriz de análisis, la cual, contiene los resultados del proceso investigativo.

Tabla 3. Matriz de análisis y resultados.

Categoría de análisis	Subcategoría de análisis	Narrativa participante 1	Narrativa participante 2	Narrativa participante 3	Observaciones/Resultados
Vinculación al tratamiento	Factores sociodemográficos y apoyo social.	"Yo soy egresado de la Uptc de la facultad de ingeniería, escuela de metalurgia"	"Yo terminé mi bachillerato y ahí me quedé porque fue cuando tuve a Mauricio".	"Hasta cuarto de primaria".	El nivel educativo tiene una relación directamente proporcional con el nivel socioeconómico de los pacientes, de tal forma, que tener una actividad económica o una fuente de ingresos estable, posibilita suplir las necesidades básicas de los pacientes, repercutiendo así en la vinculación que hacen los mismos con su tratamiento; esto, en la medida en que no hay una priorización de necesidades como alimento o vivienda frente a las demandas económicas que trae el plan terapéutico. El apoyo social recibido por amigos y/o vecinos, es vivenciado de distintas formas por los pacientes, esto, a razón de que cada uno relaciona en su percepción de apoyo diferentes aspectos, los cuales, identifica fundamentales para contemplar un apoyo real. Desde esta perspectiva, en la narrativa del participante 1, se observa que la comprensión, junto con el fomento de escenarios que posibiliten la incorporación de nuevos estilos de vida, son elementos que
		"Estrato 3" "Yo soy independiente, trabajo independiente. Yo soy proveedor de materiales de construcción".	" Aquí es estrato tres" "Pues yo trabajo aquí en la casa porque eso es trabajo, porque no tengo empleada. Yo arreglo la casa, y me toca hacer otras cosas. Dicen que no es trabajo, pero sí es trabajo". "Pues, ¿cómo le digo yo? Una pensión y dos arriendos".	"Estrato dos" "Trabajo con lo de las revistas y no más, esa es mi fuente de ingresos"	
		"Sí, han sido bastante comprensivos y pues tienen actitud de respaldo porque por decir, no encontrábamos y que una cervecita que cualquier vaina, y entonces yo les cuento, yo en vez de eso me tomo una	"No porque no hay amigos casi ahora, eso ni vecinos, porque cuando se le ofrece a uno algo son buena gente, pero de resto no nos vemos, o sí se le ofrece a uno, bien. Lo mismo, si a ellos se les ofrece algo yo también les colaboré, pero que	"No. Con solo la familia, con los de acá, porque pues los demás nunca preguntan ni saben nada, saben lo de diabetes, pero no más".	

		<p>botellita de agua, me comprenden".</p>	<p>estemos así de visita en visita, no. Nos vemos por allá una vez al año, en serio. Nos hablamos por ahí por teléfono que tal cosa, qué tal otra cosa y así, nos vemos muy poquito".</p>		<p>hacen al paciente sentirse apoyado con respecto a su enfermedad. Por otro lado, la participante 2 en su narrativa, concibe al apoyo como la cercanía y encuentro físico, de tal forma, que la ayuda que recibe por parte de ellos frente a alguna demanda suya, no es concebida como apoyo para su enfermedad. Ahora bien, la participante 3 exalta al interés y disposición de los amigos como sinónimo de apoyo, lo cual, no percibe por parte de los mismos.</p>
		<p>"Si claro, todos, mis hijos y todo han estado ahí apoyándome en mi tratamiento". "Si, si, bastante, de hecho, azúcar en la casa ya no se usa". "Pues ella es muy bien, porque ella actualmente es la persona que está prácticamente a cargo de mis cuidados, de medicamentos, de citas médicas, de aplicación de las insulinas, de todo lo que tiene que ver con el cuidado".</p>	<p>"Pues ahí más o menos porque ellos están allá lejos y yo estoy aquí, por ahí me llaman y me dicen: no comas tal cosa, no comas eso, y cuando vienen acá, no come eso, no come lo otro". "Pues con mi hijo, ahí, pues ahorita está como muy lejos porque no viene a compartir nada. Antes si compartía, antes de la pandemia sí, pero ahorita no, ahorita no compartimos así mucho que digamos, por ahí de vez en cuando"</p>	<p>"Con mi hermano por lo que él vive cerquita entonces tenemos mayor contacto con él que con los otros. El cómo tiene diabetes, le explicó a mi hija lo de la insulina y eso, porque a mí me da miedo, entonces ella me ayuda con eso y él también me ha ayudado mucho, porque cuando salí del hospital me dieron insulina en ampolleta y no en esfero, y nosotros no sabíamos cómo se aplicaba y cuánto duraba un</p>	<p>La aceptación del diagnóstico médico favorece la organización de los integrantes del sistema familiar para realizar diversas acciones en pro de los requerimientos del tratamiento médico, así pues, se observa en las narrativas de los participantes 1 y 3, que uno de los hijos adopta un rol de cuidador, estableciéndose, así como la persona con mayor cercanía y apoyo frente al tratamiento médico. Ahora bien, se observa en estos dos participantes, que la asimilación de la enfermedad conlleva al tránsito hacia nuevos estilos de vida dentro de todo el sistema familiar, adquiriendo hábitos de desconsumo frente al azúcar y bebidas gaseosas que afectan los niveles de glucosa en sangre de los pacientes, y, por tanto, son de consumo altamente restringido. Por otro lado, la participante 2 comprende el apoyo desde la cercanía física, por tanto, aunque le otorga</p>

				<p>esfero, entonces como que se hicieron mal los cálculos y no me alcanzó y duré como cuatro días sin insulina y se me subió el azúcar feo. Entonces con mi hermano estamos pendientes el uno del otro, y así". "Mi hija es la que más está pendiente de ir a sacar las citas, de ir a reclamar los medicamentos, ella está pendiente de todo". "Allá con todos mis hermanos bien. A veces, en las reuniones no compran gaseosa por nosotros dos".</p>	<p>valor a las solicitudes de cuidado que expresa su familia, no lo concibe como un apoyo total, resaltando el efecto de la pandemia por COVID-19 en la cercanía y apoyo recibido por parte de su hijo. Otro punto importante a resaltar, es como para la participante 3 el apoyo recibido por parte de su familia está vinculado a una vivencia en común con su hermano, dado que él tiene la misma enfermedad, por consiguiente, esto ha permitido que se tejan saberes en torno a los cuidados entre su hija, su hermano y ella, lo cual, favorece la vinculación al tratamiento de la paciente.</p>
		<p>"No, eso está en la misma tónica porque ahorita yo me exalto mucho, me da malgenio por cosas muy simples, muy sencillas, entonces como yo le dije, es preferible estar uno así, mantener como un</p>	<p>"Pues no cambió nada por lo que le digo, Mauricio no entendía bien y mi esposo estaba muy enfermo. Yo más bien lo enfrenté sola, pues si estaban pendientes que no comiera dulce pero no más y pues cómo todos</p>	<p>"Pues se cocina bajo en azúcar y sal para todos, y toca cambiar porque tantas harinas, ¡que pan, que azúcar! entonces me toca ahorita todo sin azúcar y trata uno de no tomar tantos jugos por el azúcar. Pero a mí me</p>	<p>A partir de la narrativa de los participantes 1 y 3, se observa que el diagnóstico médico trajo cambios a nivel individual y familiar; específicamente en la familia nuclear. La participante 3 evidencia que los cambios están asociados a la incorporación de algunos hábitos alimenticios para todo el sistema familiar. Por otro lado, el participante 2 reconoce que los cambios se han evidenciado a nivel relacional con algunos integrantes de</p>

	<p>distanciamiento, digámoslo así, una barrera, o sea, no, lo que yo le digo, si nos ponemos a conversar llegamos al término de no concurrencia de conceptos". "De todas maneras ellas continúan aún mejor porque a raíz de eso como que ha hecho allegar a la familia porque antes yo siempre tenía por ahí la costumbre con los compañeros de echar unas polas, entonces siempre eso ayuda ahí al maltrato intrafamiliar".</p>	<p>estaban lejos, ¿pues ahí si qué se hace? Entonces no, me regañaban, pero pues yo me quedaba calladita".</p>	<p>compran mis cositas, mis frutas y verduras aparte".</p>	<p>su familia, pues se han generado lazos de cercanía y respeto con sus hijos, a razón de la restricción en el consumo de alcohol que como expresa el participante, desencadenaba "maltrato intrafamiliar", no obstante, encuentra que, con su pareja, el diagnóstico médico no ha generado cambios en su forma de comunicarse. Ahora bien, es importante puntualizar cómo para la participante 2, el hecho de que no se presentaran cambios a nivel familiar a causa de la enfermedad de su pareja y el desconocimiento de su hijo, significó para ella soledad en lo relacionado a su enfermedad.</p>
Factores relacionados al sistema sanitario y profesionales de la salud	<p>"Pues gracias a Dios que, yo como le digo, trabajo independiente entonces pues tengo el dinero para las cosas que necesite, aunque pues en el seguro me cubren todo lo de la diabetes. Allá me dan la insulina que es lo</p>	<p>"Pues bien, normal, pues allá me dan mis medicamentos y lo de la insulina también allá, entonces pues por ahí que uno necesite una jeringa o algo así pero no es muy caro, entonces bien, normal"</p>	<p>"Pues siempre, pues el seguro me cubre los medicamentos, pero un examen diferente toca pagarlo, digamos que cuando tuve COVID tocó pagar como \$500.000 pesos por el nivel dos".</p>	<p>La provisión de recursos que dispone el sistema sanitario para el tratamiento de la DM2 de la población, favorece a que los pacientes puedan tener un proceso terapéutico continuo en lo que respecta a lo farmacológico, dado que, como expresan los tres participantes, los costos de insulina y medicamentos, los cuales, son de uso indispensable, son asumidos por el sistema de salud. Ahora bien, se reconoce la relación</p>

		<p>que necesito y pues en transportes me ahorro porque yo vivo cerca entonces me vengo caminando"</p>			<p>del nivel socioeconómico con el cumplimiento del tratamiento, dado que, como expresa el participante 1, su lugar de residencia a razón de su estrato social, se encuentra cerca del hospital, lo cual, le permite dirigirse hacia este con poco tiempo y sin necesidad de uso de transporte público. En relación a esto, los participantes 1 y 2 describen la facilidad económica que poseen para comprar otros implementos necesarios para la aplicación de sus medicamentos. Por todo lo anterior, es preciso señalar como la participante 3, resalta su preocupación con respecto a lo que el sistema sanitario le ofrece, pues si bien, le otorga los medicamentos, existe deficiencia con respecto al cubrimiento de otros servicios asociados a la enfermedad.</p>
		<p>"No, bien, gracias a Dios bien, ahí sí muy éticos, muy profesionales, a Dios gracias quedamos todavía, no es por echarme flores, pero quedamos todavía personas de esos buenos conceptos, de buena moral y esas cosas".</p>	<p>"Pues a veces me lo cambian porque no voy en las fechas porque no hay citas, pero con ella (es una doctora) con ella ya llevo varios años y como bien, si, me explica todo lo del tratamiento"</p>	<p>" Bien, buena, pues me formuló los medicamentos y ya, pero no me dijo como era lo de la insulina ni nada entonces aquí mi hija es la que está pendiente de eso y también me acompaña a los controles porque a mí se me olvidan las cosas, y cuando salgo de las citas no sé bien</p>	<p>La relación que se establece entre médico y paciente desencadena vivencias particulares de gran repercusión en el plan terapéutico. Desde esta perspectiva, se observa que el participante 1, ha construido lazos de confianza y credibilidad con el profesional de la salud, lo cual, otorga estos mismos aspectos al tratamiento médico. Por otro lado, la participante 2 resalta que la buena relación que ha establecido con su doctora, se fundamenta en la educación terapéutica que esta le brinda, sin embargo, resalta las fallas del sistema en relación al cambio de</p>

				<p>lo que me dijeron, entonces ella me acompaña. Qué día no la dejaron entrar porque yo todavía podría entrar sola por mi edad y ella se puso brava porque cuando salí no me dieron toda la insulina de los dos meses, y ella habló con el doctor, pero cuando fue a reclamarlas le dijeron que solo le daban las dos insulinas que el doctor había formulado, entonces me enfermé."</p>	<p>los profesionales de la salud para el seguimiento de los controles por limitación en el agendamiento de citas. Desde otro punto de vista, se observa a través de la narrativa de la participante 3, cómo las dificultades en las habilidades sociales y comunicativas de los profesionales de la salud interfieren en el recuerdo y comprensión de la información proporcionada durante la consulta médica, lo cual, puede generar confusiones que alteran la continuidad del tratamiento. Unido a esto, se resalta como la falta de educación terapéutica, específicamente en la administración de la insulina, genera dificultades en la responsabilización que tiene el paciente con su tratamiento, lo cual, desde la vivencia de la participante 3, es tramitado por medio de la búsqueda de apoyo en su hija, quien adopta el rol de cuidadora y se encarga de estos procedimientos.</p>
		<p>"Pertenezco a Sanitas y por el momento no, pero más adelante quiero indagar y hacerme participe de programas de atención y cuidado, lo que es nutrición, todo. porque vea que, por ahorita,</p>	<p>"Sí lo hay, yo iba, pero deje de ir un tiempo porque me tocaba hacer cosas, entonces no podía ir y ya me perdí de eso, se trataba de ir a hacer ejercicios y cosas, pero ya no, ya ahora otra vez están como volviéndolos</p>	<p>"No, no sé si hay. Si tenemos prioridad por ser pacientes crónicos pero que haya un programa no sé".</p>	<p>Los servicios dispuestos a nivel macrosocial, como programas coadyuvantes al tratamiento médico no son de conocimiento por parte de los participantes 1 y 3. Ahora bien, el participante 1, considera valioso poder hacerse partícipe de algún programa relacionado con el tema de la nutrición, dado que, en el tiempo de diagnóstico que tiene, uno de sus grandes desafíos ha sido todo lo</p>

		<p>por decir, pues yo siempre he sido como se dice goloso, me gusta bastante comer, yo entro a una cafetería y me provocaba que un paquete, que un herpo, que un yogurt, así estuviera tomando, y ahorita todavía tengo eso, entro a una cafetería y quiero comerme ese yogurt, ese paquete, pero de vez en cuando me como mi paquete y así y es que prácticamente han sido 7 meses".</p>	<p>a hacer, pero yo no he ido, por la pandemia a uno le da cosa, entre menos se reúna con personas como que es mejor. Yo antes salía y viajaba y ahora no, ahora me quedo aquí encerrada."</p>		<p>relacionado con la alimentación y el control en el consumo de determinados alimentos, es decir, otorga gran valor a la psico nutrición para lograr una mayor vinculación con su tratamiento médico. Desde otra perspectiva, se encuentra que la participante 2, si tiene conocimiento de la existencia de programas que promueven la actividad física que resulta de gran beneficio para los pacientes con DM2, no obstante, reconoce el efecto limitante que ha generado la pandemia por COVID-19 en su continuidad en el mismo.</p>
Factores relacionados con el tratamiento	<p>Si, tenía cuatro aplicaciones. ¿cuántos miligramos por decilitro tenía? Tenía 6 antes de cada comida, antes de desayuno, antes del almuerzo y antes de comida y a las 9: 00 de la noche la de acción lenta. de esa tenía 16 unidades y ya</p>	<p>"Sí, me tocó...18 por las noches, todas las noches" "Si, me estoy tomando estas pastillas. Ácido acecitalsilio, dapagliflozina...de esta me tomo dos y de las otras si de a una...esos tengo que tomármelos como son, todos bien sin fallar."</p>	<p>"Sí, la metformina, factifloxina...Me las tomo todos los días, estas dos me las tomo por la noche porque a veces me da como mareo, entonces me las tomo por la noche, y la insulina también me la aplican en la noche...y me toca aplicarme insulina</p>	<p>Como se observa en las narrativas de los tres participantes, el aspecto farmacológico del tratamiento de la DM2 tiene un gran impacto en la percepción de eficacia que tienen los pacientes con respecto a las ventajas que trae la toma puntual y continua de los medicamentos y la administración de la insulina, dado que, reconocen que el cumplimiento de dicha administración conlleva a la regulación de los niveles de azúcar en sangre y disminución en la dosificación del medicamento. De esta</p>	

		<p>me la han reducido y ahora solo tengo 11 miligramos por decilitro y ya con eso; sólo prácticamente me estoy regulando".</p>		<p>también todos los días". "Yo al principio pues no tenía que aplicarme insulina, solo tenía que tomarme la metformina y ahorita ya estoy con insulina, pero, ya me la han bajado porque yo me he cuidado, entonces me ha bajado el azúcar".</p>	<p>manera, desarrollan una relación de confianza con el medicamento y adquieren percepciones positivas frente a sus capacidades. Ahora bien, se puede observar dificultad en la toma de determinados medicamentos dados sus efectos secundarios, no obstante, la participante 3 ha generado estrategias que le permiten minimizar dichos efectos y continuar con la toma diaria recomendada.</p>
		<p>"Siempre, siempre bastante porque de por si yo consumía bastantes sopitas, me gustan bastante, harinas, que carne gorda, dulces le pegaba, club Colombia por ahí seguidito, y tocó ahí corte". "Si, claro, yo salgo a caminar todas las mañanas, y aparte de eso la terapia de recuperación acaba, como es asistida, monitoreada, pues ahí uno acaba, uno</p>	<p>"Pues no comer azúcar, no comer harinas, ¡ay Dios! eso es no comer". "Pues en las comidas cambiar mucho porque ya uno no puede comerse una arepa, un pan. ¡ay! yo a veces me provocho y como un pan, pero eso es muy malo, eso me manda al baño a vomitar. Me dicen que galletas integrales, que no sé qué, yo les hago caso, ¡ay no, virgen santísima! no debo comer esas galletas. y dicen no, es que esas</p>	<p>"Pues cuidarme en lo de la alimentación y tomarme los medicamentos porque no hay más, y llevarla ahí porque qué más se puede hacer, e ir a los controles y todo...digamos me toca medirme el azúcar con ese aparatito, con esas agujas, es peor, ¡uy no, eso duele muchísimo! y todos los días me toca eso".</p>	<p>Los participantes comprenden que una alimentación adecuada es clave para el control y manejo de la DM2, dado que, como se puede observar en sus narrativas, posicionan a esta como el cambio más relevante dentro de su estilo de vida. Cabe resaltar cómo para el participante 1, un cambio significativo dentro de su estilo de vida además de la alimentación, ha sido la restricción del consumo de bebidas alcohólicas, lo cual, ha generado desafíos a nivel social que ha desencadenado en cambios a nivel cognitivo sobre las posibilidades para compartir con amigos desde hábitos saludables. Por otra parte, la participante 3 exalta todos los acuerdos terapéuticos como parte de su cambio de estilo de vida, el cual, lo asume desde la</p>

		<p>tampoco puede salir a hacer ejercicio a la loca como se dice, sin ningún control". "No, si ha habido un cambio pues digámoslo casi radical, por lo que le digo, ya uno pues quiere estar con los compañeros, pero digamos si estábamos allá hasta las 9-10 de la noche, ahora los acompaño a compartir un rato por ahí hasta las 7-8 y ellos se toman sus polas y yo me tomo por ahí unas botellitas con agua y hasta ahí".</p>	<p>son para diabéticos, que hay pan para diabéticos que no sé qué, ¡mentiras, eso son mentiras!" "Y ahora mucho menos puedo comer eso, lo que son vísceras, carnes rojas, embutidos, y las carnes rojas ya hace tres meses que me prohibieron la carne roja por el riñón, que no lo debo esforzar mucho, entonces que tengo que comer algo así suave...En la carne Kiara me ayuda, ella está pendiente que le de la carne, entonces por ese lado tengo quien me ayude".</p> <p>"Si me toca caminar, a veces no salgo a caminar, pero me toca suba, baje escaleras y a la alcoba y al patio, y así camino. Ahí hago el ejercicio, pero no salgo a la calle. Pues así me tocó el año de la pandemia, más del año,</p>		<p>aceptación y participación activa. Cabe señalar, que una vivencia significativa para esta participante dentro de su cotidianidad es el uso del glucómetro, dada la experiencia de dolor que se asocia a esta actividad. Con respecto a la participante 2, es de gran valor cómo el cambio de hábitos en relación a la alimentación, ha generado confrontaciones en sus creencias y emociones que han influido en el autoconocimiento de su metabolismo y el autocontrol en el consumo de alimentos. Ahora bien, dicha participante reconoce la importancia de la actividad física para su estado de salud, no obstante, resalta la limitación que ha tenido en esto a consecuencia de la pandemia por COVID-19. Por último, es de gran importancia observar cómo para la participante 2, una gran ayuda en el cambio de sus hábitos alimenticios ha sido el acompañamiento permanente de su mascota.</p>
--	--	--	---	--	---

			haga ejercicio así porque yo no salía, salía ahí a la puerta y al balcón, pero no más".		
	Factores relacionados con la enfermedad	"Pues por el momento no. Me dio lo del infarto y ahí fue donde me dieron el diagnóstico, pero más allá nada. Lo que le digo, el cansancio y agotamiento, pero no más".	"Ayer me tocó un examen de sangre para mirar los niveles de glucosa y el de orina también, creo que ya está como el riñón, se está afectando".	"En la vista y la otra vez me iban a hacer cirugía, pero no se puede hacer cirugía por la diabetes, porque dicen que no me pueden operar porque puedo quedar en el quirófano. Es peligroso, yo no puedo tener caídas, ni golpes, por ejemplo, yo aquí en este dedo me quité un padraastro así con el cortaúñas y mire como tengo ese dedo, lo tenía re inflamadísimo y me tocó tomar antibiótico para eso. Entonces uno no puede ni cortarse, ni caerse ni cualquier cosa, toca tener mucho cuidado con eso. O los zapatos también, la doctora también me dijo que no podía tener los	Las complicaciones médicas que devienen de la enfermedad afectan el bienestar físico y psicológico de los pacientes, lo cual, hace que se adopten hábitos adicionales a los cuidados primordiales especificados en el plan terapéutico. El deterioro de órganos vitales y dificultad en los procesos de cicatrización, puede desencadenar como se observa en la narrativa de la participante 3, reacciones emocionales como el miedo, el cual, es vivenciado desde la evitación, pero también desde la calma, con el fin de minimizar los riesgos que puedan surgir en la cotidianidad. En esta línea, parece importante cómo la participante 3 percibe las mismas emociones en su sistema familiar, lo cual, favorece la implementación de las condiciones necesarias para su bienestar.

				zapatos apretados y pues lo que le digo, me toca estar con cuidado con cuchillos porque me dan nervios entonces me toca estar sin afanes...Eso sí me da miedo, me da cosita con eso. Y a mis hijos también les da miedo eso, que me corte o me caiga, ellos me dicen: mami, con cuidado y entonces sí me toca porque las cortadas no me cicatrizan y esas cosas".	
		"Sí, me da bastante sed y como cansancio, agotamiento, me gustaría quedarme solo como durmiendo". "Sí, me exaltaba más pero ahorita no, a raíz de lo del infarto que tuve si he notado más eso, como que me hace mal y también para el azúcar. Pero afortunadamente yo	"Pues uno se siente sin alientos, sin ganas de hacer las cosas, mejor dicho, hay veces que tengo que arreglar la alcoba o tiendo la cama, y tengo que sentarme o acostarme un ratito para volver a coger energías, para seguir haciendo el oficio". "Casi casi todos los días me toca hacer el oficio así, con pausas porque yo no puedo	"No, todo muy bien, tengo controlado el azúcar entonces bien".	Los síntomas de la DM2 pueden afectar la calidad de vida de los pacientes. Como resalta la participante 2, el agotamiento que presenta a diario limita el desarrollo de sus actividades diarias como la limpieza de hogar, lo cual, es de gran valor para ella, de tal forma, que se crean contradicciones entre lo que puede y quiere realizar, haciendo que emerjan experiencias emocionales como el "uno se siente mal". Ahora bien, resulta fundamental exaltar como para los participantes 1 y 2, el autoconocimiento de su metabolismo a raíz del proceso de enfermedad, ha generado descubrimientos

		<p>me he dado cuenta entonces trato de como se dice, controlarme, tomar aire, estar tranquilo...manejo eso de: pensar antes de hablar, que sea la mente la que dirija la boca y no al contrario".</p>	<p>decir cómo: voy a arreglar la casa, tengo que hacer un día una parte y otro día la otra parte, porque no lo puedo hacer todo...uno siente mal porque uno dice: yo tengo que tener todo bien arregladito, todo bien esto, pero las fuerzas no le alcanzan.". "Lo que sí he notado es que cuando me hacen dar mal genio, el azúcar se dispara...a ratos me pongo de mal genio con facilidad, entonces no es sino ir a pincharme y ¡trum!, se baja...por ahí de vez en cuando mi hijo me hace rabiar, entonces se me dispara y ahí sí tengo que tenerle cuidado, como decir, ¡tranquilícese, tranquilícese! porque osino".</p>		<p>subjetivos en torno a la relación que tiene la ira, con el incremento de los niveles de glucosa en sangre, haciendo que estos, adquieran estrategias para el manejo de sus pensamientos y emociones tales como respiración y verbalizaciones, no obstante, la participante 2, indica estrategias de polifarmacia para el control de sus niveles de azúcar; esto, como resultado del efecto inmediato que genera la administración de insulina en su metabolismo. Por último, se halla que la participante 3, asocia la ausencia de sintomatología con el cumplimiento que tiene de su tratamiento.</p>
	<p>Factores relacionados con el paciente</p>	<p>"Pues yo pienso que la enfermedad es sinónimo de no haber cuidado la salud por</p>	<p>"Pues que es horrible, porque ya he visto, mejor dicho, ya me han contado familias que se</p>	<p>"Pues tenaz porque imagínese, yo no me lo pensaba, nunca me imaginé eso. Yo sé que</p>	<p>Las creencias creadas por parte de los participantes en torno a la enfermedad, son construidas a partir del relacionamiento con amigos, las creencias religiosas, el</p>

		<p>mucho tiempo, de pronto el cuerpo a uno le da señales que uno no le presta atención y ahí es donde se desarrolla la enfermedad. Pero también es una prueba de Dios y uno tiene que seguir adelante y aprender de eso. Lo que le decía, hasta eso ha traído en parte cosas buenas entonces es cuidarse. ¿cómo le digo yo? Es también como con la actitud que uno lo toma. Hay que estar tranquilo y confiar que están los profesionales para ayudarlo a uno".</p>	<p>han muerto así. Como por decir la prima de Fabiola, ella era más joven que yo, y estuvimos hablando y que tenía una raíz de una mata, yo no me acuerdo como se llama, y yo la compré y me quedé mirándola y dije: yo no me tomo eso, y la dejé por ahí, no me la tomé, pero ella sí siguió tomando esa porque decía que le bajaba, pero ella tal vez no se miraba como estaba, sino ella seguía tomando esa hierba y le dio algo y ¡pum! Cayó en el baño, nadie la auxilió y murió, y yo digo que eso es, como yo no sé, porque si ellos se cuidaban desde pequeños, pero tal vez era que la mamá y el papá tenían eso, entonces ellos seguían enfermos, pero en mi caso nadie".</p>	<p>eso es hereditario, pero como uno tampoco no se cuida, pero, ahorita si me toca cuidarme harto de eso".</p>	<p>conocimiento de la enfermedad y las experiencias individuales y familiares. El participante 1, la concibe como resultado de descuidos en torno a la salud y como una "prueba de Dios" que trae consigo aprendizajes y beneficios, enfatizando en la importancia de vivirla desde la tranquilidad y la confianza en la medicina. La participante 2 comprende a la DM2 como un peligro para su vida, dadas las experiencias que conoce de algunas personas que tenían el mismo diagnóstico, y a su vez, subraya el factor hereditario de la misma, que con confusión reconoce que no es su caso particular. Por último, la participante 3 comprende la enfermedad como una situación compleja, ya que, para ella, ésta fue de carácter sorpresivo a pesar del conocimiento de su predisposición genética para el desarrollo de la misma.</p>
		"No, pues obviamente	"Pues yo no sé bien que	"Pues sí estoy	La percepción positiva que tienen los

		<p>yo estoy comprometido ciento por ciento". "Tengo mis controles cada dos meses".</p>	<p>le diría. Pues me ha dicho que vamos como bien, pero me ha dicho que me tengo que cuidar mucho el riñón, pero que vamos como bien porque antes era más insulina, pero era de otra clase, y luego, me la cambiaron a está y me tocaba 2 veces me tocó ayudarla con otra y ahora no tengo sino está, entonces que vamos como bien, pero quién sabe cómo será bien, porque así dicen los médicos, dicen que vamos como bien y no se sabe". "Me toca estar en controles, todos los meses tengo que ir".</p>	<p>comprometida". "Cada dos meses toca ir a controles".</p>	<p>pacientes 1 y 3 con respecto a sus capacidades de autocuidado para el control de su enfermedad, desembocan en la percepción de compromiso que tienen frente al plan terapéutico, dotándole valor a la asistencia permanente a los controles médicos. Ahora bien, con respecto a la participante 2, se observa cómo interfiere en su percepción de compromiso y capacidad de manejo de la enfermedad, la falta de credibilidad y confianza que le otorga al criterio médico de los profesionales de la salud.</p>
		<p>"Pues obviamente es difícil, es un cambio como le decía, radical, pero también uno se da cuenta que es por el bienestar propio. La medicina ha avanzado mucho y uno sabe que si tiene los cuidados</p>	<p>"Pues ¡ay! Uno a veces se aburre porque uno no puede comer de todo, como decir, qué día me dio por comerme un cuchuco de trigo ahí con un pedazo de hueso y me sentó más mal...no es que me guste harto,</p>	<p>"Pues es muy difícil eso. Uno ya no tiene una vida normal, y lo peor es que es para toda la vida, así me cuide con la comida me toca ahí con eso, ¡ay, no! Eso es muy duro. Todo el tiempo</p>	<p>Los participantes comprenden al tratamiento médico como una situación compleja y a la vez eficaz para el manejo de su enfermedad. El participante 1, tiene creencias relacionadas a la efectividad de la medicina para el control de la DM2 y autopercepciones positivas en cuanto a su capacidad para seguir los lineamientos del tratamiento; lo cual, le permite comprender</p>

		<p>que le indican pues uno va a estar bien. Es mientras uno se adapta y ya, todo es un proceso".</p>	<p>sino que a veces uno se aburre de tanta comida así, entonces dije pues una sopita, vi que los otros estaban allá comiendo eso, pues dije: voy a comerme una sopa de esas, ¡pero no, qué error tan grande!".</p>	<p>estar con esos pinchazos, ir a citas y eso; eso me pone a pensar, pero pues toca cuidarse uno porque se dispara el azúcar y ahí uno es el perjudicado".</p>	<p>que su vinculación con el mismo, es compleja, y, por tanto, paulatina, pero a su vez, necesaria para su bienestar. Desde la narrativa de la participante 2, se comprende cómo su relación con el tratamiento, es de gran exigencia psicológica, ya que, la estricta dieta y la restricción de determinados alimentos, desencadenan estados emocionales de aburrimiento, lo cual, la lleva a buscar cambios en la monotonía del plan terapéutico que reconoce no han sido beneficiosos para su estado de salud. Ahora bien, la participante 3 relaciona la complejidad del tratamiento con la condición crónica de su enfermedad, no obstante, esta percepción no se convierte en un limitante para su autocuidado, sino que más bien, halla en esto, la importancia de su papel activo frente a las instrucciones terapéuticas.</p>
		<p>"Descuido y capricho mío, porque donde yo le hubiese parado bolas al preaviso que me dio el mismo organismo de azúcar alto y hubiera accedido al tratamiento que me sugerían en ese momento, pues no andaría en estas. Yo</p>	<p>"Pues yo no sé, pues en mi familia no había casi, pues mis cuñadas, pero eso ya es diferente...unos dicen es que los que toman mucho les da eso, que los que tienen cirrosis también sufren de diabetes, que los que no sé qué, pero yo tomar no, fumar tampoco,</p>	<p>"Por no cuidarme en la alimentación, tomaba mucha gaseosa porque me daba mucha sed, hasta que me mandaron a hacer exámenes para mirar que era, y ahí me diagnosticaron".</p>	<p>A partir de las narrativas de las participantes 2 y 3, se observa que las creencias relacionadas a las causas de la enfermedad se desprenden del conocimiento que tienen de la enfermedad y la asociación que hacen de esto con sus experiencias y estilo de vida anterior al diagnóstico. De esta manera, la participante 2 al no sentirse identificada con las razones que indica su hermana y demás personas sobre el desarrollo de la enfermedad, le genera curiosidad el carácter no hereditario de la enfermedad en su caso</p>

		<p>no le paré bolas ni me tomé un resto de medicamentos; es que era pura pasta y tengo el criterio de que la medicina, la droga química no comulgo mucho con eso, uso mucho lo alternativo, natural, homeópata, entonces no le paré bolas a las pastas... y las enfermeras: ¡uy, prediabético! y qué, no le pare bolas ni me acomplejé por eso. Yo llegué a tener valores de 480 hasta 500, pero igual, si sentía un poco de mareo, de desvanecimiento, pero de resto no, normal, ya a lo último si empecé a sentir la isquemia, la opresión, la falta de aire, de oxigenación y ya me empecé a preocupar... pero yo no le paré bolas a eso y cuando me dio el infarto".</p>	<p>nunca...tal vez fue porque yo no me alimenté bien después de que llegó mi hijo, yo me alimentaba como yo no sé, cómo que no comía muchas verduras y siempre se me presentó una cirugía y pues no tuve mucho cuidado. Me tocaba tomarme unas pastillas, algo como de hierro y esas me caían tan mal y no me las tomé, y entonces yo creo que por eso fue. Me dio algo como de nutrición, cuando le faltan a uno vitaminas y entonces yo creo que fue eso, por no haberme tomado esas pastillas".</p> <p>"Mi hermana me decía: ¡Es que eso le pasó por comer mucho dulce! Ella siempre me dice que, por comer mucho dulce, y yo me ponía a pensar, pero no, yo no comía mucho dulce".</p>		<p>particular, asociando a esta, las únicas situaciones que para ella fueron representativas en su estilo de vida, como el cambio de hábitos alimenticios que tuvo tras el nacimiento de su hijo y la negación de su consumo de nutrientes formulados por el médico. Por otro lado, es de gran interés las palabras que usa el participante 1, con respecto a las causas de su enfermedad: "capricho y descuido", lo cual, está vinculado a la falta de riesgo que percibía para su salud en los síntomas expresados por su cuerpo y las sugerencias médicas de prevención de la enfermedad.</p>
--	--	--	--	--	--

		<p>"Mis motivos más que personales son familiares. dejar a mis hijos organizados, hacer una buena empresa, con un buen salario, remunerados de acuerdo a sus capacidades y condiciones y obviamente pues que se halle una estabilidad laboral".</p>	<p>"Pues motivos, pues mi hijo y mi nieto, por mis hermanos, pero no más".</p>	<p>"Para seguir viviendo, porque por ejemplo a mí también me dio el COVID y ¡No! eso fue tenaz. El 30 de abril me tocó irme para el hospital de arriba. No me dejaban salir por la diabetes, porque me iban a dar salida y me tomaban la saturación y se me bajaba ¡ay no!".</p>	<p>La vinculación desde el compromiso y el rol activo que tienen los participantes con respecto a su tratamiento, se relaciona con los motivos que tienen estos para preservar su salud. Los participantes 1 y 2, encuentran en la familia su mayor motivación para cumplir con el plan terapéutico, donde el participante 1 además de esto, resalta la importancia que tiene para él, la posibilidad de crear una estabilidad económica para sus hijos. Desde otra perspectiva, la participante 3, enfatiza que la posibilidad de vivir es su gran motivación, esto, en relación a las experiencias pasadas que ha tenido en torno a situaciones de enfermedad, como, por ejemplo, su vivencia tras el contagio por COVID-19, que, a razón de la DM2, fue intensamente significativo a nivel físico y psicológico.</p>
Emociones		<p>"Ahorita en marzo que me dio el primer infarto, allá me dijeron que era diabetes...yo de igual manera, no me tensioné, no me exalté, ahí bien". "Lo que yo le digo, yo no lo tome, o sea, echarme a la pena, pues diabetes, hay la medicina, el personal</p>	<p>"Hace 16, 17, ya van a ser 18 años...pues ahí, como que no lo creía, porque yo no sé, no me sentía así muy mal...me hicieron, porque ¿cómo le digo?, yo empecé a no dormir, pasaban días en que no. Él estaba enfermo y yo de la angustia y de todo eso empecé a sentirme mal,</p>	<p>"Hace como un año, más o menos un año, mentiras, dos años". "Muy mal, porque un hermano también tiene diabetes y eso como que es hereditario, por lo que mi mamá y mi papá tenían diabetes". "Porque uno no sabe qué le va a pasar a uno, no sabía nada de</p>	<p>El diagnóstico de la enfermedad trae consigo vivencias emocionales variadas según la historia personal de cada participante. Como se observa en el participante 1, la noticia del diagnóstico fue vivida desde las emociones de la calma y la tranquilidad, lo cual, se vincula a la credibilidad que le otorga dicho participante a la medicina y a los profesionales de la salud para el manejo de la enfermedad. Por otro lado, para la participante 2 esta situación fue vivida desde la sorpresa, dado el aspecto inesperado y</p>

		<p>preparado para la asistencia, pues listo, cero".</p>	<p>entonces yo no dormía, no dormía, pasaban 8 días, 15 días y dormía, pero por ahí una hora o dos horas y ya mejor dicho ya me estaba quedando ciega y entonces empezaron a hacerme exámenes a ver qué era lo que me pasaba y ahí fue cuando se descubrió la diabetes". "Pues yo no sabía bien cómo era obviamente la diabetes, entonces no la tomé con mucha importancia, como ahí normalita, entonces no me dió así duro...ahí más o menos me explicaron, pero como que yo no le tomo mucha importancia, pero sí es importante tomarle a eso y yo no pensé que fuera tan importante, pero sí es... una vez me llevaron a la clínica Medilaser. Hicimos un viaje a Chiquinquirá, no sé qué pasó, para mí que</p>	<p>la enfermedad". "¡Ay, no! Tenaz porque imagínese, yo decía ¿ahora qué hago?...Me sentía mal porque un día fui al médico arriba en el hospital y eso cuando me tomaron lo del azúcar ¡Ay, altísima! y un dolor de cabeza pero impresionante y era que yo había dejado de tomar los medicamentos, porque me daba pereza, esa metformina me daba vómito, antes y después de la comida me daba lo mismo y es paila, y ese día me tocó irme para el hospital y si más me dejan allá...Duré como unos ocho días y la doctora me dijo, si usted no se cuida y no se toma los estos, no venga por acá al médico. Me regañó porque imagínese.</p>	<p>novedoso del diagnóstico, el cual, lo relaciona con el carácter asintomático de la DM2. Ahora bien, la falta de información acerca de las implicaciones de la DM2, desencadenó creencias que subestimaron la enfermedad y el tratamiento médico haciendo que se generaran complicaciones médicas por la ausencia de vinculación con el mismo. Esta situación, desencadenó en la participante percepciones de riesgo real relacionadas a la enfermedad, lo cual, generó transiciones a nivel emocional, como, por ejemplo, la vivencia de la angustia y también cambios en su sistema de creencias, dotándole valor e importancia al plan terapéutico. Con respecto a la participante 3, las emociones vivenciadas en un principio fueron la preocupación y la angustia, dado el desconocimiento de la enfermedad, el aspecto inesperado del diagnóstico, la incertidumbre sobre el futuro y el conocimiento del factor hereditario dada su historia familiar. De igual manera, se observa en esta participante que los efectos secundarios del medicamento generaban "pereza" para el cumplimiento del tratamiento, lo cual, generó estados de enfermedad que, tras su resolución, desencadenaron reacciones de temor frente a la enfermedad, lo cual se vinculó a la posterior decisión de autocuidado y</p>
--	--	---	--	---	--

		<p>fue algo que había en esa buseta porque yo me sentía como mareada, como indispuesta y fue un viaje raro, y no, y algo había en el almuerzo, bueno entonces se presentó ese día algo raro, y el otro día me tocó irme para la clínica y duré cómo 10 días por la diabetes, que era la diabetes, que se me había disparado. Fue cuando me empezaron a aplicar la insulina porque no me aplicaban insulina, eran pastillas."</p> <p>"Sí, fue muy difícil, me daban nervios, pues todavía pero el medicamento me ayuda a estar mejor. ¡hay que seguir, no hay de otra!"</p>	<p>Ellos tienen razón porque como uno no se cuida ni nada, no se ayuda, graves ahí ¿o es que se quiere morir? eso me dijo...ahí sí me tocó cada dos meses sacar controles y eso, no dejarme subir de peso, ni bajarme tampoco mucho porque me dijo el doctor que tenía que estar en ese peso, ni que me subiera ni me bajara, porque no era bueno".</p>	<p>seguimiento responsable y activo del plan terapéutico.</p>
	<p>"Sí, pues a ratos me da nostalgia, pero me digo: ¿nostalgia por qué? Si Dios quiso y me dio la oportunidad de seguir adelante, ¿por qué no cambiar y</p>	<p>"Pues a veces me siento maluca, siempre uno se siente raro porque no puede comer las comidas que comen todos, porque si se las come, pues usted se las</p>	<p>"Bien, tranquila, igual toca salir adelante porque qué más. Si dejo de tomar los medicamentos ahí sí graves".</p>	<p>La experiencia de vivir con la enfermedad, ha generado en los participantes estados emocionales ambivalentes, a razón, del implemento de nuevos estilos de vida y formas de relacionamiento. Por un lado, se observa cómo para el participante 1, existen días de "nostalgia", los cuales, tramita por</p>

		<p>pues obviamente estar dentro de ese camino que nuestro Dios nos ha colocado? Es una prueba". "Nostalgia por lo que le digo, la celebración que con los compañeros. Precisamente ayer, antier me llamó un compañero, un metalúrgico a pedirme un concepto técnico por ahí, entonces comentamos que cuál sería la próxima celebración de tomarnos una pola y pues cuando Dios quiera. Yo ahorita no puedo, no debo tomarme una cerveza, pero podemos estar".</p>	<p>come, pero después las consecuencias son delicadas". "¡Ay no! yo no pienso bien en la diabetes, mejor yo digo: no tengo nada, ¡porque si me pongo a pensar en eso yo creo que no estaría viva!"</p>		<p>medio de sus creencias religiosas, donde concibe a la enfermedad como una prueba de Dios y, por tanto, vive el tratamiento como una posibilidad que tiene para vivir, por tanto, la asume con acciones de autocuidado. Es importante resaltar, que para este participante su experiencia emocional de nostalgia está significativamente relacionada con el cambio que ha tenido que realizar en la forma de celebrar con sus amigos. Por otro lado, la participante 2, expresa "sentirse mal" específicamente por su dieta, la cual, varía con respecto a la de las demás personas. Es de gran valor resaltar cómo ha adoptado la estrategia de "tratar de no pensar" en la enfermedad, para tramitar sus emociones de malestar. Por último, se haya que la participante 3 en su actualidad vive con mayor tranquilidad su enfermedad, relacionando la importancia de mantener ese bienestar a través de las acciones de autocuidado.</p>
		<p>"Pues más bien con tranquilidad, como con calma, no nos encartamos, no pusimos el grito en el cielo, como normal".</p>	<p>"Mi esposo pues le dio sí un poquito duro, pero como él estaba ya muy enfermo entonces no fue mucho lo que él le tomó de importancia". "Mi hijo cómo que no... tenía 16 años y no sabía cómo</p>	<p>"La verdad no sé cómo se sintieron, pues me decían que me cuidara y que seguir el tratamiento porque no hay de otra". "Mi hermano me decía, ¡No, china! le toca que</p>	<p>Los participantes evidencian que la noticia del diagnóstico trae consigo experiencias emocionales para su sistema familiar. El participante 1 tiene la percepción de que los integrantes de su familia nuclear vivieron la noticia del diagnóstico desde las emociones de calma y tranquilidad. Por otro lado, la participante 2 no percibe cambios a nivel</p>

			era la enfermedad, ni nada, entonces ahí". "Mi hermana, pues no lo sé bien, por lo que estábamos lejos, yo estaba en Bucaramanga y ella estaba en Bogotá cuando me pasó eso".	se tome los medicamentos y todo porque osino le van a mandar a aplicar insulina y vea que sí que me tocó".	emocional en su hijo, dada su edad y desconocimiento de la enfermedad, y reconoce en su pareja emociones de malestar que no fueron priorizadas dado el estado de salud de él. Desde otra perspectiva, se halla como la participante 3 expresa desconocer las emociones de su sistema familiar frente al diagnóstico médico; teniendo más presente sus palabras de apoyo frente al tratamiento.
		<p>"¿Ahí sí uno ante la obligación qué hace? La verdad no me costó mucho".</p> <p>"No, como yo le digo, pues antes a Dios gracias uno se siente bien, en el sentido de salud, y mentalmente y prácticamente a raíz de eso obviamente uno se ve obligado a hacer actividad física, antes si no era así".</p>	"Pues a veces, al principio me afectó mucho porque todos eran, ¡no coma eso, con azúcar! me veía y yo ¡ay! y entre más me decían, como que yo más metía la cabeza, más se antojaba y ahorita ya como que no me llama mucho la atención así el azúcar, cuando se ponen a molestarme entonces ahí sí me da por uno."	"No, es difícil y como fastidioso porque estar yendo, sacar citas, estar en control, exámenes, que los medicamentos, que todo eso, es difícil. "Pues lo de la alimentación me ha costado porque como uno ya no puede comer lo que uno comía antes, entonces ahorita solo me toca comer verduras, ensaladas y tomar harta agua y así, para poder uno estar bien, y pues los medicamentos. Pero ¡ay, no, tomar agua es muy feo! porque es	Desde la narrativa de los participantes, el proceso de incorporar nuevos estilos de vida, trae consigo emociones que se transforman durante el proceso terapéutico. El participante 1 encuentra en sus nuevos hábitos estados de bienestar físico, mental y emocional. La participante 2 enfatiza cómo al inicio de su tratamiento, la restricción y los comentarios de las demás personas con respecto al azúcar, le generaba inquietud y dificultad en su control, donde reconoce que ahora vive con mayor tranquilidad dicha relación con el azúcar. Por otro lado, la participante 3 señala que para ella el seguimiento del plan terapéutico es de gran complejidad, expresando así que lo vive desde el fastidio; esto, dada la dificultad que ha representado la adaptación a la nueva dieta y el consumo de agua, resultando este último ser el mayor desafío para sus gustos y preferencias.

				tomar ocho vasos de agua al día ¡ay, no! Yo hago caso de todo, pero el agua ¡ay, no! me toca echarle limón o aromática porque así sola es muy feo".	
		"Bien"	"Bien, muy bien".	"Bien, allá me atienden bien en los exámenes y todo bien, sí señora".	La experiencia emocional de los participantes con respecto a la atención prestada por el sistema y los profesionales de la salud, es de bienestar, no obstante, resulta llamativo cómo resulta ser el aspecto con mayor limitación en su narrativa.
		"Pues todo el concepto y lo disiente de la palabra de cuatro letras: Bien. yo creo que muy bien, así de sencillo. Me ha traído cosas muy positivas, eso ha hecho que digamos que uno se dé cuenta de esas cosas que se estaban llevando mal, eso lo que le digo, ha sido en términos metalúrgicos, un imán, atrae todas las cargas a un punto de encuentro en salud".	"Pues yo digo, uno se siente muy mal, porque no puede compartir las cosas que comparte con las demás personas... porque llega y dice por decir, me voy a comer un pastel, pues uno no se lo puede comer, y a las otras personas las hace sentir mal, entonces uno tiene que hacer el intento o comérselo y ya después ya sabe qué pasa, pero a veces, tiene que como por obligación comérsela y no debe	"No, pues, lo normal. Con tranquilidad porque toca llevarla y salir adelante porque no hay de otra, porque ¿qué saca uno desesperándose? uno más se enferma, entonces con tranquilidad, salir adelante porque qué más. Digamos a mí no me puede dar un dolor de cabeza alto ¡ay no, eso sí me da miedo! Entonces ellos están muy pendientes, con la comida también	La integración que hacen los participantes de todas las experiencias vinculadas a su enfermedad y tratamiento, generan a su vez, una síntesis en la expresión de su vivencia emocional durante todo el proceso. El participante 1 expresa sentirse "bien", ya que, la enfermedad dado el cumplimiento del tratamiento, ha desencadenado cosas positivas que le han permitido retornar hacia estados de salud y bienestar. La participante 2, narra el "sentirse mal" por no poder comer alimentos que sus amigos, vecinos o familiares le ofrecen, enfatizando en que esa sensación de malestar está vinculada a su preocupación por no generar incomodidad en las personas por su forma de alimentarse; por esta razón, encuentra en el aislamiento por COVID-19, vivencias de mayor tranquilidad

			<p>comérsela, y entonces uno se siente mal... uno lo dice, pero ellos se van a sentir mal porque dicen: no tengo más que darle a ella, ¿qué hago yo, qué le doy de comer? entonces para no hacerlas sentir mal entonces uno comete el error de comerse algo que no debe. Eso sí me ha pasado varias veces porque sí, uno va a una casa allá y le sirven x cosa para todos y no hay nada más para uno, y uno dice, un vasito de agua, y dicen, ¡no!, pero ¡yo qué le voy a dar un vaso de agua a usted! entonces uno tiene que callarse el pico y comerse lo que le ofrecieron, entonces incomoda a los demás y uno se hace un daño. Entonces eso pasa cuando uno hace visitas, y ahora como no hago casi visitas entonces no</p>	<p>porque debo comer seis veces al día para que no se me baje el azúcar, y así, ellos me ayudan para estar tranquila".</p>	<p>dado que no tiene encuentros sociales que le generan dicho malestar. Ahora bien, es de gran valor identificar cómo para esta participante, su preocupación por las emociones de los demás, ha desencadenado que vaya en contravía de lo que reconoce como positivo para su salud, admitiendo el consumo de alimentos que le generan malestar. Por otro lado, la participante 3 destaca el apoyo que recibe a nivel familiar para tener estados de tranquilidad; resaltando que es ésta, y no la desesperación, la mejor forma para afrontar su proceso de recuperación de la salud</p>
--	--	--	--	--	---

			tengo problemas de esos. Entonces en ese sentido ha sido mejor porque antes sí, ¡ay Dios mío!		
--	--	--	---	--	--

Nota. Esta tabla contiene las narrativas de los participantes entorno a las diferentes categorías y subcategorías de análisis de la investigación, junto con los resultados de la misma.

Discusión.

Para un análisis de los resultados claro y coherente, resulta pertinente orientarse por la ruta que proponen los objetivos de la investigación, de tal forma, que no sólo erijan el desarrollo de este apartado, sino que se vislumbre su cumplimiento. Así pues, se expone a continuación una discusión que resulta ser fruto de una triangulación entre el marco teórico, los resultados de la investigación y los objetivos de la misma.

En este orden de ideas, conocer las narrativas que han construido los participantes en torno a su enfermedad y tratamiento, denota, como mencionan Araya, et, al. (2007) y Maturana (1996) las realidades diversas que cada uno crea activamente en torno a estas experiencias, pues si bien, los tres tienen una vivencia en común (el diagnóstico de DM2) cada uno según los micro y macro sistemas con los cuales teje relaciones de influencia mutua, comprende y experimenta esta situación desde la co-construcción continua de su propia individualidad, lo cual, no descarta la posibilidad de encontrar elementos de similitud entre una realidad y otra.

Lo anterior, se desprende de la observación de los relatos de los tres participantes, donde cada uno en su proceso de VT, expresa su vivencia desde particulares percepciones, motivaciones, creencias, emociones y formas de relacionamiento, ligadas, a factores tales como el nivel educativo y socioeconómico, el apoyo a nivel familiar y social, la estructura, dinámica y organización familiar, el tiempo del diagnóstico, las experiencias pasadas en torno a situaciones de enfermedad, la asimilación del diagnóstico a nivel individual, familiar y social, los desafíos a nivel familiar y social derivados del cambio de hábitos como la alimentación, la incorporación dentro de las actividades diarias de la toma de medicamentos y asistencia a controles médicos, la relación médico-paciente, la provisión de recursos y programas coadyuvantes por parte del

sistema sanitario para el control de la enfermedad, el aspecto farmacológico y no farmacológico del tratamiento y las complicaciones y sintomatología derivada de DM2, que como mencionan Castro (2018), López y Moreno (2018), Vargas, et al. (2018), Reyes, et al. (2016) y Alvarado (2015), tienen todos estos, gran influencia en la experiencia de salud-enfermedad de los pacientes con DM2 y por ende, en la vinculación con su tratamiento.

Ahora bien, es de gran valor para esta investigación identificar que además de los factores anteriormente mencionados, emergen cuatro nuevos, los cuales, no fueron contemplados o esperados en los hallazgos pero son de gran significancia en el proceso de VT de los participantes; estos son: el apoyo que percibe el participante con respecto a la enfermedad por parte de su mascota, el autoconocimiento que han desarrollado en torno a la relación que tienen sus emociones con el control de sus niveles de glucosa en sangre, lo cual, ha desencadenado estrategias de control y manejo de dichos estados emocionales, los efectos de la pandemia por COVID-19 en el cumplimiento de acuerdos terapéuticos como la actividad física y en la percepción de apoyo familiar dado el aislamiento característico de esta situación de salud pública y la influencia de los estados emocionales asociados a la enfermedad en todo el sistema familiar, lo cual, genera percepciones de pertenencia y apoyo en los participantes por parte de la familia nuclear.

Así pues, todo lo anterior, invita a resaltar la postura de Castro (2018), quien plantea que el proceso de VT no escapa de la dinámica biopsicosocial de los pacientes, pues dicha vinculación está mediada por aspectos subjetivos, contextuales y estructurales, los cuales, le otorgan un carácter de dinamismo a dicho proceso dada su interacción continua, lo cual, como se mencionó anteriormente, puede desencadenar a su vez, relaciones emergentes singulares y

propias en cada paciente, haciendo del proceso una experiencia subjetiva y compleja para su comprensión y abordaje.

En segundo lugar, resulta valioso dar lugar a los planteamientos de Poblete y Bächler (2016) y Maturana (2001) quienes otorgan a la emoción un carácter constitutivo y creativo de toda relación y acción; puesto que, conocer las narrativas de los participantes en torno a su enfermedad y tratamiento, permitió identificar que las emociones resultan ser un eje transversal de carácter subjetivo en el proceso de VT, ya que, el acercamiento a cada uno de los acuerdos terapéuticos desencadena en los participantes, emociones diversas y complejas, dado que, como mencionan Belli (2009) y Pinazo (2006) éstas se recubren del lenguaje para ser expresadas y por tanto, tienen infinitas posibilidades de expresión y denominación a razón de la subjetividad del ser humano.

En este orden de ideas, se halla que para los participantes, las emociones derivadas de este proceso, son dinámicas y se transforman en concordancia a la relación que ellos van estableciendo con el tratamiento, evidenciando en sus narrativas, emociones de tristeza, temor, sorpresa, tranquilidad, aburrimiento y soledad, que como mencionan Juárez (2020) Piñate, et al., (2020) Castro (2018) y López y Moreno (2018) no se mantienen imperturbables desde el inicio del diagnóstico hasta la actualidad, sino que varían (como se mencionó anteriormente) según las relaciones que se establecen con todos los factores que influyen en el proceso de VT.

Con base a lo anteriormente expuesto, se comprende que existe un tejido de relaciones complejas de influencia mutua y continua entre las emociones y todos los factores relacionados al proceso de VT, puesto que, las emociones atraviesan todas las vivencias del ser humano, por ende, permean todo el proceso de VT desde su diagnóstico hasta la actualidad.

De esta manera, es valioso enfatizar en los planteamientos de Juárez (2020) Piñate, et al., (2020) Castro (2018) y López y Moreno (2018) quienes reconocen que la vivencia emocional de los pacientes con DM2, deviene multicausalmente por la interacción continua de factores asociados al proceso de VT, ya que los resultados de esta investigación evidencian que las emociones tienen una conexión con cada una de las cinco subcategorías de la VT, encontrándose, además, que cada una de estas se relacionan entre sí. En este sentido, se evidencia un entramado relacional multidireccional, analizado en la presente investigación de la siguiente manera:

La tristeza, se relaciona con el cambio de hábitos alimenticios, en relación, a las creencias como la existencia de limitaciones al momento de compartir un espacio entorno al alimento a razón de que los pacientes con DM2 no pueden consumir alimentos que otras personas consumen con regularidad, de lo cual, se desprende a su vez, la creencia de incomodar a las personas por dicha situación. Unido a eso, esta emoción se vincula con el proceso de aceptación del diagnóstico, los cambios a nivel social en la forma de celebrar y la limitación en el desarrollo de actividades diarias a causa del cansancio; síntoma propio de la DM2.

La emoción de temor, se relaciona al desconocimiento de la enfermedad, el aspecto inesperado del diagnóstico, la incertidumbre sobre el futuro, el conocimiento de la historia médica familiar y del estado de salud de personas con el mismo diagnóstico, el uso de glucómetro dada la sensación de dolor que desencadena, la percepción de riesgo de la enfermedad y la falta de cubrimiento médico en servicios asociados a la DM2 por parte del sistema sanitario.

Asimismo, a esta emoción se asocian factores como las complicaciones médicas derivadas de la enfermedad como pérdida de la agudeza visual y dificultad en la cicatrización y el deterioro físico que puede desencadenar la DM2 a causa de la falta de control de la

enfermedad y seguimiento del tratamiento, lo que se vincula, a las experiencias que han tenido los participantes en torno a momentos de enfermedad derivadas de la misma situación, los cuales, se presentaron en relación a creencias que subestimaban la enfermedad y el tratamiento médico. Dicha emoción también es sentida en el sistema familiar, en relación, al conocimiento de las complicaciones médicas que puedan surgir tras el olvido de cuidados de necesaria implementación en la cotidianidad de los pacientes.

Por otro lado, la sorpresa como emoción, se relaciona al aspecto novedoso e inesperado del diagnóstico médico, dado, el aspecto asintomático de la DM2 y el desconocimiento de la misma, de tal forma, que es una emoción predominante en la fase de diagnóstico.

Con respecto a la emoción de tranquilidad, se hayan elementos de relación según el momento en que se encuentra la vinculación que hace el participante con su tratamiento. En este sentido, al momento del diagnóstico, esta emoción es vivenciada en relación a la confianza y credibilidad en la medicina y los profesionales de la salud para el manejo y tratamiento de la enfermedad, la percepción de la misma emoción dentro del sistema familiar tras el diagnóstico, el desconocimiento y la percepción de poco riesgo de la enfermedad frente al estado de salud.

Tras esta fase, se encuentra que esta emoción es vivenciada también en relación al apoyo familiar y social percibido, los lazos de confianza y credibilidad que emergen entre el participante y el médico, la educación terapéutica recibida por parte del profesional de la salud, el control hacia el consumo de azúcar, la atención prestada por el sistema de salud y la ayuda del sistema familiar para mantener este estado emocional.

Unido a esto, esta emoción tiene una retroalimentación con factores como, la relación de confianza con los medicamentos y las acciones de autocuidado dado el bienestar que proveen, las percepciones positivas sobre las propias capacidades para el manejo de la enfermedad, los

aprendizajes y beneficios que ha traído la enfermedad, las creencias religiosas, la creencia de ser la emoción de la tranquilidad la mejor manera para vivenciar la enfermedad y el suministro de los medicamentos esenciales para el control de la DM2 por parte del sistema de salud, lo cual, se vincula a su vez, al estrato socioeconómico y la continuidad del tratamiento farmacológico.

Por otro lado, el aburrimiento experimentado por los participantes, se asocia a las limitaciones que surgen del cambio de hábitos alimenticios, pues la restricción de algunos alimentos desencadena monotonía en la dieta. Por último, la soledad es vivida por los participantes, cuando no se percibe apoyo por el sistema familiar y social, donde se vincula la pandemia por COVID-19 en dicha percepción, dado el aislamiento propio de esta emergencia de salud pública.

En este sentido, se halla que todo este tejido relacional constituye la complejidad de la VT, donde la presencia de la diversidad emocional, indica el dinamismo del ser humano, su integralidad y subjetividad, puesto que, las relaciones comprendidas en los párrafos anteriores, no tienen un carácter generalizable, sino una forma de dar lugar a las vivencias de cada uno de los participantes, ya que como menciona Maturana (1996), son singulares y válidas en el multiverso de realidades.

Conclusiones.

Las emociones son comprendidas como el origen de toda acción y, por ende, de toda relación, de tal forma, que la relación entre paciente y tratamiento es construida desde la emocionalidad, la cual, se relaciona a su vez con todos los factores que influyen en este proceso. Con base a esto, en el presente trabajo se comprende a la VT como un proceso complejo y dinámico que se vive desde la particular forma que tienen los individuos para co-construir su

realidad; por consiguiente, la complejidad de dicho proceso radica en dos aspectos: la integralidad del ser humano por las múltiples relaciones que establece con todos los sistemas que lo componen y la emocionalidad; un aspecto intrínseco, creador y ordenador de la experiencia humana, que permea cada sistema, cada vivencia y cada relación que establece el individuo con sí mismo y con su entorno.

Por tanto, la VT se observa como un proceso de gran exigencia emocional, que, en la búsqueda de equilibrio, es decir, un relacionamiento activo y coherente, surge una convergencia de emociones que se entrelazan con la experiencia que surge del acercamiento a cada acuerdo terapéutico, junto con los factores que influyen en el mismo.

A razón de lo anteriormente expuesto, y para dar respuesta a la pregunta problema eje de este trabajo, se comprende a las vivencias emocionales relacionadas al proceso de VT de los tres participantes, como experiencias complejas que organizan y permiten establecer la relación que hacen éstos con su tratamiento. Son experiencias dotadas de dinamismo, transformación, desafíos y significados, que, a su vez, desencadenan aprendizajes que conllevan a la adquisición de herramientas y estrategias para el manejo de la enfermedad y el acercamiento desde un rol activo al tratamiento. Unido a esto, surgen desde dicha experiencia emocional, saberes sobre el cuerpo y el impacto de los pensamientos y las emociones en el proceso de salud-enfermedad, los cuales, son co-construidos en el tejido relacional que crea el paciente con los sistemas propios que lo componen y aquellos contextuales que hacen parte de su realidad.

Así pues, la experiencia emocional de los pacientes en su proceso de VT no radica en minimalismos o armonías, sino en fluctuaciones, cambios y transformaciones que convergen con factores relacionados a la enfermedad, el tratamiento, la relación médico-paciente, el apoyo social y las percepciones, creencias y motivaciones que cada uno de ellos crea y construye

activamente. Por consiguiente, las vivencias emocionales de los pacientes con DM2, constituyen y crean el relacionamiento que hacen éstos con todos los acuerdos descritos en el plan terapéutico, convirtiéndose así dichas vivencias, en el eje de la relación paciente-tratamiento.

Por todo lo anterior, y a modo de cierre, se comprende el papel sustancial que tiene la psicología de la salud en los procesos de tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. El aspecto integral del ser humano, reconocido en este trabajo con mayor énfasis, propone que el abordaje de problemáticas tales como la VT se haga a la luz de una mirada sistémica que exalte y evidencie el valor de cada uno de los aspectos constituyentes del ser humano, puesto que, la invisibilización de alguna característica intrínseca del mismo, limita las acciones que van dirigidas a la recuperación y mejoramiento de la calidad de vida de pacientes con patologías tales como la DM2. Lo anterior, denota la complejidad del aspecto psicológico en el abordaje de las problemáticas en salud, pues las relaciones complejas que se tejen entre emoción-cognición (percepciones, creencias y motivaciones) tienen un impacto significativo en las acciones dirigidas al autocuidado y el bienestar físico que desarrollan los pacientes.

En ese orden de ideas, se considera que una mirada experiencial o existencial de la psicología de la salud que protagonice las emociones, es de gran valor para la comprensión y abordaje de la VT, dado que éstas, permean la experiencia de vida de los pacientes, y, por tanto, resultan ser un eje transversal en todo el proceso de vinculación terapéutica. En ese sentido, colocar atención a cada emoción y los factores psicológicos y contextuales que pueden asociarse a cada una de estas, pueden brindar una ruta de abordaje frente a la problemática de VT, la cual, denote estrategias de identificación, comprensión y manejo de las mismas, con el fin de contribuir al retorno de estados de salud, bienestar y calidad de vida de los pacientes

Así pues, la priorización en la mitigación de la DM2, debe ser continua y permanente, pues esta patología, trae implicaciones en toda la esfera biopsicosocial de los pacientes, generando a su vez, impacto en su sistema familiar, social e institucional. Por esta razón, estrategias orientadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dirigidas a toda la población, resultan ser esenciales, no sólo para el abordaje de esta patología, sino de demás ECNT que afectan a la población mundial e impactan en el desarrollo económico y social de los países.

Por todo lo anterior, la psicología y los profesionales de esta disciplina tienen la responsabilidad ética y social de contribuir a la salud integral de los ciudadanos, teniendo como premisa, que la complejidad del ser humano se basa en el sinfín de relaciones multidireccionales que establece con los demás sistemas de los cuales hace parte, lo cual, se basa en la emocionalidad y la co-construcción que hace el individuo de su propia realidad. La psicología, debe defender la subjetividad del ser humano y abordarlo desde la misma, pues es solo en ella, que encuentra respuestas a las diversas eventualidades que pueden generar malestar en la trayectoria de la vivencia humana.

Referencias.

- Araya, V., Alfaro, M y Andonegui, M. (2007). Constructivismo: orígenes y perspectivas. *Laurus*, 13(24), 76-92. <https://www.redalyc.org/pdf/761/76111485004.pdf>
- Arizmendy, L., Bence, N., Bustos, J., Della, P., Di Ciaccio, F., Ducros, M., Fedinich, M., Maceras, V., Pallota, V., Pérez, M., Polledo, C., Sáenz, F., Simaes, S y Tawil, V. (2015). Motivación para el cambio: una construcción conjunta que posibilita y orienta la intervención psicopedagógica. *Ministerio de salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires*. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/11/1024855/ateneo-hrm-2015-motivacion-para-el-cambio.pdf>
- Alvarado, L. (2015). 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.” [Trabajo de pregrado, Universidad Central del Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/7131/1/T-UCE-0007-257c.pdf>
- Alvarado, M y Villanueva, D. (2017). Epidemiología, factores de riesgo y complicaciones de diabetes Mellitus II, estudio realizado en Centro de Salud “Estrella de Belén”. Año 2011-2015. [Trabajo de pregrado, Universidad de Guayaquil]. <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31909/1/CD%201489-%20ALVARADO%20QUINTO%20MILDRED%20LORENA%2C%20%20VILLANUEVA%20VELASTEGUÍ.pdf>
- Belli, S. (2009). Emociones y Lenguaje. [Trabajo de doctorado, Universitat Autònoma de Barcelona]. <https://www.tesisred.net/bitstream/handle/10803/5473/sb1de1.pdf?sequence=1>

Bericat, E. (2012). Emociones. *Sociopedia.isa*.

<https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/47752/DOIEmociones.pdf>

Bourdin, L. (2016). Antropología de las emociones: conceptos y tendencias. *Cuicuilco*, 23 (67).

<https://www.redalyc.org/jatsRepo/351/35149890004/html/index.html>

Campos de Aldana, M., Moya, D., Mendoza, J y Durán, E. (2014). Las enfermedades crónicas no transmisibles y el uso de tecnologías de información y comunicación: Revisión sistemática. *Revista CUIDARTE*, 5(1), 661-669.

<https://www.redalyc.org/pdf/3595/359533180010.pdf>

Cardozo, I y Rondón, J. (2014). La salud desde una perspectiva psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 17(3), 1079-1107.

<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol17num3/Vol17No3Art10.pdf>

Castro, L. (2018). Revisión de la literatura sobre las cinco dimensiones de la adherencia al tratamiento. (Documento de investigación, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud: Universidad del Rosario).

<https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/18447/DI%2025%20MedSa%20w.pdf;jsessionid=24704367464D479826A9D86032E030C4?sequence=1>

Chóliz, M. (2005). Psicología de la emoción: el proceso emocional.

<https://www.uv.es/choliz/Proceso%20emocional.pdf>

Compañ, V., Feixas, G., Muñoz, D y Montesano, A. (2012). El genograma en terapia familiar sistémica. Universitat de Barcelona.

<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32735/1/EL%20GENOGRAMA%20EN%20TERAPIA%20FAMILIAR%20SISTÉMICA.pdf>

Díez, A. (2017). Más sobre la interpretación (II). Ideas y creencias. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 127-143.

<https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v37n131/08.pdf>

Escandón, N., Azócar, B., Pérez, C. y Matus, V. (2015). Adherencia al Tratamiento en Diabetes Tipo 2: Su relación con Calidad de Vida y Depresión. *Revista de Psicoterapia*, 26 (101), 125-138. <http://ojs.revistadepsicoterapia.com/index.php/rdp/article/view/31/1>

Espinoza, A. (2014). Interpretación Pragmática de los Sistemas de Creencias en Hume y Peirce. *Cinta Moebio*, 50, 101-110.

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-554X2014000200006

Etienne, C. (2018). Promover la información sobre la economía de las enfermedades no transmisibles en la región de las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42(1), 1-2.

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49537/v42SupplENT2018_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y

Federación Internacional de Diabetes (FID). (2019). Atlas de la diabetes de la

FID. https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo (2021). Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2020.

[https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2021/07/CAC.Co_2021_07_14_Libro_Sit_ERC2020_v4\(1\).pdf](https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2021/07/CAC.Co_2021_07_14_Libro_Sit_ERC2020_v4(1).pdf)

Forigua, J. (2018). Atención, sensación y percepción. *Fundación Universitaria del Área Andina*.

<https://es.scribd.com/document/432191971/83-ATENCION-SENSACION-Y-PERCEPCION-pdf>

Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y representaciones*, 7(1), 201-229. <http://www.scielo.org.pe/pdf/pyr/v7n1/a10v7n1.pdf>

Garzón, A. (2006). Evolución de las creencias sociales en España. *Boletín de Psicología*, 86, 53-84.

<https://www.uv.es/garzon/adela/publicaciones/Evolucion%20de%20las%20Creencias%20Sociales.pdf>

Garzón, A. (2013). Transformaciones y nuevas perspectivas profesionales y académicas de la Psicología de la Salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 45(2), 241-252.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-05342013000200007&lng=es&nrm=.pf&tlng=es

Goleman, D. (2018). La inteligencia emocional. Penguin Random House Grupo Editorial.

Hernández, A. (2012). Procesos psicológicos básicos. *Red Tercer Milenio*.

http://aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/Psicologia/Procesos_psicologicos_basicos.pdf

Hernández, C., Fernández, C y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*.

<https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D y Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: Efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Univ Psychol*, 5(3), 535-547.

<http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a09.pdf>

Juárez, M. (2020). Influencia del estrés en la diabetes Mellitus. *NPunto*, 3(29), 91-124.

<https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/5f33c616db094art5.pdf>

Kübler-Ross, E y Kessler, D. (2006). Sobre el duelo y el dolor.

https://www.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/32/31277_Sobre_el_duelo_y_el_dolor.pdf

Laso, E. (2015). Cinco axiomas de la emoción humana. Una clave emocional para la terapia familiar. *Revista de Psicoterapia*, 26(100), 143-158.

<https://ojs.revistadepsicoterapia.com/index.php/rdp/article/view/25/8>

Lizano, R. (2013). El concepto de lo mental según Humberto Maturana Romesín. [Trabajo de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos].

https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3408/Lizano_vr.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Llanga, E., Murillo, J., Panchi, K y Quintanilla, D. (2019). La motivación como factor en el aprendizaje. *Revista Atlante*. <https://www.eumed.net/rev/atlante/2019/06/motivacion-aprendizaje.html>

López, C y Ávalos, M.I. (2013). Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. *Revista Cubana de Salud Pública*. 39(2), 331-345. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v39n2/spu13213.pdf>

López, C y Moreno, A. (2018). Revisión teórica: identificación de factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2. [Trabajo de pregrado, Fundación Universitaria Ciencias de la Salud].

<https://repositorio.fucsalud.edu.co/bitstream/handle/001/678/REDI-FBA-2018-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

López, P y Velaverde, M. (2021). Generalidades de psicología y salud. *Escritos Psicológicos, Psicología y Salud*.

<https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/8225/generalidades%20de%20psicologia%20y%20salud.pdf?sequence=1>

Maidana, G., Lugo, G., Vera, Z., Acosta, P., Morinigo, M., Isasi, D yMastroianni, P. (2016).

Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*. 14(1), 70-77.

<http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v14n1/v14n1a11.pdf>

Marchionni, M., Caporale, J., Conconi, A y Porto, N. (2011). Enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo en Argentina: prevalencia y prevención. Banco Interamericano de Desarrollo.

<https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Enfermedades-cr%C3%B3nicas-no-transmisibles-y-sus-factores-de-riesgo-en-Argentina-prevalencia-y-prevenci%C3%B3n.pdf>

Martin, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública*. 29(3), 275-281. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n3/spu12303.pdf>

Martín, L y Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14(1), 89-99.

<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/869>

Martínez, J. (2015). ¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2?

<https://redgdps.org/gestor/upload/GUIA2016/P3.pdf>

Palacios, A., Durán, M y Obregón, O. (2012). Factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2 y síndrome metabólico. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*,

10(1), 34-40. <https://www.redalyc.org/pdf/3755/375540232006.pdf>

Palacios, U., Arango, M., Ordoñez, J y Alvis, N. (2019). Calidad de vida de pacientes con diabetes tipo 2 en Colombia. Revisión sistemática y metaanálisis acumulativo. *Rev. CES Psico*, 12(3), 80-90.

<http://www.scielo.org.co/biblioteca.libertadores.edu.co:2048/pdf/cesp/v12n3/2011-3080-cesp-12-03-80.pdf>

Palacios, X y Pérez, A. (2017). Evolución del concepto de psicología de la salud y su diferenciación de otros campos de acción profesional. (Documento de investigación, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud: Universidad del Rosario).

<https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/12870/BI%2024%20Rehabilitación%20web.pdf>

Perpiñá, C. (2012). Manual de la entrevista psicológica. Saber escuchar, saber preguntar.

<https://filadd.com/doc/manual-de-entrevista-psicologica-pdf-medicion-y>

Pinazo, D. (2006). Una aproximación al estudio de las emociones como sistemas dinámicos complejos. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 9(22), 1-27.

https://www.researchgate.net/publication/28126777_Una_aproximacion_al_estudio_de_las_emociones_como_sistemas_dinamicos_complejos

- Piña, J. (2009). Motivación en psicología y salud: motivación no es sinónimo de intención, actitud o percepción de riesgo. *Revista Diversitas*, 5(1), 27-35.
<http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v5n1/v5n1a03.pdf>
- Piñate, S., Diaz, L y Contreras, F. (2020). Educación terapéutica en pacientes con diabetes y trastornos emocionales. *Revista Digital de Postgrado*, 9(1), 1-8.
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1095048/17895-144814488193-1-pb.pdf>
- Poblete, O y Bächler, R. (2016). Interacción y emoción: Una propuesta integradora. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 15(1), 57-66.
<https://www.redalyc.org/pdf/2819/281946989007.pdf>
- Reyes, E., Trejo, R., Arguijo, S., Jiménez, A., Castillo, A., Hernández, A y Mazzoni, L. (2016). Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Revista Médica Hondureña*, 84(3), 125-132. <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-14.pdf>
- Rosas, R y Sebastián, C. (2008). *Piaget, Vigotsky y Maturana: Constructivismo a tres voces*.
<https://www.uv.mx/rmipe/files/2016/08/Piaget-Vigotski-y-Maturana-Constructivismo-a-tres-voces.pdf>
- Sanamé, F., Pérez, M., Alfonso, E., Ramírez, M y Jiménez, Y. (2016). Tratamiento actual de la diabetes Mellitus tipo 2. *Correo Científico Médico*, 20(1), 98-121.
<http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v20n1/ccm09116.pdf>
- Sánchez, N. (2019). Sensación y percepción: una revisión conceptual. (Generación de contenidos impresos N.º 12). Bogotá: Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia.
doi: <https://doi.org/10.16925/gcnc.11>.

- Serra, V., Serra, R. y Viera, M. (2018). Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras. *Revista Finlay*, 8(2), 140-148.
<http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v8n2/rf08208.pdf>
- Tomm, K. (Sin fecha). La entrevista como intervención.
https://www.academia.edu/39826718/Karl_Tomm_La_entrevista_como_intervención
- Troncoso, C y Amaya, A. (2017). Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Rev. Fac. Med.* 65(2), 329-332.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v65n2/0120-0011-rfmun-65-02-329.pdf>
- Varela, M y Hoyos, P. (2015). La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. *Revista de Salud Pública*, 17(4), 528-540.
<https://scielosp.org/pdf/rsap/2015.v17n4/528-540/es>
- Varela, M., Salazar, I y Corre, D. (2008). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA, consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(2), 101-113. <https://www.redalyc.org/pdf/798/79811210.pdf>
- Vargas, M., Herrera, C y Rocha, L. (2018). Aportes para el abordaje interdisciplinar de la adherencia al tratamiento. *Acta Médica Colombiana*, 43(1), 37-41.
<http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v43n1/0120-2448-amc-43-01-00037.pdf>
- Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*.
<http://investigacionsocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/103/2013/03/Estrategias-de-la-investigacin-cualitativa-1.pdf>
- Watzlawick, P. (1994). *La realidad inventada*. <https://es.scribd.com/doc/181496950/Paul-Watzlawick-y-otros-La-realidad-inventada-Como-sabemos-lo-que-creemos-saber-pdf>

Anexos.

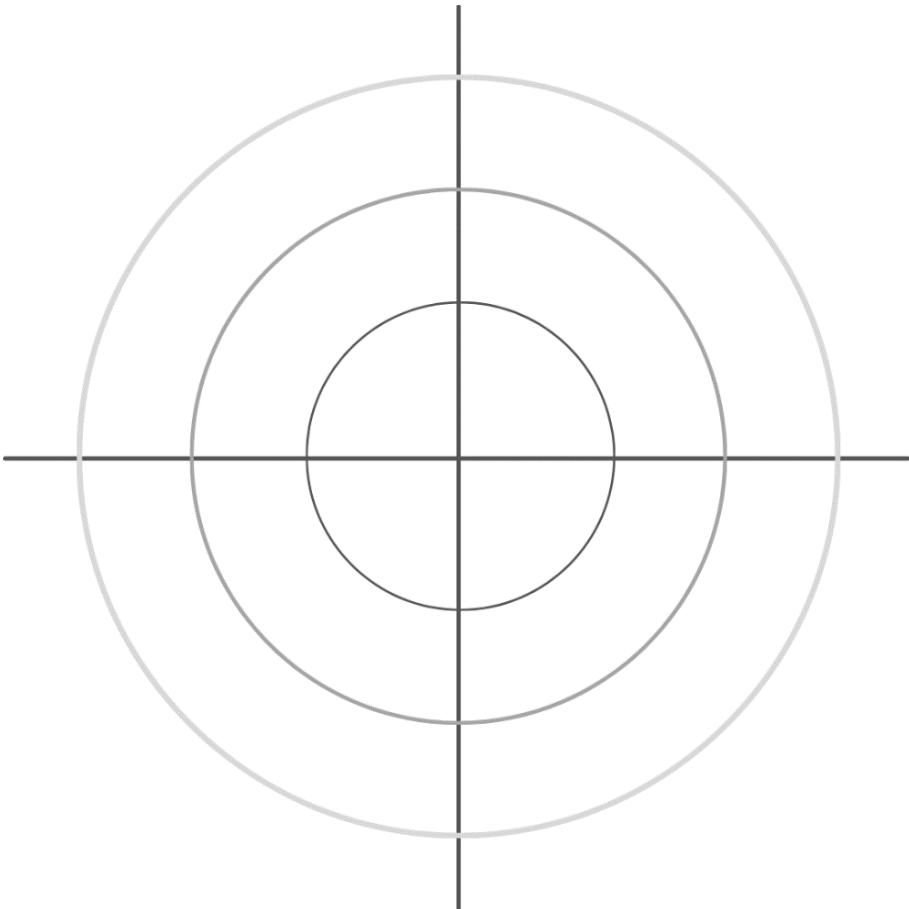
Anexo 1. Guía de entrevista.

Categoría de análisis	Subcategoría de análisis	Pregunta orientadora.
Vinculación al tratamiento	Factores sociodemográficos y apoyo social.	¿Qué edad tiene?
		¿Cuál es su nivel de escolaridad?
		¿Cuál es su nivel socioeconómico? ¿Cuál es su fuente de ingresos?
		¿Se ha sentido apoyado por parte de sus amigos, con respecto a su enfermedad?
		¿Se ha sentido apoyado por parte de su familia, con respecto a su enfermedad?
		¿Hubo cambios a nivel familiar tras el diagnóstico?
	Factores relacionados al sistema sanitario y profesionales de la salud	¿Cómo ha sido económicamente esa enfermedad para usted y su familia?
		¿Podría describirme cómo es su relación con su médico tratante?
		¿El hospital o clínica donde usted es atendido tiene algún programa para personas con DM2?
	Factores relacionados con el tratamiento	¿Necesita administrarse insulina? ¿Toma actualmente medicamentos?
		¿Qué cambios en su estilo de vida ha tenido que hacer para hacer control de la enfermedad?
		¿Si yo le preguntara a su médico, cuál es su nivel de compromiso con el tratamiento, qué cree que me respondería?
	Factores relacionados con la enfermedad	¿Hace cuánto fue diagnosticado con DM2?
¿La DM2, le ha desencadenado alguna		

		complicación médica?
		¿Tiene algún tipo de sintomatología a razón de la DM2?
		¿Tiene algún tipo de enfermedad distinta a la DM2?
	Factores relacionados con el paciente	¿Qué piensa al respecto de la enfermedad?
		¿Cuál cree que fue la causa de su enfermedad?
		¿Qué piensa al respecto del tratamiento?
Si le preguntara cuáles son los motivos que usted tiene para seguir el tratamiento. ¿Qué me respondería?		
¿Cómo era su vida antes del diagnóstico, y cómo lo es ahora?		
Emociones		¿Cómo recuerda el momento del diagnóstico? ¿Qué sintió en ese momento?
		¿Cómo tomó su familia el diagnóstico?
		Si le preguntara a _____ cómo usted se siente al respecto de su enfermedad. ¿Qué cree que me respondería? - Actualmente, ¿cómo se siente con respecto a su tratamiento y enfermedad?
		¿Cómo se ha sentido con los cambios que ha tenido que implementar en su estilo de vida?
		¿Cómo se ha sentido con la atención que le han brindado en su EPS?
		Me gustaría que me dijera, en una palabra, y pensando solo sus experiencias relacionadas con la enfermedad. cómo se ha sentido desde el momento de su diagnóstico hasta hoy.

Nota. Elaboración propia.

Anexo 2. Formato ecomapa.

Preguntas orientadoras.
¿Cuáles son los contextos más significativos para usted?
¿Cuáles son las personas más significativas para usted?
¿Qué opina usted al ver cómo está conformada su red significativa de apoyo?
ECOMAPA.

Observaciones. _____ _____ _____ _____

Anexo 4. Consentimientos informados.



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LOS LIBERTADORES
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA.

TÍTULO DEL PROYECTO.

Vivencias emocionales relacionadas al proceso de vinculación al tratamiento de pacientes con diabetes Mellitus tipo 2: Una comprensión a la luz del enfoque sistémico y la psicología de la salud.

OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Objetivo General.

Comprender a partir del enfoque sistémico y la psicología de la salud, las vivencias emocionales relacionadas al proceso de vinculación al tratamiento de tres pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 de la ciudad de Tunja, Boyacá.

Objetivos específicos.

1. Conocer las narrativas que construyen los pacientes en torno a su enfermedad y tratamiento.
2. Identificar a través de las narrativas que expresan los pacientes, las emociones que están asociadas al proceso de enfermedad y vinculación al tratamiento.
3. Analizar la relación existente entre los factores que intervienen en el proceso de vinculación al tratamiento y la vivencia emocional de los pacientes.

Procedimiento.

Se realizará una entrevista individual de única sesión, a tres personas diagnosticadas con diabetes Mellitus tipo 2. Esta tendrá una duración de aproximadamente una hora, donde se conversará en torno a las experiencias que han tenido los participantes, en relación a su proceso de enfermedad, tratamiento y recuperación de la salud.



LOS LIBERTADORES

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha. 26 de Octubre de 2021

Yo, Horiano Pizarro Fuquen identificado con C.C. 6768066 de Tunja, certifico que he recibido información clara y detallada sobre el propósito de la entrevista propuesta por la estudiante de Psicología Diana Marcela Martínez Quintero, para el desarrollo de su trabajo de grado.

Por esta razón, actúo libre y voluntariamente como colaborador(a) en la investigación: **Vivencias emocionales relacionadas al proceso de vinculación al tratamiento de pacientes con diabetes Mellitus tipo 2: Una comprensión a la luz del enfoque sistémico y la psicología de la salud**, comprometiéndome a participar con responsabilidad, honestidad y respeto, ya que tengo la claridad de que mis datos personales y experiencia de vida serán utilizados de manera confidencial, por estar protegidos bajo la Ley 1090 del 2006.

Asimismo, soy concededor(a) de que dicha entrevista será grabada y utilizada sólo para los fines académicos propuestos, razón por la cual, entiendo que la misma, no tendrá ningún fin terapéutico y por consiguiente, no tendré devolución de ningún documento. Por todo lo anterior, reconozco la autonomía y libertad que posco para retirarme u oponerme al ejercicio académico cuando lo encuentre conveniente.

Horiano Pizarro Fuquen

Firma del participante voluntario.

Documento de identidad. C.C. 6768066.

Diana Martínez

Firma de la investigadora.

Estudiante de Psicología.

Documento de identidad. C.C. 1.015.464.182.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha. 26 10 2021

Yo, Rosa Ines Moreno Damian identificado con C.C. 23488300 de Chiquinquira certifico que he recibido información clara y detallada sobre el propósito de la entrevista propuesta por la estudiante de Psicología Diana Marcela Martínez Quintero, para el desarrollo de su trabajo de grado.

Por esta razón, actúo libre y voluntariamente como colaborador(a) en la investigación: **Vivencias emocionales relacionadas al proceso de vinculación al tratamiento de pacientes con diabetes Mellitus tipo 2: Una comprensión a la luz del enfoque sistémico y la psicología de la salud**, comprometiéndome a participar con responsabilidad, honestidad y respeto, ya que tengo la claridad de que mis datos personales y experiencia de vida serán utilizados de manera confidencial, por estar protegidos bajo la Ley 1090 del 2006.

Asimismo, soy conocedor(a) de que dicha entrevista será grabada y utilizada sólo para los fines académicos propuestos, razón por la cual, entiendo que la misma, no tendrá ningún fin terapéutico y por consiguiente, no tendré devolución de ningún documento. Por todo lo anterior, reconozco la autonomía y libertad que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico cuando lo encuentre conveniente.

Rosa Ines Moreno D

Firma del participante voluntario.

Documento de identidad. C.C. 23488300

Diana Martínez

Firma de la investigadora.

Estudiante de Psicología.

Documento de identidad. C.C. 1.015.464.182.



LOS LIBERTADORES
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha. 25 de octubre de 2021

Yo, Yolanda Roberto Duarte identificado con C.C. 40024731 de Sanja certifico que he recibido información clara y detallada sobre el propósito de la entrevista propuesta por la estudiante de Psicología Diana Marcela Martínez Quintero, para el desarrollo de su trabajo de grado.

Por esta razón, actúo libre y voluntariamente como colaborador(a) en la investigación: **Vivencias emocionales relacionadas al proceso de vinculación al tratamiento de pacientes con diabetes Mellitus tipo 2: Una comprensión a la luz del enfoque sistémico y la psicología de la salud**, comprometiéndome a participar con responsabilidad, honestidad y respeto, ya que tengo la claridad de que mis datos personales y experiencia de vida serán utilizados de manera confidencial, por estar protegidos bajo la Ley 1090 del 2006.

Asimismo, soy conocedor(a) de que dicha entrevista será grabada y utilizada sólo para los fines académicos propuestos, razón por la cual, entiendo que la misma, no tendrá ningún fin terapéutico y por consiguiente, no tendré devolución de ningún documento. Por todo lo anterior, reconozco la autonomía y libertad que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico cuando lo encuentre conveniente.

Yolanda Roberto Duarte

Firma del participante voluntario.

Documento de identidad. C.C. 40024731

Diana Martínez

Firma de la investigadora.

Estudiante de Psicología.

Documento de identidad. C.C. 1015464152

Anexo 5. Guion de entrevistas.**Entrevista 1.**

Entrevistador. Buenos días, ¿cómo se encuentra el día de hoy?

Participante 1. Bien, sí señora.

Entrevistador. Bueno, para dar inicio me gustaría conocer ¿Usted de dónde es?

Participante 1. De Tunja.

Entrevistador. ¿Cuál es su estrato socioeconómico?

Participante 1. Estrato 3

Entrevistador. ¿Con quién vive?

Participante 1. Con mis hijos y mi compañera.

Entrevistador. ¿Usted cuántos años tiene? Me recuerda por favor.

Participante 1. 59

Entrevistador. ¿y su pareja?

Participante 1. 51

Entrevistador. ¿Y están casados?

Participante 1. Vivimos en unión libre.

Entrevistador. ¿Cuántos hijos tienen?

Participante 1. Cuatro

Entrevistador. Cuénteme, ¿quién es el mayor?

Participante 1. Adriana

Entrevistador. ¿Cuántos años tiene Adriana?

Participante 1. 26

Entrevistador. ¿Quién sigue?

Participante 1. Sigue Liliana.

Entrevistador. ¿Cuántos años tiene Liliana?

Participante 1. Tiene 25. Sigue Nelcy y tiene 23. Hay uno que falleció recién nacido, ese no lo conté ahí y el menor tiene 20 años.

Entrevistador. ¿Cómo se llama?

Participante 1. Cristian.

Entrevistador. ¿Viven todos juntos?

Participante 1. Sí.

Entrevistador. ¿Y ellos tienen hijos?

Participante 1. No, ¡ah sí! Nelcy tiene una niña.

Entrevistador. ¿Y ella vive con su pareja?

Participante 1. No, está separada.

Entrevistador. ¿Cuántos años tiene la niña?

Participante 1. 3 acabó de cumplir.

Entrevistador. ¿Cómo se llama ella?

Participante 1. Sara Lucía

Entrevistador. Cuénteme, ¿Cómo es la relación con ellos, con sus hijos?

Participante 1. Bien, con todos, gracias. Juiciosos todos estudiando. Pues a Nelcy le salió el tema del estudio, pero tuvo la niña y por ahí está trabajando y haciendo cursos cortos.

Entrevistador. ¿Y ellos a qué se dedican?

Participante 1. Las dos primeras son profesionales de la Uptc y Cristian está en sexto semestre de ingeniería ambiental.

Entrevistador. ¿Ellas qué estudiaron?

Participante 1. Economía las dos.

Entrevistador. ¿Cómo es su relación con su esposa?

Participante 1. A partir de un tiempo para acá ha habido como pequeños roces, dificultades.

Entrevistador. ¿A qué cree que se debe eso?

Participante 1. No sé, de pronto al genio de cada uno.

Entrevistador. ¿cuánto tiempo llevan juntos?

Participante 1. Ya llevamos ¿cómo qué? Como 26 años.

Entrevistador. Si entiendo bien, en algunos momentos hay dificultades.

Participante 1. Sí, a veces, no siempre, pero si a veces.

Entrevistador. Comprendo, me gustaría saber ¿hace cuánto a usted lo diagnosticaron con diabetes?

Participante 1. ¿Diabetes hace qué? Pues yo venía ya con el problema de azúcar alta un tiempo atrás, pero yo no le dediqué tiempo, no le paré bolas, como se dice. Me daban valores de 110-115, y dejé eso así durante unos 5 años, y ahorita en marzo que me dio el primer infarto, allá me dijeron que era diabetes.

Entrevistador. Es decir, lleva poco tiempo con el diagnóstico.

Participante 1. Si, señora.

Entrevistador. ¿Me podría contar cómo tomó su familia el diagnóstico?

Participante 1. Pues más bien con tranquilidad, como con calma, no nos encartamos, no pusimos el grito en el cielo, como normal.

Entrevistador. ¿Y usted cómo lo tomó?

Participante 1. Yo de igual manera, no me tensioné, no me exalté, ahí bien.

Entrevistador. ¿Tiene otra enfermedad aparte de la diabetes?

Participante 1. Pues cuando el infarto, el primer infarto que fue en marzo me dijeron que era hipertenso, pero tal vez debió ser a la reacción a lo de la azúcar alta, la diabetes, bueno, no sé. El caso fue que me dieron medicamento y ese medicamento me bajó tanto la tensión que ahora soy hipertenso. Por decir ahorita, terminamos la sesión de terapia y ahí la relajación y eso, y me marcó 70/40, ¡super bajo! pero al momento no me siento mareado o algo, porque hay veces que, si me da como mareo, como desaliento, a caerme, pero hoy no, y eso que estaba 70/40, ¡estoy bien!

Entrevistador. Si entiendo bien, usted hace las terapias de rehabilitación cardiaca y tiene diagnóstico de hipertensión.

Participante 1. Si, señora.

Entrevistador. ¿Tiene algunos síntomas derivados de la diabetes?

Participante 1. Sí, me da bastante sed y como cansancio, agotamiento, me gustaría quedarme solo como durmiendo.

Entrevistador. ¿Usted a qué se dedica?

Participante 1. Yo soy egresado de la Uptc de la facultad de ingeniería, escuela de metalurgia, pero yo soy independiente, trabajo independiente. Yo soy proveedor de materiales de construcción.

Entrevistador. ¿Y trabaja todos los días?

Participante 1. Sí, señora.

Entrevistador. ¿Tiene días de descanso?

Participante 1. El día domingo.

Entrevistador. ¿A qué se dedica su esposa?

Participante 1. Ella es ama de casa y por ahí, ¿cómo se llama? costura.

Entrevistador. Cuénteme, ¿cómo ha sido esa enfermedad para usted y su familia en términos económicos?

Participante 1. Pues gracias a Dios que, yo como le digo, trabajo independiente entonces pues tengo el dinero para las cosas que necesite, aunque pues en el seguro me cubren todo lo de la diabetes. Allá me dan la insulina que es lo que necesito y pues en transportes me ahorro porque yo vivo cerca entonces me vengo caminando.

Entrevistador. ¿Usted necesita administrarse insulina?

Participante 1. Si, tenía cuatro aplicaciones. ¿cuántos miligramos por decilitro tenía? Tenía 6 antes de cada comida, antes de desayuno, antes del almuerzo y antes de comida y a las 9: 00 de la noche la de acción lenta. de esa tenía 16 unidades y ya me la han reducido y ahora solo tengo 11 miligramos por

decilitro y ya con eso; sólo prácticamente me estoy regulando. ¡Ah! y una pasta roja, no me acuerdo ahorita como se llama.

Entrevistador. ¿Y cada cuanto se toma la pastilla?

Participante 1. Esa era una en la mañana, era cada 12 horas, pero ya también me la bajaron. la dosificaron mitad en la mañana, mitad en la noche. Ya el cardiólogo me dio la orden de retirar.

Entrevistador. ¿Y para la diabetes toma algún medicamento?

Participante 1. Solo la insulina.

Entrevistador. ¿La diabetes le ha generado alguna complicación médica?

Participante 1. Pues por el momento no. Me dio lo del infarto y ahí fue donde me dieron el diagnóstico, pero más allá nada. Lo que le digo, el cansancio y agotamiento, pero no más.

Entrevistador. ¿Y qué cambios ha tenido que hacer en su estilo de vida a causa de la diabetes?

Participante 1. Siempre, siempre bastante porque de por si yo consumía bastantes sopitas, me gustan bastante, harinas, que carne gorda, dulces le pegaba, club Colombia por ahí seguidito, y tocó ahí corte.

Entrevistador. ¿Fue fácil cambiar esos hábitos?

Participante 1. ¿Ahí sí uno ante la obligación qué hace? La verdad no me costó mucho.

Entrevistador. ¿Y en su familia lo apoyaron para hacer esos cambios?

Participante 1. Sí, claro.

Entrevistador. ¿Y en su familia cambiaron esos hábitos también, lo acompañan o solo para usted?

Participante 1. Si, si, bastante, de hecho, azúcar en la casa ya no se usa.

Entrevistador. Es decir, todos han incorporado las recomendaciones.

Participante 1. Si, todos.

Entrevistador. ¿En ese orden de ideas, se ha sentido apoyado por parte de sus amigos con respecto a su enfermedad?

Participante 1. Sí, han sido bastante comprensivos y pues tienen actitud de respaldo porque por decir, no encontrábamos y que una cervecita que cualquier vaina, y entonces yo les cuento, yo en vez de eso me tomo una botellita de agua, me comprenden.

Entrevistador. En ese orden de ideas, me gustaría que pensara en contextos importantes para usted, por ejemplo, su familia, su trabajo, la clínica...

Participante 1. Pues sería familia, trabajo y amistades y yo de todas maneras soy demasiado creyente.

Entrevistador. ¿Un contexto podría ser entonces la iglesia?

Participante 1. Si, señora.

Entrevistador. ¿Y cuáles son las personas más significativas en cada uno de esos contextos, digamos en el trabajo quién es la persona más significativa y cercana para usted?

Participante 1. Pues uno trabaja, pues por la subsistencia de uno y la subsistencia de la familia, y yo soy de un corazón muy noble y me gusta apoyar a la gente. Entonces cuando hay la oportunidad de brindarles un plato de comida, un billete o algo, yo soy muy sociable en ese sentido.

Entrevistador. ¿Y tiene colaboradores a su cargo?

Participante 1. No, nosotros trabajamos en familia, nunca me ha gustado. Pues un tiempo si tuvimos trabajadores, pero entonces eso es un complique y más ahorita por la situación que se está dando, la pandemia y todo eso, entonces trabajo con la familia ahí, lo que se pueda hacer.

Entrevistador. ¿Y con quién trabaja ahorita?

Participante 1. Por ahí ahorita en épocas de descanso o fines de semana mi hijo me colabora.

Entrevistador. ¿Y de resto quién más?

Participante 1. Obviamente las muchachas en las cuestiones de arreglo de casa, de cuidado de ropa, de alimentación.

Entrevistador. ¿Y en su familia con quién cree que tiene el vínculo más cercano?

Participante 1. Pues actualmente a Dios gracias mis padres existen, entonces mis padres y obviamente con mis hijos y pues obviamente los hermanos, pues la familia.

Entrevistador. ¿Y de su núcleo familiar, de las personas con quien usted vive con quién cree que tiene el vínculo más cercano?

Participante 1. Pues siempre me la pasó bien ahí con los chicos, con la mamá de los chicos, por ahí prácticamente se conversa muy poco ya, lo que le digo, para evitar situaciones tensas entonces evitamos hablar, porque se agrava la situación. Generalmente se reacciona mal, ella tiene una formación académica básica apenas y entonces se crea una diferencia de conceptos y de criterios ante las cosas.

Entrevistador. ¿Y hace cuánto sucede esa situación?

Participante 1. Pues eso ya lleva, ¿por ahí qué? Unos 5 años tal vez.

Entrevistador. ¿Tras el diagnóstico hubo algún cambio en esa relación?

Participante 1. No, eso está en la misma tónica porque ahorita yo me exalto mucho, me da malgenio por cosas muy simples, muy sencillas, entonces como yo le dije, es preferible estar uno así, mantener como un distanciamiento, digámoslo así, una barrera, o sea, no, lo que yo le digo, si nos ponemos a conversar llegamos al término de no concurrencia de conceptos.

Entrevistador. ¿Cuándo usted dice que se exalta es con ella o con todas las personas?

Participante 1. Pues generalmente con todas las personas, con absolutamente todas. Si voy manejando y un señor no hace lo que debe hacer, por ejemplo, colocar las direccionales, me exalto bastante. Ahora los fines de semana aquí en Tunja está terrible, por donde vaya uno hay unos trancones terribles.

Entrevistador. ¿Y siempre ha sido así su estado de ánimo?

Participante 1. No, antes no era así, yo era calmado, relajado. Estuve un tiempo en Bogotá trabajando a nivel urbano y duré como 6 años y al comienzo pues si me exaltaba, pero entonces llega uno y dice: pues si está el trancón ¿qué podemos hacer? hacerle porque qué más.

Entrevistador. ¿Es decir que desde esa época se exalta con mayor facilidad?

Participante 1. Sí, me exaltaba más pero ahorita no, a raíz de lo del infarto que tuve si he notado más eso, como que me hace mal y también para el azúcar. Pero afortunadamente yo me he dado cuenta entonces trato de como se dice, controlarme, tomar aire, estar tranquilo.

Entrevistador. ¿Y le funciona hacer eso?

Participante 1. Sí, claro. Manejo eso de: pensar antes de hablar, que sea la mente la que dirija la boca y no al contrario.

Entrevistador. Han sido estrategias de gran ayuda. Ahora cuénteme, ¿de sus hijos, con quién cree que tiene el vínculo más cercano?

Participante 1. No, con los hijos, si con todos bien.

Entrevistador. Y si yo le preguntara, por ejemplo, a su hija Liliana cómo usted se ha sentido con respecto a lo de su tratamiento, ¿qué cree que ella me respondería?

Participante 1. A ver, ¿qué le digo? En los términos que yo le referenciaba, pues ella es muy bien, porque ella actualmente es la persona que esta prácticamente a cargo de mis cuidados, de medicamentos, de citas médicas, de aplicación de las insulinas, de todo lo que tiene que ver con el cuidado.

Entrevistador. ¿Solo ella?

Participante 1. Pues por el momento ella no está trabajando ahorita, pues está trabajando, pero en cuestiones, así como temporales. Adrianita si está trabajando y no le queda tiempo y está terminando especialización y Eliana ahorita a Dios gracias entra a trabajar con una multinacional ahorita a partir del 1 de noviembre. Ella también terminó especialización en la Uptc. Todos son juiciosos, aplicados.

Entrevistador. ¿Y entonces, qué cree que ella le respondería acerca de cómo ha estado su ánimo tras ese diagnóstico?

Participante 1. Pues de pronto un poquito, ¿cómo yo le dijera? Como un sentimiento de nostalgia, pero bien, de todas maneras, ellas continúan aún mejor porque a raíz de eso como que ha hecho allegar a la familia.

Entrevistador. ¿Se han unido?

Participante 1. Si porque antes yo siempre tenía por ahí la costumbre con los compañeros de echar unas polas, entonces siempre eso ayuda ahí al maltrato intrafamiliar.

Entrevistador. Es decir, eso ha cambiado y la enfermedad les ha ayudado a unirse.

Participante 1. Sí, exactamente.

Entrevistador. ¿De sus amigos con quién cree que tiene el vínculo más cercano?

Participante 1. Pues Carlos y Ernesto son buenos amigos. Pero tengo varios con los que salimos a compartir algo y tomar algo.

Entrevistador. ¿Usted cuál cree que fue la causa de su enfermedad?

Participante 1. Descuido y capricho mío, porque donde yo le hubiese parado bolas al preaviso que me dio el mismo organismo de azúcar alto y hubiera accedido al tratamiento que me sugerían en ese momento, pues no andaría en estas. Yo no le paré bolas ni me tomé un resto de medicamentos; es que era pura pasta y tengo el criterio de que la medicina, la droga química no comulgo mucho con eso, uso mucho lo alternativo, natural, homeópata, entonces no le paré bolas a las pastas. Por ahí duraron un resto de tiempo y por allá encontré una manota en el cesto de la basura, y la verdad yo no le paré bolas a eso, y las enfermeras: ¡uy, prediabético! y qué, no le pare bolas ni me acomplejé por eso. Yo llegué a tener valores de 480 hasta 500, pero igual, si sentía un poco de mareo, de desvanecimiento, pero de resto no, normal, ya a lo último si empecé a sentir la isquemia, la opresión, la falta de aire, de oxigenación y ya me empecé a preocupar, pero entonces nunca me imaginé que era cuestión del corazón, yo me imaginaba de pronto el pulmón, pero yo nunca fume, pero en las celebraciones y tomatas uno es más fumador pasivo por los recintos cerrados, entonces eso hace como efecto de pasivo, entonces yo le echaba más culpa al pulmón y decía: ¡ash me quedé sin aire en el pulmón, eso es por falta de ejercicio! pero tampoco he sido así; una vez si alcancé a pesar 98 kilos, pero eso fue muy poco tiempo, empecé a hacer ejercicio físico y regulé mi peso, estaba normal, 78 y mido 1.73- 1.74, entonces estaba dentro del rango, pero yo no le paré bolas a eso y cuando me dio el infarto.

Entrevistador. ¿Y ahorita hace actividad física?

Participante 1. Si, claro, yo salgo a caminar todas las mañanas, y aparte de eso la terapia de recuperación acaba, como es asistida, monitoreada, pues ahí uno acaba, uno tampoco puede salir a hacer ejercicio a la loca como se dice, sin ningún control.

Entrevistador. ¿Usted cómo cree que era su vida antes de ese infarto y su diagnóstico de diabetes y ahora como es?

Participante 1. No, si ha habido un cambio pues digámoslo casi radical, por lo que le digo, ya uno pues quiere estar con los compañeros, pero digamos si estábamos allá hasta las 9-10 de la noche, ahora los

acompañó a compartir un rato por ahí hasta las 7-8 y ellos se toman sus polas y yo me tomo por ahí unas botellitas con agua y hasta ahí. de igual forma como ellos compran, yo compro el agua y chao.

Entrevistador. Si entiendo bien, se ha cambiado esa forma de celebrar.

Participante 1. Sí

Entrevistador. ¿Ese cambio le ha afectado?

Participante 1. No, como yo le digo, pues antes a Dios gracias uno se siente bien, en el sentido de salud, y mentalmente y prácticamente a raíz de eso obviamente uno se ve obligado a hacer actividad física, antes si no era así. Claro que en principio nosotros fuimos criados en el campo y nos gusta bastante madrugar. 4-5 de la mañana está uno de pie. mientras por decir que los chicos de hoy en día, pues no hablando de mis hijos, pero en general se ve que como dice uno: ¡nacieron cansados, una pereza! el día sábado se levantan por ahí 10-11 y cansados.

Entrevistador. ¿y cómo se sintió cuando le dijeron que tenía diabetes? ¿Qué sintió en ese momento?

Participante 1. Lo que yo le digo, yo no lo tome, o sea, echarme a la pena, pues diabetes, hay la medicina, el personal preparado para la asistencia, pues listo, cero.

Entrevistador. Usted tiene controles con un médico, ¿sí?

Participante 1. Si, tengo mis controles cada dos meses.

Entrevistador. ¿Cómo es su relación con ese doctor?

Participante 1. No, bien, gracias a Dios bien, ahí sí muy éticos, muy profesionales, a Dios gracias quedamos todavía, no es por echarme flores, pero quedamos todavía personas de esos buenos conceptos, de buena moral y esas cosas.

Entrevistador. ¿Y en la clínica donde usted va, tienen algún programa para diabéticos?

Participante 1. Pertenezco a Sanitas y por el momento no, pero más adelante quiero indagar y hacerme participe de programas de atención y cuidado, lo que es nutrición, todo. porque vea que, por ahorita, por decir, pues yo siempre he sido como se dice goloso, me gusta bastante comer, yo entro a una cafetería y me provocaba que un paquete, que un herpo, que un yogurt, así estuviera tomando, y ahorita todavía tengo eso, entro a una cafetería y quiero comerme ese yogurt, ese paquete, pero de vez en cuando me como mi paquete y así y es que prácticamente han sido 7 meses.

Entrevistador. Si yo le preguntara a su médico, usted cuánto está comprometido con su tratamiento, ¿qué cree que me respondería?

Participante 1. No, pues obviamente yo estoy comprometido ciento por ciento.

Entrevistador. ¿Cuáles son sus motivos para estar tan comprometido con su tratamiento?

Participante 1. Mis motivos más que personales son familiares. dejar a mis hijos organizados, hacer una buena empresa, con un buen salario, remunerados de acuerdo a sus capacidades y condiciones y

obviamente pues que se halle una estabilidad laboral, y pues los programas que tengan de capacidad y asistencia al empleado.

Entrevistador. Si entiendo bien sus motivaciones son su familia y su estabilidad económica. ¿Es así?

Participante 1. Si

Entrevistador. Me parece interesante la tranquilidad que me menciona con respecto a su enfermedad.

Participante 1. Sí, pues a ratos me da nostalgia, pero me digo: ¿nostalgia por qué? Si Dios quiso y me dio la oportunidad de seguir adelante, ¿por qué no cambiar y pues obviamente estar dentro de ese camino que nuestro Dios nos ha colocado? Es una prueba.

Entrevistador. Cuando usted dice nostalgia, ¿a qué cree que se debe esa nostalgia?

Participante 1. Nostalgia por lo que le digo, la celebración que con los compañeros. Precisamente ayer, antier me llamó un compañero, un metalúrgico a pedirme un concepto técnico por ahí, entonces comentamos que cuál sería la próxima celebración de tomarnos una pola y pues cuando Dios quiera. Yo ahorita no puedo, no debo tomarme una cerveza, pero podemos estar.

Entrevistador. Claro, compartir. Puedo percibir que es cercano a sus amigos. ¿Es así?

Participante 1. Si, claro, lo que le digo, desde pequeño he sido una persona muy dada como a que la gente le guarde ahí el respeto a uno, un aprecio especial.

Entrevistador. Es decir, ¿cree que tiene una buena red de apoyo?

Participante 1. Si claro, todos, mis hijos y todo han estado ahí apoyándome en mi tratamiento.

Entrevistador. ¿Usted qué piensa acerca del tratamiento?

Participante 1. Pues obviamente es difícil, es un cambio como le decía, radical, pero también uno se da cuenta que es por el bienestar propio. La medicina ha avanzado mucho y uno sabe que si tiene los cuidados que le indican pues uno va a estar bien. Es mientras uno se adapta y ya, todo es un proceso.

Entrevistador. Ahora bien, ¿qué piensa al respecto de la enfermedad?

Participante 1. Pues yo pienso que la enfermedad es sinónimo de no haber cuidado la salud por mucho tiempo, de pronto el cuerpo a uno le da señales que uno no le presta atención y ahí es donde se desarrolla la enfermedad. Pero también es una prueba de Dios y uno tiene que seguir adelante y aprender de eso. Lo que le decía, hasta eso ha traído en parte cosas buenas entonces es cuidarse. ¿cómo le digo yo? Es también como con la actitud que uno lo toma. Hay que estar tranquilo y confiar que están los profesionales para ayudarlo a uno.

Entrevistador. Por último, en una palabra, por favor, dígame ¿cómo se ha sentido desde el momento del diagnóstico hasta hoy?

Participante 1. Pues todo el concepto y lo disiente de la palabra de cuatro letras: Bien. yo creo que muy bien, así de sencillo. Me ha traído cosas muy positivas, eso ha hecho que digamos que uno se de cuenta de

esas cosas que se estaban llevando mal, eso lo que le digo, ha sido en términos metalúrgicos, un imán, atrae todas las cargas a un punto de encuentro en salud.

Entrevistador. Muchas gracias por su participación, me ha sido de gran ayuda para mi investigación.

Participante 1. Con gusto.

Entrevista 2.

Entrevistador. Buenos tardes, ¿cómo se encuentra el día de hoy?

Participante 2. Bien, gracias.

Entrevistador. Para dar inicio me gustaría que me contara, ¿usted cuántos años tiene?

Participante 2. Yo tengo 72 años.

Entrevistador. ¿y con quién vive?

Participante 2. Vivía con mi hijo y ahora vivo sola.

Entrevistador. ¿cuántos hijos tiene?

Participante 2. 1 un hijo y un Nieto

Entrevistador. ¿y cuántos años tiene su hijo?

Participante 2. tiene... ¡ay, ya se me olvidó! tiene 34 años.

Entrevistador. Él tiene un hijo ¿cierto?

Participante 2. Sí, él tiene un hijo.

Entrevistador. ¿y él es casado?

Participante 2. Sí.

Entrevistador. ¿Cuántos años tiene su nieto?

Participante 2. Mi nieto tiene 6 meses, es un bebecito chiquito.

Entrevistador. Cuénteme, ¿tiene usted pareja?

Participante 2. Mi esposo murió.

Entrevistador. ¿Hace cuanto falleció?

Participante 2. Él murió hace 16 años.

Entrevistador. ¿Y estaban casados?

Participante 2. No, vivíamos en unión libre.

Entrevistador. ¿y cuánto tiempo vivieron juntos?

Participante 2. 18 años.

Entrevistador. Cuéntame, ¿cómo es su relación con su hijo?

Participante 2. Buena.

Entrevistador. ¿Hace cuanto no viven juntos?

Participante 2. Hace dos años, casi 3 años. Vivíamos los dos aquí.

Entrevistador. ¿Y por qué se fue de la casa?

Participante 2. Porque se casó. ¿y cómo se decía? El que se casa quiere costalito para la plaza, entonces se fue.

Entrevistador. ¿Y hablan seguido?

Participante 2. Todos los días, todos los días dos, tres y cuatro veces.

Entrevistador. ¿Cómo es su relación con la esposa de su hijo?

Participante 2. Digamos regular

Entrevistador. ¿a qué se refiere con regular?

Participante 2. ¡Ay!, porque en la vida se presentan problemas entonces digo regular.

Entrevistador. Comprendo. Cuéntame, ¿hace cuánto le diagnosticaron diabetes?

Participante 2. Hace 16, 17, ya van a ser 18 años.

Entrevistador. Fue hace bastante tiempo.

Participante 2. Sí, fue antes de morir él, yo ya tenía diabetes.

Entrevistador. Es diabetes tipo 2, ¿verdad?

Participante 2. Sí, sí.

Entrevistador. ¿Y le toca administrarse insulina?

Participante 2. Sí, me tocó. Si es tipo dos porque yo sí estoy segura bien. Si a mí me toca insulina.

Entrevistador. ¿Y toma algún medicamento aparte de la insulina para la diabetes?

Participante 2. Si, me estoy tomando estas pastillas. Ácido acecitalsilio, dapagliflozina.

Entrevistador. ¿Usted tiene otro diagnóstico médico, es decir, a parte de la diabetes tiene alguna otra enfermedad?

Participante 2. Todo pues hasta ahora gracias a Dios yo creo que no. Mira, esta es la insulina.

Entrevistador. ¡Ah sí! ¿y cada cuanto se la aplica?

Participante 2. 18 por las noches, todas las noches. De esta me tomo dos y de las otras si de a una.

Entrevistador. Cuando le dijeron que tenía diabetes, ¿usted cómo lo tomó?

Participante 2. Pues ahí, como que no lo creía, porque yo no sé, no me sentía así muy mal.

Entrevistador. ¿Entonces cómo supieron que tenía diabetes?

Participante 2. Por unos exámenes que me hicieron, porque ¿cómo le digo?, yo empecé a no dormir, pasaban días en que no. Él estaba enfermo y yo de la angustia y de todo eso empecé a sentirme mal, entonces yo no dormía, no dormía, pasaban 8 días, 15 días y dormía, pero por ahí una hora o dos horas y ya mejor dicho ya me estaba quedando ciega y entonces empezaron a hacerme exámenes a ver qué era lo que me pasaba y ahí fue cuando se descubrió la diabetes.

Entrevistador. ¿Puedo saber de qué estaba enfermo su pareja?

Participante 2. Él tenía, ¿cómo era? Cirrosis, porque él tomó desde muy joven. ¡Lo que es uno ponerse a tomar desde muy joven! y él por ahí a los 16, 17 años empezó a tomar y tomar.

Entrevistador. ¿Cuánto tiempo duró enfermo?

Participante 2. Como unos cuatro o cinco años. Hizo tratamientos y tratamientos y ya no había remedio más que hacerle.

Entrevistador. Y cuando a usted le diagnosticaron la diabetes, ¿cómo tomó esa noticia su esposo?

Participante 2. Mi esposo pues le dio sí un poquito duro, pero como él estaba ya muy enfermo entonces no fue mucho lo que él le tomó de importancia.

Entrevistador. ¿y su hijo?

Participante 2. Mi hijo cómo que no... tenía 16 años y no sabía cómo era la enfermedad, ni nada, entonces ahí.

Entrevistador. ¿Hubo cambios a nivel familiar después de conocer que usted tenía diabetes?

Participante 2. Pues no cambió nada por lo que le digo, Mauricio no entendía bien y mi esposo estaba muy enfermo. Yo más bien lo enfrenté sola, pues si estaban pendientes que no comiera dulce pero no más y pues cómo todos estaban lejos, ¿pues ahí sí qué se hace? Entonces no, me regañaban, pero pues yo me quedaba calladita.

Entrevistador. ¿Y usted recuerda cómo se sintió en ese momento del diagnóstico?

Participante 2. Pues yo no sabía bien cómo era obviamente la diabetes, entonces no la tomé con mucha importancia, como ahí normalita, entonces no me dio así duro.

Entrevistador. ¿Y en el médico le explicaron de qué trataba la diabetes?

Participante 2. Pues ahí más o menos me explicaron, pero como que yo no le tomo mucha importancia, pero sí es importante tomarle a eso y yo no pensé que fuera tan importante, pero sí es.

Entrevistador. ¿Y ahorita va a controles médicos?

Participante 2. Me toca estar en controles, todos los meses tengo que ir. Ayer me tocó un examen de sangre para mirar los niveles de glucosa y el de orina también, creo que ya está como el riñón, se está afectando.

Entrevistador. Sí yo le preguntara a su médico cuánto está usted comprometida con su tratamiento, ¿qué cree que me respondería?

Participante 2. Pues yo no sé bien bien que le diría. Pues me ha dicho que vamos como bien, pero me ha dicho que me tengo que cuidar mucho el riñón, pero que vamos como bien porque antes era más insulina, pero era de otra clase, y luego, me la cambiaron a está y me tocaba 2 veces me tocó ayudarla con otra y

ahora no tengo sino está, entonces que vamos como bien, pero quién sabe cómo será bien, porque así dicen los médicos, dicen que vamos como bien y no se sabe.

Entrevistador. ¿y cuáles son las cosas que le han dicho que es el tratamiento, o sea, qué recomendaciones le han dado?

Participante 2. Pues no comer azúcar, no comer harinas, ¡ay Dios! eso es no comer.

Entrevistador. ¿Y eso le ha afectado?

Participante 2. Pues a veces, al principio me afectó mucho porque todos eran, ¡no coma eso, con azúcar! me veía y yo ¡ay! y entre más me decían, como que yo más metía la cabeza, más se antojaba.

Entrevistador. ¿Y ahorita cómo vive esa situación?

Participante 2. Pues ahorita ya como que no me llama mucho la atención así el azúcar, cuando se ponen a molestarme entonces ahí sí me da por uno.

Entrevistador. Entonces cuénteme, ¿cómo es un almuerzo suyo normal?

Participante 2. Pues un almuerzo son verduras, cualquier verdura: habichuelas, arvejas, bueno todo eso, espinacas. La coliflor y el brócoli si poco. Antes me decían que sí, pero ahora poco como eso porque yo veo que ese siempre me hace como daño. ¿Qué más le digo yo? carne, ahora no debo comer carne, pues antes no era que comiera mucha carne. En la carne Kiara me ayuda, ella está pendiente que le de la carne, entonces por ese lado tengo quien me ayude.

Entrevistador. ¿Y usted cocina?

Participante 2. Sí, pero hay veces que salgo a comer por allá, pero con la pandemia uno no debe salir. Como un año sin salir de aquí, ya cuando uno sale a la calle como que se siente todo raro, como con miedo. Qué día me fui hasta aquí la nueva EPS y me di unos tronchones en los pies, y me viene otra vez de pie y no alcancé.

Entrevistador. Es lejos.

Participante 2. Sí, me tocó coger carro.

Entrevistador. ¿Usted es de aquí de Tunja?

Participante 2. No, yo soy de Chiquinquirá.

Entrevistador. ¿Y cuánto lleva viviendo aquí en Tunja?

Participante 2. Aquí ya llevo como 30 años. Nos vinimos cuando Mauricio estaba chiquitico.

Entrevistador. Cuénteme, ¿cuál es su nivel de escolaridad?

Participante 2. Yo terminé mi bachillerato y ahí me quedé porque fue cuando tuve a Mauricio.

Entrevistador. Siguiendo con el tema de la EPS, ¿usted sabe si ahí en el hospital donde usted va a la clínica, hay algún programa de diabetes?

Participante 2. Si lo hay.

Entrevistador. ¿Y usted está inscrita a eso?

Participante 2. Sí, yo iba, pero dejé de ir un tiempo porque me tocaba hacer cosas, entonces no podía ir y ya me perdí de eso.

Entrevistador. ¿y de que trataba?

Participante 2. De ir a hacer ejercicios y cosas, pero ya no, ya ahora otra vez están como volviéndolos a hacer, pero yo no he ido. Por la pandemia a uno le da cosa, entre menos se reúna con personas como que es mejor. Yo antes salía y viajaba y ahora no, ahora me quedo aquí encerrada.

Entrevistador. ¿Y cómo se ha sentido últimamente con el hecho de estar más en casa?

Participante 2. Pues a ratos le da a uno mucho miedo, pero otros ratos dice uno no, ¡ay, toca salir, toca salir, porque esto ya está muy desesperado! Ya toca hacer algo diferente.

Entrevistador. Hablando de su hospital, ¿cómo le ha ido allá, cómo es el trato de los médicos?

Participante 2. Bien, muy bien.

Entrevistador. ¿Y cómo es su relación con su médico, la persona con la que tiene los controles?

Participante 2. Pues a veces me lo cambian porque no voy en las fechas porque no hay citas, pero con ella (es una doctora) con ella ya llevo varios años y como bien, si, me explica todo lo del tratamiento. Es la doctora Lina Paola.

Entrevistador. ¿Usted cuál cree que fue la causa de su enfermedad?

Participante 2. Pues yo no sé, pues en mi familia no había casi, pues mis cuñadas, pero eso ya es diferente. Ellas sí tenían diabetes, por decir Fabiola, las primas, todos tenían diabetes y ahora como que ella también tiene diabetes.

Entrevistador. Es decir, ¿usted cree que es por genética?

Participante 2. No, tal vez fue porque yo no me alimenté bien después de que llegó mi hijo, yo me alimentaba como yo no sé, cómo que no comía muchas verduras y siempre se me presentó una cirugía y pues no tuve mucho cuidado. Me tocaba tomarme unas pastillas, algo como de hierro y esas me caían tan mal y no me las tomé, y entonces yo creo que por eso fue. Me dio algo como de nutrición, cuando le faltan a uno vitaminas y entonces yo creo que fue eso, por no haberme tomado esas pastillas.

Entrevistador. ¿Y antes de su hijo se alimentaba mejor?

Participante 2. Pues sí, sino que con el niño yo no sé cómo fue, no me alimentaba como bien, yo creo, o la alimentación no era como debe ser porque me mandaron a comer hígado, todas esas cosas, vísceras,

Entrevistador. ¿para los glóbulos rojos?

Participante 2. Sí, para eso, y yo no comía nada de eso, no me gustaba eso. Por eso digo que me alimenté mal. Yo vivía con mi esposo y el niño, los tres, pero entonces a mí no me gustaba el hígado que era lo que

me mandaban comer: hígado y pajarilla, que para la sangre y el hierro y a mi no me gustaba eso tampoco. Y ahora mucho menos puedo comer eso, lo que son vísceras, carnes rojas, embutidos, y las carnes rojas ya hace tres meses que me prohibieron la carne roja por el riñón, que no lo debo esforzar mucho, entonces que tengo que comer algo así suave.

Entrevistador. Bueno, hablando de otra cosa, me gustaría que me contara acerca de su actividad laboral.

Participante 2. Pues yo trabajo aquí en la casa porque eso es trabajo, porque no tengo empleada. Yo arreglo la casa, y me toca hacer otras cosas. Dicen que no es trabajo, pero sí es trabajo.

Entrevistador. Claro que sí, ¿y cuáles son sus ingresos económicos?

Participante 2. Pues, ¿cómo le digo yo? Una pensión y dos arriendos.

Entrevistador. ¿Cómo ha sido económicamente esa enfermedad para usted?

Participante 2. Pues bien, normal, pues allá me dan mis medicamentos y lo de la insulina también allá, entonces pues por ahí que uno necesite una jeringa o algo así pero no es muy caro, entonces bien, normal.

Entrevistador. ¿Cuál es su estrato socioeconómico?

Participante 2. Aquí es estrato tres.

Entrevistador. Comprendo, entonces en ese sentido, me gustaría que me contara ¿cuáles son sus contextos más importantes? Por ejemplo, la iglesia, su familia, trabajo, amigos...

Participante 2. Pues amigas por acá hay unas poquitas.

Entrevistador. ¿y se reúnen, se encuentran para hablar?

Participante 2. De vez en cuando por teléfono no más, porque tanto ellas como uno que le tiene miedo eso. A una vecina de allá que es ahijada, a ella le dio COVID, entonces nos tocó aislarnos completamente y allá nos hacíamos ¡qué hay! ¡Adiós!, no más.

Entrevistador. ¿y cuál es su amigo más cercano?

Participante 2. Pues así cercano pues la vecina y la otra que queda por allá arribita, del resto ¡Buenos días!, ¡buenas tardes! y no más.

Entrevistador. ¿Y con su familia? ¿Tiene hermanos?

Participante 2. Uy, sí, tengo 8 hermanos.

Entrevistador. ¿y cómo es su relación con ellos?

Participante 2. Bien con todos, nos llamamos casi todos los días y cuando no es con uno es con el otro, y a veces vienen mis sobrinos a visitarme porque ellos tampoco salen mucho

Entrevistador. También se han cuidado mucho con la pandemia.

Participante 2. Sí, un cuñado se murió del COVID, a él le dio el COVID y entonces el uno era, por decir mi hermana dice: yo fui la que lo lleve porque fui al odontólogo, y a ella le dio algo, creo que le dio el

COVID pero fue suave y lo mismo a mi sobrina y a él sí le dio duro, a él si lo hospitalizaron y duró como dos meses hospitalizado y falleció.

Entrevistador. Sí, el COVID, ha sido una situación muy compleja para todo el mundo. Retomando al tema de la diabetes, me gustaría que me dijera, ¿usted qué piensa al respecto del tratamiento?

Participante 2. Pues ¡ay! Uno a veces se aburre porque uno no puede comer de todo, como decir, qué día me dio por comerme un cuchuco de trigo ahí con un pedazo de hueso y me sentó más mal. Por la noche bueno llegué aquí, la comida, no comí nada, me tomé fue mis pastillas, me acosté a dormir y por ahí a la 1:00 de la mañana, córrale para el baño a vomitar y vomitaba y vomitaba y vomitaba. Al otro día medio maluca, me tocó tomarme un poco de pastillas y un pedialyte y hierbas, agua de hierbas, para poderme mejorar porque ¡oh Dios!

Entrevistador. Fue una situación dura.

Participante 2. sí porque también no puedo comer sopas, me prohibieron las sopas y entonces yo voy y hago ese chistecito de comerme esa sopa.

Entrevistador. ¿Le gusta hartito la sopa?

Participante 2. No, no es que me guste hartito, sino que a veces uno se aburre de tanta comida así, entonces dije pues una sopita, vi que los otros estaban allá comiendo eso, pues dije: voy a comerme una sopa de esas, ¡pero no, qué error tan grande!

Entrevistador. ¿Usted hace alguna actividad física?

Participante 2. ¿Cómo le digo? si me toca caminar, a veces no salgo a caminar, pero me toca suba, baje escaleras y a la alcoba y al patio, y así camino. Ahí hago el ejercicio, pero no salgo a la calle. Pues así me tocó el año de la pandemia, más del año, haga ejercicio así porque yo no salía, salía ahí a la puerta y al balcón, pero no más.

Entrevistador. Sí, ese balcón es muy amplio.

Participante 2. Sí, ahí era donde salía a distraerme un rato porque yo estaba sola, mi hijo no estaba ya.

Entrevistador. ¿Y usted cómo tomó esa noticia, es decir, cuando su hijo se fue?

Participante 2. Pues siempre le da a uno duro, por más que sea, porque yo estaba apegada a él. Claro que, él me llama y toda la cosa, pero ya no es igual, y él viene, pero llega y ¡qué hay mami, chao mami! Eso es todo lo que, y le digo: ¿Pero no va a hablar nada?, no, es que tengo afán, tengo que irme a no sé qué, tengo qué, entonces nada. O viene y trae un poco de herramientas, cosas y las deja ahí y después vuelve por ellas, pero es más así, ¿que nos pongamos como antes a hablar algo?, no. Si hablamos es por teléfono, pero muy poquito

Entrevistador. ¿y los fines de semana se encuentran?

Participante 2. A veces, a veces. A veces no lo veo ni en película, ahí sí que menos me llama el día domingo y el día sábado, y más con el bebé, menos.

Entrevistador. Comprendo, ¿y en ese orden de ideas, quien cree que es su persona más cercana?

Participante 2. Así que hablemos, con mi hermana por teléfono, duramos una hora, dos horas hablando, o con una amiga de Bucaramanga nos llamamos y duramos una hora, dos horas, y ¡ay, ya nos pasamos de la hora!

Entrevistador. Bueno por eso es importante también, tiene con quien hablar. ¿sus padres viven?

Participante 2. Mi papá murió hace como 5 años y mi mamá está bien, tiene 92 años.

Entrevistador. ¿Y se comunican, hablan, se ven?

Participante 2. De vez en cuando nos hablamos porque a veces ella no se siente bien, no le gusta hablar, hablamos muy poquito, cuando está bien más o menos bien hablamos, pero claro que todos los días nos enteramos cómo está, yo llamo al uno, al otro.

Entrevistador. ¿Y ella dónde vive?

Participante 2. En Bogotá

Entrevistador. ¿Y con quien vive?

Participante 2. Con mis hermanos. Es ahí digamos como una manzana y todos viven ahí, llegan a la casa. Viven tres en la casa y los otros llegan ahí todo el día a ver cómo está.

Entrevistador. Es decir, usted es la única que vive lejos de ellos.

Participante 2. Sí, yo soy la única que vivo lejos, toda la vida me ha pasado eso. Ellos vivían en Chiquinquirá. Se fueron para Bogotá, llegaron a Bogotá y yo me vine para Tunja.

Entrevistador. Claro, ¿cuál es su hermano más cercano?

Participante 2. Con la que más hablamos es Elena.

Entrevistador. Elena es la que me dice que hablan horas y horas.

Participante 2. Sí, de a dos horas, sí. Ella sí tiene dos hijos, entonces hablamos más porque ellos están trabajando entonces ya queda libre.

Entrevistador. Sus hijos ya están grandes ¿sí?

Participante 2. Sí, también están grandes entonces ya queda librecita. Pero mira que la diabetes, me decían que era por comer muchos dulces.

Entrevistador. ¿y cree que sí comía muchos dulces?

Participante 2. No, yo no sé, yo digo que fue por eso porque después de que tuve a mi hijo no me alimente bien tal vez porque debería ser otra alimentación, o debí haberme tomado esas pastillas, entonces por ahí sigo pensando que por ahí fue.

Entrevistador. ¿Y usted que piensa acerca de esa enfermedad?

Participante 2. Pues que es horrible, porque ya he visto, mejor dicho, ya me han contado familias que se han muerto así. Como por decir la prima de Fabiola, ella era más joven que yo, y estuvimos hablando y que tenía una raíz de una mata, yo no me acuerdo como se llama, y yo la compré y me quedé mirándola y dije: yo no me tomo eso, y la dejé por ahí, no me la tomé, pero ella sí siguió tomando esa porque decía que le bajaba, pero ella tal vez no se miraba como estaba, sino ella seguía tomando esa hierba y le dio algo y ¡pum! Cayó en el baño, nadie la auxilió y murió, y yo digo que eso es, como yo no sé, porque si ellos se cuidaban desde pequeños, pero tal vez era que la mamá y el papá tenían eso, entonces ellos seguían enfermos, pero en mi caso nadie.

Entrevistador. Nadie tenía diabetes.

Participante 2. Nadie.

Entrevistador. ¿Y usted cómo cree que era su vida antes de la diabetes y ahora cómo es su vida?

Participante 2. Pues ahí casi parecidas.

Entrevistador. ¿en qué cambió?

Participante 2. Cambió en que tuve a mi hijo y ahora vivo sola. En eso cambió.

Entrevistador. ¿Y qué cambios tuvo que hacer en su estilo de vida?

Participante 2. Pues en las comidas cambiar mucho porque ya uno no puede comerse una arepa, un pan. ¡ay! yo a veces me provocho y como un pan, pero eso es muy malo, eso me manda al baño a vomitar. Me dicen que galletas integrales, que no sé qué, yo les hago caso, ¡ay no, virgen santísima! no debo comer esas galletas. y dicen no, es que esas son para diabéticos, que hay pan para diabéticos que no sé qué, ¡mentiras, eso son mentiras!

Entrevistador. o sea, si entiendo bien lo que más le ha afectado es la alimentación.

Participante 2. Sí, en eso sí.

Entrevistador. ¿Y toma sus medicamentos con regularidad?

Participante 2. Sí, esos tengo que tomármelos como son, todos bien sin fallar.

Entrevistador. ¿Y tiene alguna forma para recordar la toma?

Participante 2. Pues sí, toca a las horas que son y ya. Antes de las 8 a las 8 mejor dicho tengo que aplicarme la insulina, pero cuando estoy por allá en el centro ahí si me falla y tengo que llegar aquí a aplicármela, es decir, una hora después, dos horas después, pero me la aplico.

Entrevistador. ¿y cómo se siente usted al saber que tiene diabetes?

Participante 2. Pues a veces me siento maluca, siempre uno se siente raro porque no puede comer las comidas que comen todos, porque si se las come, pues usted se las come, pero después las consecuencias son delicadas.

Entrevistador. Claro, y si yo le preguntara, ¿qué motivos tiene para cuidarse, usted que me respondería?

Participante 2. Pues motivos, pues mi hijo y mi nieto, por mis hermanos, pero no más.

Entrevistador. Por su familia.

Participante 2. Si, por la familia.

Entrevistador. Ese es su principal motivo.

Participante 2. Sí.

Entrevistador. ¿Últimamente cómo se ha sentido?

Participante 2. Ahí más o menos, no tan bien pero tampoco tan mal.

Entrevistador. Cuando me dice no tan bien ¿a qué se refiere?

Participante 2. No tan bien porque eso le dan a uno maluqueras raras.

Entrevistador. Cuando dice no tan bien, ¿es físicamente?

Participante 2. Sí, físicamente.

Entrevistador. ¿Qué síntomas tiene?

Participante 2. Pues uno se siente sin alientos, sin ganas de hacer las cosas, mejor dicho hay veces que tengo que arreglar la alcoba o tiendo la cama, y tengo que sentarme o acostarme un ratito para volver a coger energías, para seguir haciendo el oficio.

Entrevistador. Como debilitamiento.

Participante 2. Sí.

Entrevistador. ¿todos los días le sucede?

Participante 2. Casi casi todos los días me toca hacer el oficio así, con pausas porque yo no puedo decir cómo: voy a arreglar la casa...

Entrevistador. ¿cómo de corrido!

Participante 2. Exactamente, tengo que hacer un día una parte y otro día la otra parte, porque no lo puedo hacer todo.

Entrevistador. ¿Y eso cómo la hace sentir?

Participante 2. Uno siente mal porque uno dice: yo tengo que tener todo bien arregladito, todo bien esto, pero las fuerzas no le alcanzan.

Entrevistador. Lo hace a su ritmo.

Participante 2. Sí.

Entrevistador. ¿y emocionalmente cómo se siente al pensar que tiene diabetes?

Participante 2. ¡Ay no! yo no pienso bien en la diabetes, mejor yo digo: no tengo nada, porque si me pongo a pensar en eso yo creo que no estaría viva, porque una vez me llevaron a la clínica Medilaser. Hicimos un viaje a Chiquinquirá, no sé qué pasó, para mí que fue algo que había en esa buseta porque yo me sentía como mareada, como indispueta y fue un viaje raro, y no, y algo había en el almuerzo, bueno

entonces se presentó ese día algo raro, y el otro día me tocó irme para la clínica y duré cómo 10 días por la diabetes, que era la diabetes, que se me había disparado. Fue cuando me empezaron a aplicar la insulina porque no me aplicaban insulina, eran pastillas.

Entrevistador. ¿y hace cuánto fue eso?

Participante 2. No, ya no le hago cuentas, como 10 años.

Entrevistador. Usted hace bastante tiempo está diagnosticada.

Participante 2. Sí, yo llevo harto tiempo, entonces me pasó esa y yo salí como un esqueleto andante, les tocaba ayudarme para poder caminar.

Entrevistador. Claro, es que fue harto tiempo en el hospital.

Participante 2. Sí, vine y me tocó volverme a ir porque no me aguanté aquí.

Entrevistador. Hablando de su enfermedad, ¿se ha sentido apoyada por parte de su familia con respecto a esa enfermedad?

Participante 2. Pues ahí más o menos.

Entrevistador. ¿más o menos por qué? Cuénteme.

Participante 2. Más o menos porque ellos están allá lejos y yo estoy aquí, por ahí me llaman y me dicen: no comas tal cosa, no comas eso, y cuando vienen acá, no come eso, no come lo otro.

Entrevistador. ¿y su hijo, se siente apoyada por él?

Participante 2. Pues con mi hijo, ahí, pues ahorita está como muy lejos porque no viene a compartir nada. Antes si compartía, antes de la pandemia sí, pero ahorita no, ahorita no compartimos así mucho que digamos, por ahí de vez en cuando.

Entrevistador. ¿Y a nivel social con sus amigos se ha sentido apoyada con respecto a esa enfermedad?

Participante 2. No porque no hay amigos casi ahora.

Entrevistador. ¿Y con sus vecinos?

Participante 2. No, eso ni vecinos, porque cuando se le ofrece a uno algo son buena gente, pero de resto no nos vemos, o sí se le ofrece a uno, bien. Lo mismo, si a ellos se les ofrece algo yo también les colaboró, pero que estemos así de visita en visita, no. Nos vemos por allá una vez al año, en serio. Nos hablamos por ahí por teléfono que tal cosa, qué tal otra cosa y así, nos vemos muy poquito.

Entrevistador. Si entiendo bien entonces la persona más cercana es su hermana.

Participante 2. Sí, y mi hijo. Pues nos vemos todos los días, puede que nos veamos dos minutos, pero nos vemos, y cuando no nos vemos, peleamos.

Entrevistador. ¿y por qué pelean?

Participante 2. Porque no viene, o porque no me llama, y yo le digo llámeme porque yo estoy sola, ¿por qué no me llama? Por decir anoche nos hablamos dos veces, pero por la noche no me llamó, entonces a

mí me da angustia porque digo, ¿llegaría, no llegaría? porque anda en moto, entonces me da angustia de ver que no me llama porque tantas cosas que pasan.

Entrevistador. Comprendo, ¿y cómo tomó su hermana la noticia de que usted tenía diabetes?

Participante 2. Mi hermana, pues no lo sé bien, por lo que estábamos lejos, yo estaba en Bucaramanga y ella estaba en Bogotá cuando me pasó eso.

Entrevistador. ¿Y ella qué le decía?

Participante 2. ¡Es que eso le pasó por comer mucho dulce! Ella siempre me dice que, por comer mucho dulce, y yo me ponía a pensar, pero no, yo no comía mucho dulce.

Entrevistador. ¿y su médico le ha indicado las causas?

Participante 2. No, ella no me ha dicho cuál fue la causa. Unos dicen es que los que toman mucho les da eso, que los que tienen cirrosis también sufren de diabetes, que los que no se qué, pero yo tomar no, fumar tampoco, nunca. Un vino por ahí, pero porque en un almuerzo un vinito o algo así, o cuando estaba haciendo frío que decían, ¡ay tómese un aguardientico que eso le pasa el frío!, o la gripa, pero de resto no más. Yo nunca me he puesto a tomar que, porque no sé qué, no. Lo que sí he notado es que cuando me hacen dar mal genio, el azúcar se dispara.

Entrevistador. ¿y se pone de mal genio con facilidad?

Participante 2. A ratos me pongo de mal genio con facilidad, entonces no es sino ir a pincharme y ¡trum!, se baja.

Entrevistador. ¿Qué la hace poner de mal genio?

Participante 2. Por ahí cualquier tontería me hace poner de mal genio.

Entrevistador. ¿y le pasa todos los días?

Participante 2. No, ahorita no. Por ahí de vez en cuando mi hijo me hace rabiar, entonces se me dispara y ahí si tengo que tenerle cuidado, como decir, ¡tranquilícese, tranquilícese! porque osino.

Entrevistador. ¿Cuál cree que es su estado de ánimo durante el día? ¿triste, alegre, tranquila?

Participante 2. A veces triste porque estoy sola, y uno solo se siente triste y dice, ¿qué está haciendo en este mundo?

Entrevistador. ¿y piensa eso seguido?

Participante 2. Pues sí.

Entrevistador. ¿Y puede hablar eso con alguien, con algún amigo o con su hermana lo habla?

Participante 2. No, no lo hablamos, solo lo pienso yo porque, sí. Uno solo aquí se pone a pensar eso, porque uno dice: no tengo con quién hablar.

Entrevistador. ¿y le gustaría hablarlo con alguien?

Participante 2. Pues la verdad no, porque después uno se pone a hablar y hablar y entonces después se siente solo y ahí sí es más grave. Se consigue a una persona y se pone a esto, y después es más grave, y no.

Entrevistador. ¿Así le parece mejor?

Participante 2. Sí, a mí me parece mejor así porque como que menos uno tiene problemas.

Entrevistador. Una última pregunta ya para cerrar, pensando solo en su enfermedad, en una palabra, o en una frase, ¿emocionalmente cómo ha sido tener diabetes?

Participante 2. Pues yo digo, uno se siente muy mal, porque no puede compartir las cosas que comparte con las demás personas, que debe compartir con las demás personas, porque llega y dice por decir, me voy a comer un pastel, pues uno no se lo puede comer, y a las otras personas las hace sentir mal, entonces uno tiene que hacer el intento o comérselo y ya después ya sabe qué pasa, pero a veces, tiene que como por obligación comérsela y no debe comérsela, y entonces uno se siente mal.

Entrevistador. ¿Y si les dijera a las personas que no puede comerse tal cosa por su salud?

Participante 2. Pues si uno lo dice, pero ellos se van a sentir mal porque dicen: no tengo más que darle a ella, ¿qué hago yo, qué le doy de comer? entonces para no hacerlas sentir mal entonces uno comete el error de comerse algo que no debe. Eso sí me ha pasado varias veces porque sí, uno va a una casa allá y le sirven x cosa para todos y no hay nada más para uno, y uno dice, un vasito de agua, y dicen, ¡no, pero yo qué le voy a dar un vaso de agua a usted! entonces uno tiene que callarse el pico y comerse lo que le ofrecieron, entonces incomoda a los demás y uno se hace un daño. Entonces eso pasa cuando uno hace visitas, y ahora como no hago casi visitas entonces no tengo problemas de esos. Entonces en ese sentido ha sido mejor porque antes sí, ¡ay Dios mío!, yo iba a alguna parte y que un tintico y por error siempre me le echaban azúcar al mío, entonces error. Ya cuando me lo iba a tomar, pues ya como por educación, por no hacer sentir mal a la persona, entonces se me lo tomaba.

Entrevistador. ¿Cree que la enfermedad le ha traído algún beneficio?

Participante 2. Beneficio, ninguno. No, ninguno. Yo creo que ninguna enfermedad, no.

Entrevistador. Bueno, muchísimas gracias por su colaboración.

Entrevista 3.

Entrevistador. Buenos tardes, ¿cómo se encuentra el día de hoy?

Participante 3. Bien.

Entrevistador. Para empezar, me gustaría iniciar conociendo su edad.

Participante 3. Tengo 56 años.

Entrevistador. ¿y de dónde es?

Participante 3. Aquí de Tunja.

Entrevistador. ¿Con quién Vive?

Participante 3. Con mis dos hijos.

Entrevistador. ¿Quién es el mayor?

Participante 3. Mi hijo.

Entrevistador. ¿Y él cuántos años tiene?

Participante 3. 37

Entrevistador. ¿Y su hija?

Participante 3. 25

Entrevistador. ¿Usted tiene pareja?

Participante 3. No

Entrevistador. ¿Es separada del papá de sus hijos?

Participante 3. Nunca he vivido con él.

Entrevistador. Comprendo, ¿con alguien más viven?

Participante 3. Con la novia de mi hijo y el esposo de mi hija.

Entrevistador. ¿Y sus hijos tienen hijos?

Participante 3. Mi hija va a tener un bebé, le faltan dos meses ¡ay, qué nervios!

Entrevistador. ¿Está angustiada?

Participante 3. ¡ay, sí!

Entrevistador. Cuénteme, ¿cómo es su relación con sus hijos?

Participante 3. Super bien con los dos.

Entrevistador. ¿Y con las parejas de sus hijos?

Participante 3. Con el esposo de mi hija si muy bien, con la chica si casi no.

Entrevistador. ¿A qué se debe esa situación?

Participante 3. Problemas de ellos los dos que uno ahí que hace.

Entrevistador. Comprendo. ¿hace cuánto la diagnosticaron con diabetes?

Participante 3. Hace como un año, más o menos un año, mentiras, dos años.

Entrevistador. ¿Usted recuerda cómo se sintió en ese momento que le dieron el diagnóstico?

Participante 3. Muy mal, porque un hermano también tiene diabetes y eso como que es hereditario, por lo que mi mamá y mi papá tenían diabetes.

Entrevistador. ¿Sus padres viven?

Participante 3. No, ellos están muertos.

¿Y de dónde eran ellos?

Entrevistador. Pues mi mami era de Boavita y mi papá de Guatavita.

Entrevistador. ¿Hace cuánto fallecieron?

Participante 3. Hace ya como 8 años.

Entrevistador. Comprendo, ¿y por qué cree que usted se sintió tan mal cuando le dieron el diagnóstico?

Participante 3. Porque uno no sabe qué le va a pasar a uno.

Entrevistador. ¿Tenía información acerca de lo que era la enfermedad?

Participante 3. No, no sabía nada de la enfermedad.

Entrevistador. ¿Cuál cree que fue la causa de su enfermedad?

Participante 3. Por no cuidarme en la alimentación, tomaba mucha gaseosa porque me daba mucha sed, hasta que me mandaron a hacer exámenes para mirar que era, y ahí me diagnosticaron, me mandaron exámenes. Todos los días me toca tomarme lo de, ¡eso sí que es feo! y me toca aplicarme insulina también todos los días.

Entrevistador. ¿Y toma medicamentos aparte de eso?

Participante 3. Sí, la metformina, factifloxina.

Entrevistador. ¿Y cada cuánto se toma este medicamento?

Participante 3. Me las tomo todos los días. Estas dos me las tomo por la noche porque a veces me da como mareo, entonces me las tomo por la noche, y la insulina también me la aplican en la noche.

Entrevistador. ¿Y usted tiene otra enfermedad aparte de la diabetes?

Participante 3. No, solo tengo la diabetes.

Entrevistador. ¿Usted recuerda cómo tomaron sus hijos la noticia de su diagnóstico? ¿emocionalmente sabe cómo fue para ellos?

Participante 3. La verdad no sé cómo se sintieron.

Entrevistador. ¿Qué le decían?

Participante 3. Pues que me cuidara y que seguir el tratamiento porque no hay de otra. Yo al principio pues no tenía que aplicarme insulina, solo tenía que tomarme la metformina y ahorita ya estoy con insulina, pero, ya me la han bajado porque yo me he cuidado, entonces me ha bajado el azúcar.

Entrevistador. ¿Y está asistiendo a sus controles médicos?

Participante 3. Cada dos meses toca ir a controles.

Entrevistador. ¿Cómo es su relación con el médico tratante?

Participante 3. Bien, buena.

Entrevistador. ¿Le explicó bien cómo era todo lo relacionado con los cuidados y el tratamiento en general?

Participante 3. Pues me formuló los medicamentos y ya, pero no me dijo como era lo de la insulina ni nada, entonces aquí mi hija es la que está pendiente de eso y también me acompaña a los controles porque a mí se me olvidan las cosas, y cuando salgo de las citas no sé bien lo que me dijeron, entonces ella me acompaña. Qué día no la dejaron entrar porque yo todavía podría entrar sola por mi edad y ella se puso brava porque cuando salí no me dieron toda la insulina de los dos meses, y ella habló con el doctor, pero cuando fue a reclamarlas le dijeron que solo le daban las dos insulinas que el doctor había formulado, entonces me enfermé.

Entrevistador. Comprendo, ¿y cómo ha sido la atención en la clínica dónde está?

Participante 3. Bien, allá me atienden bien en los exámenes y todo bien, sí señora.

Entrevistador. Si yo le preguntara a su doctora cuánto está comprometida con su tratamiento, ¿qué cree que me respondería?

Participante 3. Pues sí estoy comprometida.

Entrevistador. ¿Qué cambios ha tenido que hacer en su estilo de vida a causa de la diabetes?

Participante 3. Pues cuidarme en lo de la alimentación y tomarme los medicamentos porque no hay más, y llevarla ahí porque qué más se puede hacer, e ir a los controles y todo.

Entrevistador. ¿Y ahorita cómo se siente al respecto de su enfermedad?

Participante 3. Bien.

Entrevistador. Haciendo el contraste de cómo se sintió al inicio del diagnóstico y ahorita, ¿ha encontrado cambios.

Participante 3. Sí, claro, hay cambios.

Entrevistador. ¿Cómo se sentía antes y cómo se siente ahora?

Participante 3. Antes pues muy mal, pero ahorita ya me siento bien.

Entrevistador. ¿Y a qué cree que se debe que se sienta mejor?

Participante 3. Por los medicamentos.

Entrevistador. Es decir, físicamente se siente mejor. ¿y emocionalmente?

Participante 3. También los medicamentos me hacen sentirme mejor.

Entrevistador. ¿Ahorita tienen algún tipo de síntomas a raíz de la diabetes?

Participante 3. No, todo muy bien, tengo controlado el azúcar entonces bien.

Entrevistador. ¿Usted qué piensa al respecto de la enfermedad?

Participante 3. Pues tenaz porque imagínese, yo no me lo pensaba, nunca me imaginé eso. Yo sé que eso es hereditario, pero como uno tampoco no se cuida, pero, ahorita si me toca cuidarme hartito de eso.

Entrevistador. Con respecto a su tratamiento, ¿cuál ha sido el cambio que más se le ha dificultado realizar?

Participante 3. Pues lo de la alimentación me ha costado porque como uno ya no puede comer lo que uno comía antes, entonces ahorita solo me toca comer verduras, ensaladas y tomar harta agua y así, para poder uno estar bien, y pues los medicamentos. Pero ¡ay, no, tomar agua es muy feo! porque es tomar ocho vasos de agua al día ¡ay, no! Yo hago caso de todo, pero el agua ¡ay, no! me toca echarle limón o aromática porque así sola es muy feo.

Entrevistador. ¿Y usted cocina?

Participante 3. Sí.

¿Y cocina sólo para usted, o el menú para toda la familia es igual?

Participante 3. Pues se cocina bajo en azúcar y sal para todos, y toca cambiar porque tantas harinas, ¡que pan, que azúcar! entonces me toca ahorita todo sin azúcar y trata uno de no tomar tantos jugos por el azúcar. Pero a mí me compran mis cositas, mis frutas y verduras aparte.

Entrevistador. ¿Usted qué piensa acerca del tratamiento?

Participante 3. Pues es muy difícil eso. Uno ya no tiene una vida normal, y lo peor es que es para toda la vida, así me cuide con la comida me toca ahí con eso, ¡ay, no! Eso es muy duro. Todo el tiempo estar con esos pinchazos, ir a citas y eso; eso me pone a pensar, pero pues toca cuidarse uno porque se dispara el azúcar y ahí uno es el perjudicado.

Entrevistador. Me gustaría saber qué la motiva para seguir con su tratamiento.

Participante 3. Para seguir viviendo, porque por ejemplo a mí también me dio el COVID y ¡No! eso fue tenaz. El 30 de abril me tocó irme para el hospital de arriba. No me dejaban salir por la diabetes, porque me iban a dar salida y me tomaban la saturación y se me bajaba ¡ay no! Aquí a todos nos dio COVID, a los cinco y a la chica si fue la que le dio más duro.

Entrevistador. Comprendo, es una situación compleja. ¿usted a qué se dedica?

Participante 3. Trabajo con lo de las revistas y no más.

Entrevistador. ¿Esa es su fuente de ingresos?

Participante 3. Sí, esa es mi fuente de ingresos.

Entrevistador. Me gustaría conocer, ¿cuáles considera usted que son los contextos más importantes para su vida? Por ejemplo, amigos, familia, trabajo.

Participante 3. La familia y el trabajo y por ahí una que otra amiga. Por ahí Sandrita y doña Yaneth por lo de las revistas así, pero de resto no, casi no.

Entrevistador. Si entiendo bien en el trabajo ellas dos son las dos más cercanas.

Participante 3. Sí, ellas.

Entrevistador. ¿Y en su familia cuál es la persona que tiene mayor cercanía?

Participante 3. Con un hermano, el que tiene diabetes también.

Entrevistador. ¿Dónde vive?

Participante 3. Por allí por el lado de la secretaría de salud.

Entrevistador. Viven cerca.

Participante 3. Sí.

Entrevistador. ¿Y aquí en su casa cuál es la persona con la cuál es más cercana?

Participante 3. Con mi hija

Entrevistador. ¿Ha sentido apoyo por parte de sus amigos con respecto a su enfermedad?

Participante 3. No. Con solo la familia, con los de acá, porque pues los demás nunca preguntan ni saben nada, saben lo de diabetes, pero no más. Es más, con mi hermano por lo que él vive cerquita entonces tenemos mayor contacto con él que con los otros. El cómo tiene diabetes, le explicó a mi hija lo de la insulina y eso, porque a mí me da miedo, entonces ella me ayuda con eso y él también me ha ayudado mucho, porque cuando salí del hospital me dieron insulina en ampolleta y no en esfero, y nosotros no sabíamos cómo se aplicaba y cuánto duraba un esfero, entonces como que se hicieron mal los cálculos y no me alcanzó y duré como cuatro días sin insulina y se me subió el azúcar feo. Entonces con mi hermano estamos pendientes el uno del otro, y así.

Entrevistador. ¿Cuántos hermanos son?

Participante 3. Cinco.

Entrevistador. ¿Con los demás se comunican?

Participante 3. Solo cuando hay una reunión familiar, nos reunimos porque como ellos también trabajan entonces tampoco les queda tiempo.

Entrevistador. ¿Usted qué piensa al ver este gráfico? Mire aquí podemos observar su red de apoyo con las personas significativas para usted. ¿qué piensa al ver eso?

Participante 3. Me siento bien, como apenas las personas.

Entrevistador. ¿Quién cree que ha sido la persona que más la ha apoyado en todo este proceso de la enfermedad?

Participante 3. Mis hijos. Y mi hija es la que más está pendiente de ir a sacar las citas, de ir a reclamar los medicamentos, ella está pendiente de todo.

Entrevistador. ¿Usted sabe si existe algún programa para personas con diabetes en la clínica a la cuál usted va?

Participante 3. No, no sé si hay. Si tenemos prioridad por ser pacientes crónicos pero que haya un programa no sé.

Entrevistador. ¿Usted me podría decir cómo era su vida antes de la enfermedad y cómo lo es ahora?

Participante 3. Pues antes normal, y ahorita es diferente.

Entrevistador. ¿Por qué es diferente?

Participante 3. Porque me toca cuidarme mucho en la alimentación y en todo. Digamos me toca medirme el azúcar con ese aparatico, con esas agujas, es peor, ¡uy no, eso duele muchísimo! y todos los días me toca eso.

Entrevistador. ¿Y cómo se siente actualmente con eso?

Participante 3. Pues no tan bien porque yo no me esperaba eso.

Entrevistador. ¿Cree que la enfermedad ha traído algún tipo de beneficio?

Participante 3. No, es difícil y como fastidioso porque estar yendo, sacar citas, estar en control, exámenes, que los medicamentos, que todo eso, es difícil. Pues de pronto, que ya la familia está pendiente porque como mi mamá era diabética y también mi hermano, entonces se cuidan más los niños. Toca cuidar la salud.

Entrevistador. ¿Usted podría decirme en una palabra o una frase cómo se ha sentido desde el momento del diagnóstico hasta hoy?

Participante 3. No sé.

Entrevistador. Piense en emociones, por ejemplo, tristeza, tranquilidad, ira, enojo, alegría...

Participante 3. No, pues, lo normal. Con tranquilidad porque toca llevarla y salir adelante porque no hay de otra, porque ¿qué saca uno desesperándose? uno más se enferma, entonces con tranquilidad, salir adelante porque qué más. Digamos a mí no me puede dar un dolor de cabeza alto ¡ay no, eso sí me da miedo! Entonces ellos están muy pendientes, con la comida también porque debo comer seis veces al día para que no se me baje el azúcar, y así, ellos me ayudan para estar tranquila.

Entrevistador. ¿Y en su día a día cuál es la emoción que más vive?

Participante 3. Bien, tranquila, igual toca salir adelante porque qué más. Si dejo de tomar los medicamentos ahí sí graves.

Entrevistador. Claro, cuénteme, ¿usted qué grado de escolaridad tiene?

Participante 3. Hasta cuarto de primaria, porque repita y repita años y ¡ay, no! Mi mamá también se cansó de que repita y repita años y no avancé.

Entrevistador. ¿Qué estrato socioeconómico es?

Participante 3. Dos.

Entrevistador. ¿Cómo ha sido económicamente la enfermedad?

Participante 3. Pues siempre, pues el seguro me cubre los medicamentos, pero un examen diferente toca pagarlo, digamos que cuando tuve COVID tocó pagar como \$500.000 pesos por el nivel dos.

Entrevistador. ¿Y la diabetes le ha traído alguna complicación médica?

Participante 3. En la vista y la otra vez me iban a hacer cirugía, pero no se puede hacer cirugía por la diabetes, porque dicen que no me pueden operar porque puedo quedar en el quirófano. Es peligroso, yo no puedo tener caídas, ni golpes, por ejemplo, yo aquí en este dedito me quité un padraastro así con el cortaúñas y mire como tengo ese dedito, lo tenía re inflamadísimo y me tocó tomar antibiótico para eso. Entonces uno no puede ni cortarse, ni caerse ni cualquier cosa, toca tener mucho cuidado con eso. O los zapatos también, la doctora también me dijo que no podía tener los zapatos apretados y pues lo que le digo, me toca estar con cuidado con cuchillos porque me dan nervios entonces me toca estar sin afanes.

Entrevistador. Si comprendo, le genera miedo el hecho de poder cortarse ¿sí?

Participante 3. Sí. Eso sí me da miedo, me da cosita con eso. Y a mis hijos también les da miedo eso, que me corte o me caiga, ellos me dicen: mami, con cuidado y entonces sí me toca porque las cortadas no me cicatrizan y esas cosas.

Entrevistador. Usted me decía que al inicio del diagnóstico se sentía mal ¿sí?

Participante 3. Si, me sentía mal porque un día fui al médico arriba en el hospital y eso cuando me tomaron lo del azúcar ¡Ay, altísima! y un dolor de cabeza, pero impresionante y era que yo había dejado de tomar los medicamentos, porque me daba pereza, esa metformina me daba vómito, antes y después de la comida me daba lo mismo y es paila, y ese día me tocó irme para el hospital y si más me dejan allá.

Entrevistador. ¿Y cuánto tiempo duró así?

Participante 3. Duré como unos ocho días y la doctora me dijo, si usted no se cuida y no se toma los estos, no venga por acá al médico. Me regañó porque imagínese. Ellos tienen razón porque como uno no se cuida ni nada, no se ayuda, graves ahí ¿o es que se quiere morir? eso me dijo.

Entrevistador. ¿Y cambió algo en ese momento?

Participante 3. Sí, claro. Ahí sí me tocó cada dos meses sacar controles y eso, no dejarme subir de peso, ni bajarme tampoco mucho porque me dijo el doctor que tenía que estar en ese peso, ni que me subiera ni me bajara, porque no era bueno.

Entrevistador. ¿Y en ese momento cómo se sentía emocionalmente?

Participante 3. ¡Ay, no! Tenaz porque imagínese, yo decía ¿ahora qué hago?

Entrevistador. ¿y usted hablaba eso con alguien?

Participante 3. Con mis hijos y mi hermano. Mi hermano me decía, ¡No, china! le toca que se tome los medicamentos y todo porque osino le van a mandar a aplicar insulina y vea que sí que me tocó, pero entonces ya ahorita me la han bajado porque me he cuidado con las comidas y todo eso.

Entrevistador. ¿Ahorita hace actividad física?

Participante 3. A mí me gusta caminar hartito, ejercicios así, no, pero caminar me fascina. Y yo no me quedo aquí en la casa, me voy con mis revistas a cobrar y todo porque no me gusta estar aquí encerrada, así estén ellos, pero no, no me gusta.

Entrevistador. ¿y cuando está en una reunión familiar o social, cómo se siente cuando llevan cosas que usted no puede comer?

Participante 3. Yo, pues yo me como un pedacito, y allá con todos mis hermanos bien. A veces, en las reuniones no compran gaseosa por nosotros dos.

Entrevistador. ¿Ahorita cómo se siente?

Participante 3. Bien, ahí vamos porque osino, ¡me toca cuidarme!

Entrevistador. Si entiendo de todo lo que me ha mencionado, al inicio de su diagnóstico fue muy difícil por lo sorpresivo de la enfermedad

Participante 3. Sí, fue muy difícil, me daban nervios, pues todavía pero el medicamento me ayuda a estar mejor. ¡hay que seguir, no hay de otra!

Entrevistador. Comprendo, le agradezco mucho su tiempo y participación.