



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**ESCUELA DE ENFERMERIA: DOCTORADO EN  
CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

VIVENCIAS DE LA PERSONA DIABETICA QUE  
ACUDE A CONSULTORIOS EXTERNOS DEL  
HOSPITAL III ESSALUD – CHIMBOTE.

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE  
DOCTORA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA**

**AUTORA:  
MERCEDES ELIZABETH PALACIOS GONZALES**

**ASESORA:  
Dra. YOLANDA ELIZABETH RODRIGUEZ DE GUZMÁN**

**CHIMBOTE - PERÚ**

**2015**

**JURADO EVALUADOR Y ASESORA**

---

**Dra. MARÍA ELENA MERCEDES GAMARRA SANCHEZ**

**PRESIDENTE**

---

**Dra. SONIA MARY DEL AGUILA PEÑA**

**SECRETARIO**

---

**Dra. CARMEN LETICIA GORRITTI SIAPPO**

**MIEMBRO**

---

**Dra. YOLANDA ELIZABETH RODRIGUEZ DE GUZMÁN**

**ASESORA**

## **DEDICATORIA**

### **A DIOS PADRE CELESTIAL:**

Señor; sin ti nada soy, por ti soy lo que soy gracias  
Señor, por todo lo que me has dado, por  
por no soltar mi mano y mantenerme a tu lado  
contravientos y marea, cuando me siento  
confundida me guías, cuando me siento débil, me  
fortaleces. Bendíceme con Tu Espíritu, ¡gracias  
Señor!

### **Dra. YOLANDA RODRIGUEZ DE GUZMÁN:**

Coordinadora del Doctorado en Ciencias de  
Enfermería, mi sincero agradecimiento y respeto  
por compartir sus conocimientos y experiencias y  
por brindarme su amistad y confianza.

### **Dra. NÉLIDA CANTUARIAS NORIEGA:**

Con cariño y gratitud; Por compartir su  
capacidad y conocimiento científico, así  
como su persistencia, paciencia y motivación  
en la culminación de la presente Tesis.

## **AGRADECIMIENTO**

### **A MIS HIJOS:**

Con amor y agradecimiento infinito, porque son el motor de mi vida que me conduce a seguir adelante en el camino de la superación, sólo espero que comprendan que mis ideales, esfuerzos y logros son también suyos e inspirados en ustedes.

### **MIS PADRES:**

Con amor, admiración y respeto.  
Sabido que jamás encontraré la forma de agradecerles por los esfuerzos realizados para educarme, por su apoyo moral, su cariño y comprensión que desde niña me brindaron, por guiar mi vida con energía, esto ha hecho que sea lo que soy.

### **MIS COMPAÑERAS DE TRABAJO:**

**Ruth, Julia y Doraliza**, por brindarme su apoyo constante e incondicional, por creer y confiar en mí, por motivarme a seguir adelante. Gracias por compartir conmigo su amistad.

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo general, analizar y comprender las vivencias de las personas con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a consultorios externos del Hospital III EsSalud – Chimbote. La investigación fue con enfoque cualitativo de abordaje fenomenológico dentro del pensamiento de Martin Heidegger, para el recojo de información se entrevistó a seis colaboradores adultos de ambos sexos, la pregunta orientadora fue ¿Cómo se siente y qué significa para usted vivir con diabetes mellitus?, las descripciones fueron obtenidas a través de entrevistas grabadas, cuyos datos fueron registrados para su análisis cuidadoso, obteniendo aspectos esenciales de los fenómenos. Se elaboraron las unidades de significado con su respectiva reducción fenomenológica, estas fueron interpretadas y se agruparon en categorías, luego se procedió al análisis y discusión, obteniéndose los siguientes resultados: Algunas reacciones emocionales que experimentan son de tristeza, miedo, choque, desinterés, desgano, pena, depresión, desesperación, preocupación y negación; La restricción alimentaria ha sido el punto de mayor repercusión de la diabetes porque encuentran dificultades en cambiar sus patrones habituales de alimentación; El apoyo familiar influye mucho en el proceso de adaptación de nuevos estilos de vida. Compete a los profesionales de la salud en este caso a enfermería ampliar el diálogo entre profesional, persona y familia para una mejor calidad de vida a este tipo de personas.

**Palabras clave:** Vivencias, persona, diabetes mellitus, fenomenología.

## **ABSTRACT**

The present research had as general objective, analyse and understand the experiences of people with type 2 diabetes mellitus who attend outpatients of the III EsSalud Hospital - Chimbote. Was the research with qualitative approach of phenomenological approach in the thought of Martin Heidegger, for the collection of information interviewed six partners adults of both sexes, the guiding question was how it feels and what does it mean for you to live with diabetes?, the descriptions were obtained through recorded interviews, whose data were recorded for his careful analysis obtaining essential aspects of the phenomena. Meaning units were developed with their respective phenomenological reduction, these were interpreted and grouped into categories, then he proceeded to the analysis and discussion, obtained the following results: some emotional reactions experienced are of sadness, fear, shock, disinterest, listlessness, grief, depression, despair, concern and denial; Food restriction has been the greater impact of diabetes because they find it difficult to change their usual patterns of power; Family support plays a significant part in the process of adapting new lifestyles. It is up to health in this case to nursing professionals expand the dialogue professional, person and family for a better quality of life to people.

**Key words:** experiences, person, diabetes mellitus, Phenomenology.

## RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo geral, analisar e compreender as experiências das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 atendendo pacientes do ambulatório do Hospital EsSalud III - Chimbote. Foi a pesquisa com abordagem qualitativa da abordagem fenomenológica no pensamento de Martin Heidegger, para a recolha de informação entrevistados adultos de seis parceiros de ambos os sexos, a orientador pergunta era como se sente e o que significa para você viver com diabetes? as descrições foram obtidas através de entrevistas gravadas, cujos dados foram registrados por sua análise cuidadosa obtenção de aspectos essenciais dos fenômenos. Ou seja, as unidades foram desenvolvidas com seu respectiva redução fenomenológica, estes foram interpretados e agrupados em categorias, em seguida, procedeu à análise e discussão, obtidos os seguintes resultados: algumas reações emocionais experimentadas são de tristeza, medo, choque, desinteresse, apatia, tristeza, depressão, desespero, preocupação e negação; Restrição alimentar tem sido o maior impacto da diabetes, porque eles acham difícil de mudar seus padrões habituais de alimentação; Apoio familiar desempenha um papel significativo no processo de adaptação a novos estilos de vida. Cabe a saúde neste caso a enfermagem profissionais expandir o diálogo profissional, pessoa e família para uma melhor qualidade de vida para as pessoas.

**Palavras-chave:** experiências, pessoa, diabetes mellitus, fenomenologia.

# Contenido

<b>JURADO EVALUADOR Y ASESORA</b> .....	ii
<b>DEDICATORIA</b> .....	iii
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	iv
<b>RESUMEN</b> .....	v
<b>ABSTRACT</b> .....	vi
<b>RESUMO</b> .....	vii
<b>Contenido</b> .....	viii
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>1.2 Objeto del estudio</b> .....	5
<b>1.3 Pregunta norteadora</b> .....	5
<b>1.4 Objetivo del estudio</b> .....	5
<b>1.5 Justificación y relevancia del estudio</b> .....	5
<b>II. REFERENCIAL TEORICO CONCEPTUAL</b> .....	8
<b>2.1 Referencial conceptual</b> .....	8
<b>2.1.1 Antecedentes del estudio</b> .....	8
<b>2.1.2 Contexto del estudio</b> .....	14
<b>2.1.2 Marco conceptual</b> .....	18
<b>2.2 Referencial teórico-filosófico</b> .....	29
<b>III. METODOLOGIA</b> .....	36
<b>3.1 Tipo de investigación</b> .....	36
<b>3.2 Método de la investigación</b> .....	37
<b>3.3 Sujetos de la investigación</b> .....	40
<b>3.4 Escenario de estudio</b> .....	41
<b>3.5 Procedimiento de recolección de datos cualitativos</b> .....	41
<b>3.5.1 Técnica de recolección de datos</b> .....	41
<b>3.5.2 Procesamiento de datos</b> .....	43
<b>3.6 Consideraciones éticas y de rigor científico</b> .....	46
<b>VI. RESULTADOS Y DISCUSION</b> .....	49
<b>4.1 Presentación de Resultados</b> .....	49
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....	98
<b>ANEXO</b> .....	106



# I. INTRODUCCIÓN

## 1.1 Problemática e importancia

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica considerada actualmente como un problema de Salud Pública. Esta enfermedad produce un impacto socioeconómico importante en el país que se traduce en una gran demanda de los servicios ambulatorios, hospitalización prolongada, ausentismo laboral, discapacidad y mortalidad producto de las complicaciones agudas y crónicas.

A nivel mundial, según datos recientes de la Federación Internacional de Diabetes (FID), existen 382 millones de personas con este padecimiento y muchos de ellos aún lo desconocen debido a que no se ha tomado conciencia sobre la enfermedad, esto, sumado a otros factores que tienen que ver, además, con los cambios socioeconómicos y la industrialización de los países en vías de desarrollo; así tenemos que: el envejecimiento de la población, la poca práctica de ejercicio físico, el sedentarismo y una dieta poco equilibrada, son factores predominantes en la aparición de diabetes, de tal forma que los porcentajes de prevalencia están aumentando rápidamente en una población relativamente joven y productiva (1). Asimismo, tenemos que, el número de personas con diabetes se incrementaría en más de 592 millones en menos de 25 años; no obstante, con 175 millones de casos no diagnosticados actualmente, una gran cantidad de personas con diabetes van a desarrollar progresivamente complicaciones de las que no son conscientes.

La prevalencia más alta de esta enfermedad registrada en los países miembros de la FID, se concentran en siete regiones estratégicas: Pacífico occidental con 138 millones de personas, Sudeste Asiático 72 millones, Europa 56 millones, América del Norte y el Caribe 37 millones, Oriente Medio y Norte de África 35 millones, América Central y del Sur 24 millones y África 20 millones, respectivamente, estas últimas cifras del Atlas de la Diabetes de la FID proporcionan preocupantes indicadores del impacto de la diabetes en el futuro, como una de las principales amenazas para el desarrollo mundial (2).

Según datos de la OMS (3), para el año 2000 en nuestro país había 754 mil personas diabéticas, presumiéndose que para el 2030 la cifra llegaría a 1'961,000. De acuerdo a lo reportado por el Ministerio de Salud, la diabetes mellitus es la décimo tercera causa de mortalidad en el país ya que para el año 2000 se había cobrado la vida de 1,836 peruanos. Las mujeres encabezan la lista de morbilidad con un total de 27,453 casos registrados, mientras que los varones suman 14,148. La prevalencia de diabetes es del 1 al 8% de la población general, encontrándose a Piura y Lima como los más afectados (2,5%). Actualmente se hace mención que la diabetes mellitus afecta a más de un millón de peruanos y menos de la mitad han sido diagnosticados (4).

En Chimbote, las cifras son preocupantes solo en el 2014 se han duplicado los casos de diabetes, a nivel del Hospital la Caleta y los 49 establecimientos de la Red de Salud Pacífico Norte se han detectado 1,030 nuevos casos, la incidencia de estos ha ido en aumento debido a la mala nutrición y a otros factores (5).

La diabetes mellitus es un trastorno caracterizado por una secreción anormal y deficitaria de insulina por las células del páncreas, cuya consecuencia inmediata es la tendencia a mantener niveles de glucosa en sangre inapropiadamente elevados. El tratamiento de la diabetes resulta uno de los más complejos, ya que implica un constante esfuerzo adaptativo; esta enfermedad, resulta además un ejemplo paradigmático de conflicto entre consecuencias inmediatas y de largo plazo. La enfermedad tiene un avance lento, insidioso y se traduce en un deterioro progresivo y en ocasiones poco percibido por la persona en lo inmediato (6).

El tratamiento abarca medicación, plan alimenticio y actividad física, lo que supone un cambio en el estilo de vida de las personas quienes deben adquirir una serie de habilidades con distinto grado de complejidad, que muchas veces exige la modificación de sus hábitos anteriores, por otra parte es una enfermedad cuyas complicaciones se dan de forma progresiva, ya sea la ceguera, neuropatía o cardiópata, cuyas probabilidades aumentan cuando las personas con diabetes no tienen un buen control sobre su enfermedad. Las determinaciones clínicas no solo son imprescindibles para establecer el diagnóstico de la enfermedad, sino, en todo momento, para evaluar el estado metabólico del diabético y tomar las pertinentes decisiones terapéuticas (7).

Cuando se da el diagnóstico de enfermedad crónica, se produce una severa distorsión en la vida de la persona por los numerosos cambios en el estilo de esta, a los que deberá enfrentarse, como, por ejemplo: cambios en la imagen y auto concepto, dinámica familiar, vida laboral y de relaciones sociales, en la rutina y las

capacidades (8). Por otra parte, el padecimiento originado por una enfermedad crónica implica la necesidad de proporcionar una serie de autocuidados importantes por las personas la padecen, pero se observa que les es difícil contribuir con el cambio de sus estilos de vida. La actitud tomada, así como lo experimentado por estas personas, puede impactar tanto positiva como negativamente en los procesos de su adecuación y rehabilitación; sus creencias y percepciones acerca de la patología pueden coadyuvar o desfavorecer en el momento de fomentar cambios relacionados a su estilo de vida.

La Diabetes es una enfermedad que afecta la calidad de vida de las personas (9). Dado a que el tipo de tratamiento al que se someten es de por vida, además de las complicaciones que genera, son varios los factores que influyen en la calidad de vida de una persona diagnosticada con diabetes, entre estos se encuentran; el apoyo, control de estrés y calidad de vida a largo plazo. En la realidad del día a día del trabajo de enfermería, en el servicio de consultorios externos del hospital III EsSalud de Chimbote, escenario de mi desempeño profesional, he podido observar en las personas con diabetes mellitus que acuden a su consulta médica, que al enterarse de su diagnóstico presentan; desorientación, preocupación y tristeza.

Por otro lado, este servicio no cuenta con un programa estructurado de educación y consejería a personas con diabetes mellitus, quienes necesitan orientación profesional, en este caso sólo son atendidos por el especialista endocrinólogo, y la falta de estudios cualitativos publicados en esta área en la localidad. Es por ello, la realización del presente estudio de investigación con enfoque cualitativo utilizando

el método fenomenológico que permite describir aquellas experiencias, sentimientos, emociones y expectativas de la persona con diabetes mellitus que solo ellos podrán expresarlas. Igualmente, es de gran importancia para el profesional de enfermería ya que la esencia de su función es el de brindar cuidado integral a la persona y familia, orientando y fortaleciendo la autoestima de las personas, mediante el uso de mecanismo de adaptación, previa identificación de sus sentimientos dudas y temores.

Por todo lo antes mencionado surge la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las vivencias de la persona con diabetes mellitus, que acude a Consultorios Externos del Hospital III EsSalud - Chimbote?

## **1.2 Objeto del estudio**

Vivencias de las personas con Diabetes Mellitus que acuden a consultorios externos del Hospital III EsSalud - Chimbote.

## **1.3 Pregunta norteadora**

¿Cómo se siente usted vivir con Diabetes Mellitus?

## **1.4 Objetivo del estudio**

Analizar y comprender las vivencias de las personas con Diabetes Mellitus que acuden a consultorios externos del Hospital III EsSalud - Chimbote.

## **1.5 Justificación y relevancia del estudio**

Según la Oficina de Inteligencia Sanitaria e Información de la Red Asistencial de Ancash del Seguro Social, en Consultorios Externos del Hospital III EsSalud - Chimbote,

diariamente se atienden personas con diversas patologías entre ellas diabetes mellitus (10). En el año 2013 se realizaron 1,441 consultas, situándose esta patología como 15° causa de morbilidad en la consulta externa, a diferencia del año 2014 se realizaron 4,960 consultas siendo para ese año la 4° causa de morbilidad, la diferencia es alarmante ya que se observa que la cantidad de atenciones con esta enfermedad se ha triplicado del año 2013 al año 2014, siendo uno de los problemas de salud más comunes.

La diabetes mellitus es una enfermedad, que además de ser sistémica, crónica y degenerativa, tiene complicaciones que pueden terminar alterando la imagen corporal de la persona; todas ellas con un elevado elemento discapacitante, reduciendo la calidad y expectativa de vida de quién la padece, siendo una gran carga económica a los sistemas de salud y a las familias (11).

Siendo conocedores que el índice de personas con diabetes mellitus es cada día más alto, es mi preocupación por indagar y tener una visión más amplia del sentir vivencial de cada una de las personas que padecen esta enfermedad, es importante conocer las implicancias que tiene en sus vidas y conocer de qué manera impacta en la persona de modo que tengan una mejor calidad de vida. También es importante conocer el papel activo que estas personas pueden tener en la conservación de su propia salud y su experiencia de vida para afrontar su enfermedad.

Es importante mencionar que la enfermera en su día a día enfrenta retos y oportunidades en el cuidado de la salud de las personas, ya que debe participar oportunamente en la identificación y evaluación de las necesidades alteradas durante

el proceso salud enfermedad relacionado al efecto y/o repercusión de la enfermedad sobre su bienestar biopsicosocial, en especial en aquellas personas que padecen enfermedades crónicas y que requieren de un cuidado especial en la adaptación de nuevos estilos de vida, con la finalidad de poder sobrellevar adecuadamente su enfermedad, hace que la enfermera no solo se prepare en los procesos de atención, sino que también aprenda a conocer y pueda identificar las experiencias, emociones y sentimientos de estas personas, lo cual permitirá comprender y otorgar un cuidado de mejor calidad, en función al sentir de cada uno de ellos frente a su enfermedad.

Los resultados de la presente investigación, permitirán mejorar las competencias actuales de los profesionales enfermeros, y a desarrollar nuevas estrategias de cuidado para la atención de las personas con diabetes mellitus partiendo de sus propias vivencias. A su vez aportara elementos que justifiquen una propuesta para la creación de un consultorio de intervención de enfermería, para manejo y control de la diabetes mellitus en el servicio de consultorios externos del hospital en estudio. Asimismo, contribuirá a enriquecer los conocimientos en la ciencia de enfermería y podrán ser de aplicación en la docencia, práctica e investigación.

## **II. REFERENCIAL TEORICO CONCEPTUAL**

### **2.1 Referencial conceptual**

#### **2.1.1 Antecedentes del estudio**

En México; Velásquez M, Balcázar P. (12), en su estudio, “Vivencia personal de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2”, Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del estado de México 2012, los resultados evidencian que los participantes experimentan síntomas similares antes de ser diagnosticados, la independencia se ve afectada, hay dificultad para cambiar patrones alimenticios, conciben la enfermedad como catastrófica lo que afectará emocionalmente, pero el apoyo resulta vital para afrontar la enfermedad, hay una modificación del funcionamiento familiar y las relaciones interpersonales de la persona con diabetes se dañan.

Salcedo A, y otros (13), “Dominio cultural del autocuidado en diabéticos tipo 2 con y sin control glucémico”. Clínica del Seguro Social, México 2003. Los datos sociodemográficos de ambos grupos no mostraron diferencias significativas. Todos los modelos de respuesta comparados presentaron estructuras semánticas similares, con excepción a: "Qué se entiende como ejercicio". El promedio de conocimiento cultural sobre los aspectos analizados fue similar en ambos grupos, solamente el nivel de conocimiento relacionado a "Cómo debe ayudar la familia a un adulto para estar sano" fue estadísticamente significativamente mayor en pacientes controlados. Los hallazgos muestran a diferente estructura semántica sobre la concepción del ejercicio entre los grupos

de pacientes y la diferencia en el promedio de conocimiento cultural sobre el apoyo familiar para la salud del paciente.

En Brasil; Cintra E, Marcondes C. (14), en su investigación titulada “Siendo transformado por la enfermedad”, la vivencia del adolescente con diabetes 2007, podemos ver que los adolescentes participantes del estudio son resilientes al conseguir no solo convivir con la diabetes, sino también superar el riesgo de volverse personas sin estímulo y sufridas. Son personas que supieron enfrentar la situación de tener una enfermedad crónica como la diabetes, volviéndose más fortalecidos, a pesar del sufrimiento que viven, siendo así transformados. Podemos mencionar que la persona con resiliencia es una persona que sufre mucho, no obstante es capaz de dar significado a su sufrimiento que lo impulsa hacia adelante.

Moreira R. (15), “El cuidado de enfermería para con el ser portador de pie diabético”. Un enfoque fenomenológico 2010. Fueron entrevistados en sus domicilios ocho personas que residían en Bandeirantes, ciudad del norte de Paraná, Brasil, que tuviesen alguna complicación podológica derivada de tal patología. Para revelar el lenguaje de los entrevistados, utilizó la siguiente pregunta orientadora: ¿Cómo es para usted vivir con una complicación podológica desarrollada como consecuencia de su diabetes mellitus? del lenguaje de los sujetos surgió el tema: El ser-ahí y el cuidado inauténtico. Los resultados obtenidos revelan la importancia del cuidado holístico al Ser que

vivencia esta facticidad, pues muchas veces la subjetividad del cuidado resulta absorbida por la masificación de las reglas y normas institucionales.

En España; Ponce J. (16), en su investigación titulada “La diabetes: luces y sombras en el camino”. Relato biográfico de una persona con diabetes 2006, manifiesta en repetidas ocasiones que la diabetes le ha resultado una carga, que ha impedido que se haya desarrollado como persona. Por otra parte asegura no considerarse una enferma, que es consciente de las limitaciones a consecuencia de las complicaciones pero percibe una calidad de vida y una alegría que le confiere una sensación de gran bienestar.

En Ecuador; Aucay O. y Carabajo L. (17), en su investigación titulada “autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al club de diabéticos del centro de salud N”, Cuenca 2013, el (94.7%) de las personas del estudio, toman o se administran medicación para controlar la enfermedad y el (5.3%) la controlan con dieta equilibrada y ejercicio adecuado, se evidenció que el (82.5% realizan actividad física, el (100%) acude al control médico periódico, el (52.6%) se alimentan entre 4 a 6 veces al día. Los resultados encontrados en este estudio demuestran que las personas encuestadas, realizan diferentes actividades para su autocuidado como: ejercicio, dieta y cuidados generales en piel y pies, ayudándolos así a conllevar de mejor manera la enfermedad.

En Chiclayo; Constantino A. y otros (18), en su estudio, “Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en un hospital general”, Consultorio Externo de Endocrinología, Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo 2014. Se utilizaron los cuestionarios de Depresión y Ansiedad de Beck y una ficha de recolección de datos. Se determinaron frecuencias absolutas y relativas y un análisis inferencial exploratorio mediante el cálculo de razones de prevalencia e intervalos de confianza al 95%. Se hallaron (57,78%) personas con depresión y (65,19%) con ansiedad. No hubo asociación entre el control glicémico, depresión y ansiedad. La frecuencia de depresión y ansiedad en las personas diabéticas tipo 2 fue elevada. No se encontró asociación entre depresión y ansiedad con el control glicémico.

En Trujillo; Alayo I. y Horna J. (19), en su trabajo de investigación “Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo 2”, Hospital I Florencia de Mora. EsSalud 2013, con el propósito de determinar el nivel de conocimiento y su relación con la práctica de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo 2. Se aplicaron 2 instrumentos; el primer cuestionario orientado hacia el nivel de conocimiento y el segundo hacia la práctica de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo 2. Se observó que el (88.1%) de las personas del estudio, tiene un nivel de conocimiento bueno, el (11.9%) regular y el (0%) deficiente. Un (85.7%) tienen práctica de autocuidado bueno, el (14.3%) regular y un (0%) malo. Concluyeron que existe relación altamente

significativa entre el nivel de conocimiento y práctica de autocuidado en adultos con diabetes mellitus 2.

En Lima; Noda J. y otros (20), en su estudio “Conocimientos sobre su enfermedad en personas con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales”. Se realizó un estudio cualitativo para medir el nivel de conocimiento, sobre diabetes mellitus 2 en personas hospitalizados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y el Hospital Nacional Cayetano Heredia. En el (12,9 %) de las personas del estudio el nivel de conocimiento sobre la enfermedad fue adecuado, en el (48,39 %) intermedio y en el (38,71 %) inadecuado. No se halló asociación estadística entre el nivel de conocimiento con ninguna de las variables estudiadas. El nivel de conocimientos sobre la diabetes en estas personas fue insuficiente.

Tapia G. (21), en su investigación, “Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes diabéticos tipo 2 con infecciones adquiridas en la comunidad admitidos en los servicios de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia”. El (72.4%) de las personas recibían algún tipo de tratamiento, de ellos el (89.5%) lo seguían en forma irregular. La neuropatía periférica (87.5%) y nefropatía grado III-V (87.3%) son las complicaciones más frecuentes. Los principales focos de infección fueron los de partes blandas y tracto urinario. Según resultados disponibles, la mitad tuvo inversión de la relación albumino-globulina y más de la mitad tuvo dislipidemia. Se encontraron frecuentes complicaciones micro y macro vasculares, inversión de

la relación albumino-globulina y dislipidemia. La estancia hospitalaria fue prolongada, sobretodo en el grupo que desarrolló sepsis.

En Cañete; Untiveros Ch. (22), en su investigación “Complicaciones tardías en diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital II EsSalud Cañete 2000”, con el propósito de determinar las características clínicas y las complicaciones tardías en las personas con diabetes tipo 2 atendidos en los consultorios de medicina general y del Programa de Diabetes del Hospital II EsSalud Cañete. El (68.1%) recibían hipoglucemiantes orales y el (11.7%) requerían del uso de insulina. Los trastornos lipídicos predominantes fueron la elevación y disminución del LDL Colesterol. La retinopatía diabética (88.9%) e hipertensión arterial (61.3%) fueron las complicaciones más frecuentes. Vasculopatía periférica, neuropatía periférica y neuropatía autonómica fueron otras complicaciones crónicas frecuentes halladas en la población de estudio. Las complicaciones cardiovasculares fueron las más frecuentes.

En Chimbote; Palacios M. (23), en su estudio; “Influencia de un programa educativo en el nivel de autocuidado de las personas con diabetes mellitus”, Hospital III EsSalud 2008”, Antes de la aplicación del programa educativo la mayoría de personas encuestadas presentaron un nivel medio de autocuidado (82%) y después de la aplicación del programa educativo la mayoría de la muestra calificaron a nivel alto de autocuidado (88%). Determinándose que el programa educativo influyó positivamente mejorando el nivel de autocuidado

en las dimensiones de: conocimiento de la enfermedad, nutrición, ejercicio y estrés.

Cordova J. Graus S. y Portal I. (24), en su estudio realizado “Factores biológicos y sociales relacionados al nivel de auto cuidado de los usuarios que asisten al programa de diabetes”. Hospital III EsSalud Chimbote 2005. Se encontró una relación estadística significativa entre el nivel de información de la enfermedad y el grado de instrucción, con el nivel de autocuidado de las personas que asisten al programa de diabetes, los resultados demuestran que el (83.9%) de las personas tenían un nivel regular de autocuidado y el (15.6%) un nivel de autocuidado bueno.

### **2.1.2 Contexto del estudio**

Las enfermedades no transmisibles, como la diabetes, son la primera causa de pérdida de años de vida saludable (AVISA), los varones mayores de 60 años presentan mayor carga de enfermedad; por ejemplo, en el Perú, en el año 2004, según los resultados de carga de enfermedad, alrededor de 5`557,699 (AVISA) se perdieron a causa de discapacidad por enfermedad, lo cual representaba una pérdida de 201.8 AVISA por cada 1000 habitantes (25).

En los Lineamientos de Política de Salud 2007-2020, en el objetivo N° 2, la vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, y en el objetivo sanitario 7, el control de las enfermedades crónico degenerativas son de suma importancia, priorizándose la diabetes mellitus entre otras (25) (26). Por otro lado, la Dirección General de Epidemiología (DGE)

propuso un sistema de vigilancia de diabetes basada en casos atendidos en los servicios de salud, la misma que ayudará a complementar los indicadores de prevalencia de la diabetes en la población general y en grupos de riesgo, así como aquellos que muestran la prevalencia de los factores de riesgo. Desde el año 2010, el Sistema de Vigilancia de Diabetes en servicios de salud se desarrolla como un sistema piloto en algunos hospitales de Lima y en las diferentes regiones del país, el mismo que se encuentra en proceso de valoración (27).

El piloto se ha implementado en un entorno virtual con notificación de casos en línea; cada unidad notificante cuenta con un usuario y clave para poder registrar los casos de diabetes, poder hacer el seguimiento de estos y usar la información. Una evaluación del Piloto de Vigilancia realizada en octubre de 2012, reveló que la mayoría de usuarios del sistema están satisfechos con la utilidad de éste; al mismo tiempo se hicieron sugerencias para el mejoramiento del mismo, las mismas que ya fueron implementadas por la DGE. En esta fase, el sistema de vigilancia de diabetes está planteado para desarrollarse en hospitales, pero puede ampliarse a establecimientos de nivel I-3 y I-4, el requisito es que se cuente con un laboratorio con capacidad de realizar el análisis de glucosa en sangre, y que cuente con profesionales médicos (27).

El Sistema incluye un conjunto de variables mínimas relacionadas con la identificación del caso, la fecha de captación de éste, el tipo de diabetes, el nivel de glicemia al momento de su captación, la existencia de complicaciones de tipo neurológico o vascular, el tratamiento que recibe y la existencia de

comorbilidad. Adicionalmente se registra la presión arterial, el peso y talla de la persona con diabetes mellitus. Para el nivel de hospitales se solicitan los valores de la hemoglobina glucosilada que permitan evaluar el efecto del tratamiento hipoglicemiante. Estos datos son recogidos en una ficha epidemiológica y después son registrados on-line en el portal de diabetes. Los pacientes deben tener como mínimo un seguimiento de al menos una vez al año, para la ver adherencia al tratamiento y evolución de posibles complicaciones (27).

Desde la puesta en funcionamiento, el sistema de vigilancia de diabetes ha recogido un número creciente de casos, al semestre I del 2013, se consignaron 5001 casos de diabetes en 16 hospitales, de los cuales, 6 se registraron en una clínica particular de Lima; entre enero y junio del mismo año, se registraron 928 casos, esto representa el 18,6% de los casos registrados desde el inicio del piloto y el 24,2% de los casos registrados el año 2012. La implementación del piloto de vigilancia de diabetes se realizó el año 2011 y el sistema logró desarrollarse el año 2012 (27).

Durante el I semestre de este último año, ha habido una reducción del número de casos registrados, esto se atribuye a la ausencia de asistencias técnicas desde las Dirección Regional de Salud (DIRESA) a los hospitales y desde la DGE a las DIRESA. También hubo un retraso importante en la aprobación del documento que no ha permitido la implementación del documento normativo para la implementación del sistema en las otras DIRESA, sin embargo las DIRESA de Piura y Tumbes, por el interés que mostraron en el

monitoreo de este problema de salud, lograron su implementación y funcionamiento a pesar de no haber formado parte del piloto, desde el inicio de este, se espera que en el año 2014 se pueda implementar el sistema en todas las regiones del país (27).

El sistema de vigilancia considera el registro de diabetes tipo 1, diabetes tipo 2 y diabetes gestacional. La diabetes mellitus tipo 2 es la más habitual y representa el 91,1 % de los casos registrados hasta el I semestre de 2013, no obstante, un 5,8 % de casos registrados no especifica el tipo de diabetes. Siendo la medición del nivel de glicemia el criterio para el diagnóstico de la diabetes mellitus, hay un 8,8 % de casos en los que no se señala el nivel de glicemia. A su vez, solo el 31,1% cuenta con niveles de hemoglobina glucosilada, a pesar que este es un criterio de efectividad del tratamiento y que debería incluirse en la mayoría de las personas diagnosticadas, esta prueba no se realiza en algunos hospitales. Actualmente la vigilancia se está aplicando en 18 hospitales de Lima y del interior del país (27).

Con el objetivo de ayudar a tomar una decisión frente a cada caso individual, ya que estamos frente a un constante cambio científico, la Sociedad Peruana de Endocrinología ha elaborado la Guía Peruana de Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus (28). Es posible tomar medidas para frenar el incremento de la epidemia de la diabetes y la obesidad, sin embargo esto sólo puede lograrse con un enfoque que presente estrategias preventivas y educativas en todos los niveles. Estas estrategias deben concentrarse tanto en niños como en adultos; es crucial que el niño que sale de

la escuela ayude a educar a los padres a buscar un ambiente en el que puedan disfrutar seguros, buscando una mejor calidad de vida. Por lo tanto, hay que adoptar una estrategia global para transformar las dietas y cambiar los hábitos de vida en este mundo.

Con el apoyo de especialistas de diversos establecimientos de salud, la Estrategia Sanitaria del MINSA (29), propuso el anteproyecto de la “Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2” para contribuir a la reducción de la morbimortalidad de las personas con este mal que se está convirtiendo en una epidemia mundial. El anteproyecto busca recibir aportes, opiniones, sugerencias y comentarios de entidades públicas o privadas y de la ciudadanía en general.

El Seguro Social de Salud (ESSALUD), ha implementado el Centro de Atención Integral en Diabetes e Hipertensión (CEDHI), el cual es un centro especializado de EsSalud, que integra la Red de Prestaciones de Salud del Seguro Social y pertenece al II nivel de atención, brinda prestaciones de salud especializada, mediante la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento precoz de las complicaciones secundarias de la diabetes e hipertensión en los asegurados con patología cardio metabólica referidos de los centros asistenciales de menor nivel resolutivo (30).

### **2.1.2 Marco conceptual**

El presente trabajo de investigación se fundamenta en los conceptos: a) persona con diabetes mellitus y b) vivencias; se sustenta en la teoría de Heidegger.

## **Persona con diabetes mellitus**

La persona con diabetes mellitus presenta hiperglucemia, debido a que su páncreas no produce suficiente insulina o cuando su organismo no puede utilizar de modo eficaz la insulina producida. La insulina es una hormona que se produce en el páncreas, que ayuda a las células del cuerpo a absorber la glucosa que contienen los alimentos. Sin insulina, la glucosa se queda en la sangre, acumulándose por encima de los límites normales. La diabetes presenta una serie de síntomas que pueden incluir sed intensa, orina frecuente, cansancio y pérdida de peso.

Hay dos formas de diabetes: la diabetes tipo 1 cuando las personas no producen suficiente insulina y necesitan de insulina diaria para sobrevivir y la diabetes tipo 2 cuando el organismo es incapaz de utilizar eficazmente la glucosa que produce, suelen requerir hipoglucemiantes orales para regular la glucosa en sangre (31).

Entre los factores de riesgo: para el desarrollo de la diabetes tipo 2, podemos destacar: Historia familiar: tener antecedentes de diabetes tipo 2 en la familia. Obesidad: alrededor del 80% de las personas con diabetes tipo 2 son obesas. Vida sedentaria: la falta de ejercicio y actividad física. Envejecimiento: aunque la diabetes tipo 2 aparece ocasionalmente entre la gente joven, es poco común en personas de menos de 40 años. Estrés: puede ser una causa de la mala utilización de la insulina por parte del organismo. La hiperglicemia persistente es el denominador común de todas las formas de diabetes, el tratamiento orientado a normalizar la glicemia proporcionara la disminución de la

morbimortalidad que acompaña a la descompensación aguda, remisión o disminución de los síntomas clásicos y a la prevención de complicaciones microvasculares (31) (32).

En la historia clínica, deberá registrarse información para valorar el tipo de diabetes, grado de control metabólico, episodios de descompensación, complicaciones crónicas, patologías asociadas, nivel de cumplimiento y autocuidado, grado de aceptación de la enfermedad, nivel de conocimientos y capacidad de aprendizaje. La exploración física debe ser completa y detallada donde podrán detectarse algunos datos de complicaciones. Los exámenes auxiliares deben ser: glicemia en ayunas y postprandial, hemoglobina glicosilada, creatinina, colesterol total, colesterol de alta densidad y de baja densidad, triglicéridos, ácido úrico de orina: sedimento, glucosuria, cetonuria, microalbuminuria y electrocardiograma (31).

Las complicaciones de la diabetes mellitus son; hipoglucemia que es la concentración anormalmente baja de glucosa en sangre, ocurre cuando la glicemia es menor a 50-60 mg/dl., la cetoacidosis diabética cuando existe una inadecuada cantidad de insulina, hiperglucemia cuando el nivel de glicemia en la sangre es mayor a 110 mg/dl., la retinopatía diabética es una complicación microvascular que afecta los pequeños vasos sanguíneos de la retina del ojo y puede causar ceguera, nefropatía diabética es una afección microvascular donde aumenta la presión en los vasos sanguíneos renales y puede producir insuficiencia renal, neuropatías diabéticas: debido a mecanismos vasculares que afectan todos los tipos de nervios (31).

El desarrollo de las complicaciones se debe a la escasa información que tiene la persona con diabetes mellitus sobre su enfermedad y a la concientización de la importancia de su cuidado relacionado a cambios en su estilo de vida principalmente; a su higiene, dieta, ejercicios y uso adecuado de hipoglucemiantes.

El tratamiento de la persona con diabetes mellitus requiere un enfoque interdisciplinario, puesto que involucra aspectos farmacológicos, educativos, nutricionales, sociales, psicológicos y familiares. Los objetivos del tratamiento son: mantener los niveles glicémicos lo más cerca posible a lo normal, evitar hipoglicemias e hiperglicemias y tratarlas en forma oportuna y adecuada, prevenir o minimizar las complicaciones, aceptar y asumir el cargo de ser diabético con una actitud realista y positiva, permitir un estilo de vida tan normal como sea posible. El control de la diabetes depende de la interacción de los integrantes del equipo de salud, quienes deben dirigir sus esfuerzos a cinco acciones terapéuticas; educación al diabético y su familia, régimen alimenticio adecuado, actividad física regular, medicación y automonitoreo de los niveles de glicemia (33).

La responsabilidad del tratamiento de la diabetes pertenece exclusivamente al que la padece y por esta razón deberá recibir enseñanza sobre la forma de llevar a cabo su autocuidado. El programa de enseñanza se comienza desde el momento del diagnóstico, y se continuará toda la vida de la persona con diabetes mellitus, en el que debe incluirse a un miembro responsable de la familia. La enfermera también participa de manera importante en la enseñanza

dándole una información básica sobre la diabetes, el tratamiento, la prevención de complicaciones e higiene personal. Una información detallada relacionada con las habilidades de supervivencia, así como aprender medidas preventivas para evitar las complicaciones de la diabetes a largo plazo (32).

El tratamiento dietético en la persona con diabetes mellitus, pretende nutrir adecuadamente y contribuir a la consecución de la normo glicemia. Este objetivo se alcanza mediante un plan de alimentación que contemple la medición de las calorías globales y de los hidratos de carbono de cada ingesta. La pérdida de peso, es el método más eficaz para disminuir la resistencia a la insulina. El contenido calórico global está condicionado por el metabolismo basal del individuo; depende de su peso, edad, talla, sexo y de su actividad física. Los hidratos de carbono deben aportar entre el 50-60% de las calorías, las proteínas alrededor del 15% y las grasas el resto (34).

La prescripción dietética en la diabetes debe entenderse desde la perspectiva del trastorno crónico, aplicando un programa en el que se introducen gradualmente los cambios necesarios para conseguir una conducta alimentaria adecuada a las necesidades de cada persona. Requiere dar normas positivas proporcionando recomendaciones culinarias que permitan un seguimiento alimentario lo más agradable posible. Las recomendaciones deben hacerse de forma individualizada teniendo en cuenta tipos y cantidades de alimentos. Los cambios de hábitos son muy difíciles y solo se consiguen si se diseña un programa a largo plazo. Las recomendaciones acordadas deben darse por escrito (32).

La actividad física regular y moderada tiene un efecto benéfico en la persona con diabetes mellitus. Mejora la sensibilidad a la insulina y la tolerancia a la glucosa, ayuda a controlar la glicemia en ayunas y postprandial persistiendo su efecto benéfico aun horas después de realizado, contribuye a mantener el peso normal, mejora los factores de riesgo cardiovasculares, disminuye los lípidos de mediana y de baja densidad, triglicéridos, insulina, presión arterial y aumenta los lípidos de alta densidad. El tipo de ejercicios recomendado es el aeróbico. La intensidad debe ser moderada: caminar a buen paso y con una frecuencia de tres a cuatro veces a la semana y con una duración de 30 minutos. Deberá evitarse en temperaturas extremas y en los días de glicemias altas. Los pies deberán examinarse diariamente después del ejercicio en busca de cortes, ampollas, etc. (31).

El estrés podría desencadenar diabetes tipo 2 en personas predispuestas. Además, en personas que ya tienen el diagnóstico, el estrés puede afectar sus niveles de glucosa en sangre. El mecanismo está relacionado con las hormonas del estrés; la adrenalina y el cortisol, tienen como uno de sus principales efectos la movilización de la energía almacenada, que incluye a la glucosa y a los ácidos grasos. Los efectos directos del estrés sobre los nervios que controlan el páncreas también pueden inhibir la secreción de insulina. En las personas con diabetes mellitus, la falta de insulina o la presencia de una insensibilidad importante a la insulina provocan que la glucosa recién producida se acumule en la corriente sanguínea. Simples técnicas de control de estrés pueden tener un impacto importante sobre el control de la glucosa a largo plazo (35).

El tratamiento farmacológico se debe iniciar en toda persona con diabetes mellitus que no haya alcanzado las metas de buen control glicémico con los cambios en sus estilos de vida. La insulino terapia se utiliza cuando el organismo del paciente no produce suficiente insulina, y cuando la dieta no puede controlar la diabetes, pero no todas las personas con diabetes mellitus requieren insulina. En efecto, los obesos no dependientes de esta hormona, sin complicaciones ni cetonuria y con pocos síntomas, suelen controlar su diabetes por medio de dieta e hipoglicemiantes por vía oral. Los hipoglicemiantes orales son eficaces en pacientes con diabetes tipo 2 no insulino dependientes que no pueden ser tratados con dieta solamente (32).

La automonitoreo de los niveles de glicemia es la medición de los niveles de glucosa en sangre realizada por la persona con diabetes mellitus en su hogar. Permite a este hacerse cargo de su enfermedad, ayuda a entender los efectos de la alimentación, la medicación y otros aspectos en el control metabólico. La auto medición de la glucosa en sangre la puede utilizar cualquier persona, pero se recomienda principalmente en todos aquellos que utilicen insulina o que presenten fluctuaciones grandes en los niveles de glicemia. Este debe conocer las metas en el control de la glicemia y los tiempos de acción de las diferentes insulinas, esto le permitirá ajustar los diferentes componentes del tratamiento para lograr mejores controles. El monitoreo de la glucosa permite ajustar las dosis de insulina, siempre que se encuentre una cifra alterada de glicemia (33).

La educación a la persona con diabetes mellitus es fundamental y esencial en el tratamiento, es tan importante como la dieta o los medicamentos. Es

necesario se incorpore como Política de Estado en los Programas Nacionales de Salud, debe hacerse énfasis en la importancia de controlar los factores de riesgo asociados que hacen de la diabetes mellitus una enfermedad grave. La educación facilita alcanzar los objetivos de control metabólico, que incluyen la prevención de las complicaciones a largo plazo, gracias al proceso educativo la persona con diabetes mellitus se involucra activamente en su tratamiento y puede definir los objetivos y medios para lograrlos de común acuerdo con el equipo de salud (36).

Se debe adjudicar presupuesto a la educación de las personas con diabetes dentro de los programas oficiales de control y tratamiento de las enfermedades crónicas. Es decisión de la Asociación Latinoamericana de Diabetes, promover acciones para educar a las personas que la padecen, a través del Programa de Educación de Diabetes Mellitus en Latinoamérica (36).

### **Vivencias**

Las vivencias son experiencias vividas o que puede vivirse, término genérico para cualquier fenómeno psíquico, es la experiencia que alguien vive y que de alguna manera entra a formar parte de su carácter. La vivencia, además, supone la posibilidad de adquirir conocimientos y también habilidades que sin dudas enriquecerán a la persona, porque siempre tras una vivencia quedará registrada una información que en el futuro, de repetirse, permitirá no solamente saber cómo actuar ante tal o cual situación similar a la vivencia pasada, sino que además nos dejará un aprendizaje revelador, que será decisivo para no repetir una mala actitud o comportamiento (37).

Las vivencias son experiencias emocionales e intelectuales de una persona, especialmente las que son muy intensas y las que se incorporan a su personalidad: las vivencias de una persona en la situación terapéutica, vivencias de gran intensidad emocional, vivencias de los juegos infantiles, etc., es toda experiencia de vida. Por otra parte, las vivencias de una persona, aunque no sean las mismas de otra, sin dudas son importantes de conocer, porque de alguna manera enriquecerán a quien no haya vivido algo similar y en el caso que una situación similar se le presente en el futuro tendrá herramientas para resolverla, o en su defecto, si en lo inmediato no suponen aprendizaje, seguramente satisfarán los deseos de curiosidad que tienen de por sí los seres humanos respecto de algunas situaciones, profesiones, entre otras posibilidades (38).

Wojtyla K. (39), define la experiencia como los hechos en el que el hombre tiene que enfrentarse consigo mismo; es decir, es la relación cognitiva con su propio yo, de forma que nunca experimenta nada exterior sin al mismo tiempo tener la experiencia de sí mismo. Desde el punto de vista fenomenológico, la unidad esencial de las experiencias de cada individuo está formada por un conjunto de sensaciones y emociones que posteriormente son ordenadas por la mente. Indudablemente cada experiencia es un hecho singular y cada una de las veces en que se produce es algo único e irrepetible pero, aun así, existe algo que debido a toda una secuencia de momentos empíricos, se puede denominar la “experiencia del hombre”.

La emoción, es un sentimiento intenso que conlleva una conmoción somática u orgánica característica que modifica el ritmo y activa la fuerza

muscular y la secreción interna de las glándulas endocrinas. La actitud cognoscitiva o tendencial, sensible o intelectual causan las emociones. Emoción negativa: Si el objeto obstaculiza el camino a la felicidad. Emoción positiva: Se presenta como elemento que la favorece. Los sentimientos y emociones influyen en la personalidad y están acompañados de carga emocional, gozo o tristeza, amor o ira, temor o esperanza, etc. (40).

La emoción es un estado afectivo que experimenta una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos, fisiológicos y endocrinos de origen innato, influidos por la experiencia. Las emociones tienen una función adaptativa del organismo a lo que les rodea. Es un estado que sobreviene súbita y bruscamente, en forma de crisis más o menos violentas y más o menos pasajeras. Durante mucho tiempo las emociones han estado consideradas poco importantes y siempre se le ha dado más relevancia a la parte más racional del ser humano. Pero las emociones, al ser estados afectivos, indican estados internos personales, motivaciones, deseos, necesidades e incluso objetivos (41) (42).

Es difícil saber a partir de la emoción, cuál será la conducta futura de las personas, aunque puede ayudar a intuirlo apenas se tiene unos meses de vida se adquiere emociones básicas como el miedo, el enfado o la alegría. Algunos animales comparten esas emociones tan básicas, que en los humanos se van haciendo más complejas gracias al lenguaje, porque se usan símbolos, signos y significados. Cada persona experimenta una emoción de forma particular, dependiendo de sus experiencias anteriores, aprendizaje, carácter y de la

situación concreta. Algunas de las reacciones fisiológicas y de comportamiento que desencadenan las emociones son innatas, mientras que otras pueden adquirirse (42) (43).

Existen 6 categorías básicas de emociones: el miedo, que es la anticipación de una amenaza o peligro que produce ansiedad, incertidumbre, inseguridad; la sorpresa, que es el sobresalto, asombro, desconcierto. Es muy transitoria. Puede dar una aproximación cognitiva para saber qué pasa; la aversión que se refiere al disgusto, asco, se suele alejarse del objeto que produce aversión; la ira que corresponde a la rabia, enojo, resentimiento, furia, irritabilidad; la alegría que es diversión, euforia, gratificación, contentos, da una sensación de bienestar, de seguridad y la tristeza que refiere a pena, soledad, pesimismo (41) (44).

Para Heidegger (45), estar en el mundo es existir, es estar involucrado y comprometido. El nuevo objeto trascendental que la experiencia deja brotar no es otro que “la autoconciencia” que constituye la esencia de la conciencia. En la experiencia de la conciencia lo que es traído y aparece es la verdad incondicionada, es el modo en el que la conciencia se pone en camino hacia el propio concepto que lo que en verdad es. La experiencia es la vivencia personal de una situación repetida, posee experiencia quien ha conocido una realidad existencial no solo teóricamente, sino que lo pone en práctica. Referido a los juegos de roles, la experiencia es una puntuación que permite al personaje adquirir características nuevas o mejorar las que ya posee.

El sentimiento es un aspecto subjetivo de la vida psíquica de la persona constituida de conocimientos y tendencias que produce una impresión

agradable o desagradable. Ej; La tristeza que nos causa el hecho de una enfermedad grave. Los sentimientos provocan reacciones tranquilas, Ej; La alegría como estado placentero al convivir con la familia. El ser humano desde el nacimiento dispone de un potencial biológico e intelectual que debe desarrollar a lo largo de su ciclo vital, culminando en la maduración en la edad adulta. La persona es un ser racional, único e independiente, existente e inacabado, que se va realizando a sí mismo a través de la historia y de la vida propia y en relación con la sociedad, siempre está en una búsqueda interior de llegar a ser y nunca se identificará con un producto acabado, es un proceso de actualización continua inherente a la condición del ser (46).

## **2.2 Referencial teórico-filosófico**

En la presente investigación se utilizó el pensamiento del filósofo alemán Martin Heidegger, tuvo la finalidad de comprender las vivencias de las personas con diabetes mellitus, con el objetivo de lograr un acceso metódico adecuado al fenómeno originario de la vida. Heidegger, sostenía que la significatividad y la movilidad constitutivas de esta última no pueden aprehenderse en el marco de la filosofía de la conciencia. El modelo clásico de un sujeto de conocimiento puro contrapuesto a la realidad del mundo exterior no satisface la exigencia fenomenológica de ir a las cosas mismas. Una fenomenología transformada en términos hermenéuticos es ahora el mundo circundante inmediato en el que se da toda vivencia, y su tarea consiste en aprehender la vida en su pleno sentido de realización. En este sentido Heidegger define la filosofía como una ciencia originaria de la vida (47).

La hermenéutica en la importancia originaria de la palabra, significación en la que designa el quehacer de la interpretación. Interpretación; es ponerse en el acto de la comprensión. Comprensión; es que tiene siempre la estructura del comprender algo en cuanto algo. Sostiene Heidegger. Lo que la circunspección explícita en su para qué, y precisamente en cuanto tal, lo explícitamente comprendido tiene la estructura de algo en cuanto algo (47).

La interpretación es el desarrollo de las posibilidades proyectadas en el comprender, siguiendo los análisis preparatorios del Dasein cotidiano, se estudia el fenómeno de la interpretación sobre la base del comprender del mundo, es decir, del comprender impropio, pero en el modo de su genuinidad. Dicho de otro modo, se comprende una cosa en cuanto cosa, un útil en cuanto útil, un vegetal en cuanto vegetal, del cual implica siempre la presencia de un parámetro previo del que ya se dispone. Comprender es proyectar ese conocimiento previo y comprobar que el objeto por conocer se ajusta a la forma mental de la expectativa, cuando el objeto no se ajusta al molde mental, entonces, lo que se impone es escoger otro molde que haga posible la corrección. Se podría decir que la tarea de la comprensión es siempre hermenéutica en el sentido en que presupone en todos los casos un conocer previo, un patrón adquirido con anticipación al acto de conocimiento de que se trata (48).

La fenomenología interpretativa o hermenéutica fue propuesta por Heidegger, como una metodología filosófica para descubrir el significado del ser (entes) o existencia de los seres humanos en una manera diferente a la tradición positivista. El principal objetivo de Heidegger fue entender lo que significa ser una persona y cómo el mundo es inteligible para los seres humanos. La fenomenología mira las cosas por

sí mismas. Para Heidegger, un fenómeno es lo que se muestra por sí mismo, lo que se hace manifiesto y visible por sí mismo, la pregunta ontológica es aquí una pregunta fenomenológica. Sólo es una pregunta hermenéutica en la medida en que ese sentido está encubierto, en todo lo que permite acceder a él. Pero para que se convierta en una pregunta hermenéutica, pregunta sobre el sentido encubierto, es preciso que se reconozca que la pregunta central de la fenomenología es una pregunta acerca del sentido (47) (49).

El ser es lenguaje y tiempo, y el contacto con las cosas está siempre mediado por prejuicios y expectativas como consecuencia del uso del lenguaje. Cualquier respuesta a una pregunta acerca de la realidad se halla manipulada de antemano, ya que siempre existe un pre comprensión acerca de todo lo que se piensa. Para Heidegger, el fenómeno del que se ocupa primeramente la fenomenología, está primeramente oculto, encubierto. Ese fenómeno no es otro que el ser, y es ocultado o encubierto por todos los demás fenómenos que acaparan la atención de un modo inmediato, por lo que tiene que ser sacado a luz, dado que se encuentra en la raíz de todos los otros fenómenos que se encuentran en primer plano. Para sacar a luz el sentido del ser es necesario partir de la caracterización del ser, en tanto que abierto a la comprensión del ser, apertura que Heidegger designa como posibilidad de ser o como proyecto libre (37) (47) (49).

Respecto a la muerte y la existencia auténtica, Heidegger sostiene que la existencia auténtica es la que caracteriza porque escoge sus posibilidades reales, vive con una conciencia lúcida de lo que es. Y asume la angustia ante la nada de la muerte, que es la posibilidad más cierta e inminente que todo hombre posee. Mientras que la

existencia banal trata de eludir la muerte, las conversaciones acerca de la muerte y hasta la proximidad de la muerte al enfermo desahuciado, el hombre auténtico es un ser para la muerte, es decir, vive en su contingencia, su finitud, su limitación; sabe que con la muerte termina todo, se anticipa a ella y da sentido real a cada instante que vive. Desde que el hombre nace, continuamente muere, cada instante vivido es un instante menos en su existencia precaria y efímera. Vivir esta limitación en donde se asoma la nada, continuamente, produce angustia. El hombre auténtico asume su limitación y su angustia (47) (50).

La función de la hermenéutica del Dasein consiste en explicitar esa existencia en primer lugar para destruir los diferentes estratos de esa ocultación, pero también para sacar a luz éste, tal como puede ser en sí mismo para sí mismo, es decir para que cada Dasein pueda ser propiamente sí mismo. En el cuidado del ser - ahí por su propio ser arraigan las preguntas fundamentales de la filosofía; por lo tanto, la hermenéutica del Dasein repercute sobre el Ser mismo, se podría añadir por otra parte, que la existencia propia o auténtica del Ser repercute, a su vez, sobre el planteamiento adecuado de las preguntas filosóficas. Heidegger llama interpretación a un desarrollo ulterior de la comprensión, la que se apropia de lo comprendido, haciéndolo expreso o explícito (47) (51).

La fenomenología interpretativa o hermenéutica se fundamenta en los siguientes supuestos filosóficos sobre la persona o ser humano; los seres humanos tienen mundo. Para Heidegger estar en el mundo es existir, es estar involucrado, comprometido, habitar o vivir en el mundo es la forma básica de ser en el mundo del ser humano, el mundo está constituido y es constitutivo del ser, los seres humanos tienen un mundo

que es diferente al ambiente, la naturaleza o el universo donde ellos viven, este mundo es un conjunto de relaciones, prácticas y compromisos adquiridos en una cultura, el mundo es el todo en el cual los seres humanos se hallan inmersos en, y rodeados por (47) (52).

Heidegger dice que el mundo es dado por nuestra cultura y lenguaje y hace posible el entendimiento de nosotros mismos y de los demás, el lenguaje hace posible las diferentes formas particulares de relacionarse y sentir que tienen valor en una cultura. Habilidades, significados y prácticas tienen sentido gracias al mundo compartido dado por la cultura y articulado por el lenguaje. Este conocimiento o familiaridad es lo que Heidegger llama mundo (47) (49).

El mundo se da por sentado, es decir, es obvio e ignorado por los seres humanos; sólo se nota en situaciones de ruptura o destrucción como en el caso de la enfermedad de un hijo. Los mundos en los que vive la gente no son universales y atemporales, por el contrario, son diferentes según la cultura, el tiempo o época histórica, y la familia en que se nace. El mundo es esa red de relaciones, formada por los objetos que están a la mano; cada uno remite a los demás. Y ese conjunto de relaciones forma parte integrante del ser de cada hombre. En otras palabras, no se podría comprender a una persona determinada, sin ese mundo peculiar que lo rodea (47).

Heidegger explica los existenciales del hombre, o sea, sus características más importantes, que se podrían reducir a cuatro: cuidado, libertad, transparencia y temporalidad. El hombre es cuidado, es decir, está lanzado hacia las cosas o instrumentos del mundo. La libertad es el hecho de proyectarse hacia sus propias posibilidades; la trascendencia es lo mismo que la libertad, pues el hombre surge por

encima de las cosas, se escoge y se hace su propio ser, en oposición a los objetos, cuya esencia está hecha y terminada. La temporalidad consiste en que el hombre no está en el tiempo, sino que es un proceso de temporalización, cuyos éxtasis, o salidas del mundo, originan los tres momentos del tiempo entendido corrientemente (47) (49).

La persona como un ser para quien las cosas tienen significado; La manera fundamental de vivir las personas en el mundo es a través de la actividad práctica. Heidegger describe dos modos en los cuales los seres humanos están involucrados en el mundo. El primero es aquel en el cual las personas están completamente involucradas o sumergidas en la actividad diaria sin notar su existencia, en éste las personas están comprometidas con cosas que tienen significado y valor de acuerdo con su mundo (47).

El segundo modo es aquel en el cual las personas son conscientes de su existencia. Por ejemplo, cuando una persona está sana y todo sucede sin novedad para la persona y la familia quienes viven su existencia sin poner demasiada atención a lo que hacen, ellos viven una vida normal. En cambio, cuando la persona tiene alguna enfermedad, la vida de esta persona y de su familia son interrumpidas, ellos son conscientes de todo en su vida diaria, la vida normal de la familia ya no es normal (47).

Los seres humanos son seres auto interpretativos pero en una forma no teórica; Lo son porque las cosas tienen importancias para ellos. Estos intereses de la persona nos muestran lo que es importante o preocupante en una situación específica. Conocer y comprender lo que rodea al ser humano es una manera fundamental de ser en el

mundo. Las personas entienden y captan significados de lo que les rodea mediante el lenguaje. Los seres humanos son y están constituidos por el conocimiento y comprensión del mundo, por lo que, el lenguaje sirve para representarse a sí mismo y al mundo, pero también constituye la vida. Ciertas maneras de ser, sentir y de relacionarse con los demás son solamente posibles con ciertos recursos lingüísticos. El lenguaje representa, articula y hace que las cosas se manifiesten y al hacerlo moldea nuestras vidas (47).

La persona como corporalidad; ser humano es tener una inteligencia corporal que hace posible involucrarse hábilmente en las situaciones. Las prácticas comunes se basan en capacidades perceptuales corporales compartidas. La persona vive el mundo como un cuerpo hábil, su inteligencia corporal le permite responder a las necesidades, por ejemplo, de un hijo enfermo, de una manera muy hábil aún en ausencia de comunicación verbal (47) (49).

La persona como un ser temporal; Heidegger concibió a la persona como ser en el tiempo. Pero no en un tiempo lineal o la sucesión infinita de ahora como generalmente se piensa en las culturas occidentales. Heidegger llama al tiempo temporalidad y, según él, el tiempo es constitutivo del ser o existencia. El tiempo lineal dificulta concebir la continuidad o transición: hace creer que los seres y cosas son estáticas y atemporales. En la tradición científica positivista, esta concepción del tiempo lleva a un sistema de leyes que también se suponen atemporales (47) (49).

### **III. METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de investigación**

El presente trabajo de investigación es cualitativo. Esta, se presenta como el camino más coherente para lograr los objetivos de una investigación que pretende interpretar las vivencias o subjetividad de las personas, responde a cuestiones particulares de las ciencias sociales, con un nivel de realidad que no puede ser cuantificada, trabaja con el universo de significados, motivos aspiraciones, creencias, valores y actitudes, lo que corresponde a un espacio más profundo de las relaciones y fenómenos que no pueden ser reducidos a operacionalización de variables. De allí su aplicación en el área de enfermería donde se profundiza en el mundo de los significados de las acciones y relaciones humanas, lo que no puede ser perceptible con ecuaciones, medios y estadísticas (53).

Según Polit y Hungler (54), la investigación cualitativa se basa en la premisa de que el conocimiento de los seres humanos no es posible sin describir las experiencias de los propios hombres, de la forma en que los viven y como los describen, ellos mismos buscan la comprensión de aquello que se estudia, orientada más al aspecto humano dando base para la atención integral multidisciplinaria y personalizada.

Los investigadores cualitativos estudian la realidad en su contexto natural, tal y como sucede intentando interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. La investigación cualitativa podría entenderse como “una categoría de diseños de investigación que extraen descripciones a partir de observaciones que adoptan la forma de entrevistas,

narraciones, notas de campo, grabaciones, registros”. La mayor parte de los estudios cualitativos están preocupados por el entorno de los acontecimientos y centran su estudio en los contextos naturales, tomados tal y como se encuentran (55).

Denzin y Lincoln, en García (56), definen al proceso de investigación cualitativa a partir de tres actividades genéricas interconectadas entre sí, que han recibido numerosos nombres incluyendo: Teoría, método, análisis, analogía, epistemología y metodología. De esta forma cada investigador se enfrenta al mundo desde un conjunto de ideas; un marco (teoría) que determina una serie de cuestiones (epistemología) que son examinadas de una forma determinada (metodología, análisis).

### **3.2 Método de la investigación**

Dentro de las diferentes metodologías que conforman la investigación cualitativa, en el presente trabajo se abordó el método fenomenológico, que da la opción de indagar sobre el fenómeno con la intención de comprender lo vivido, pues para que el fenómeno se muestre no basta vivirlo, la comprensión trasciende esta perspectiva a través del ser y sentir del otro (57).

La fenomenología, es la investigación sistemática de la subjetividad, es el estudio de la experiencia diaria, de develar las estructuras significativas internas del mundo de la vida. El concepto central de la fenomenología es la intencionalidad de la conciencia; su orientación hacia el objeto, está destinado a sustentar el principio idealista subjetivo de que no hay objeto sin sujeto, lo básico del método es abstenerse de formular juicios de cualquier clase que conciernen a la realidad objetiva y que rebasen los límites de la experiencia pura o sea subjetiva, se ve al propio sujeto del conocimiento no como un

ser real, empírico, social y psicofisiológico, sino como conciencia pura, trascendental (55).

El filósofo alemán Heidegger M. el más digno representante de este método la llamó “Fenomenología Hermenéutica” siguiendo una fenomenología desde la comprensión, basada en la historicidad, estos estudios fenomenológicos pretenden dar cuenta de la esencia del significado de los discursos, se hacen las preguntas donde se trata de develar la esencia de una experiencia, esta metodología no representa el proceso de desarrollo del espíritu, sino la apropiación de este proceso por una conciencia que debe, en primer lugar, liberarse así misma de las concreciones exteriores y alcanzar el saber puro a través de la experiencia de la reflexión (58).

Según Heidegger (59), el individuo y por extensión el ser humano, es lo que uno hace en el mundo, pues una reducción fenomenológica a la experiencia es imposible, y como la acción humana se compone de un dominio directo de los objetos, no es necesario situar una entidad especial mental, llamada significado, para explicar la intencionalidad. Para Heidegger, la situación dentro del mundo entre las cosas en el momento de realizar proyectos es un tipo de intencionalidad más trascendente y fundamental que el manifestando sólo con mirar o pensar sobre los objetos, y es esta intencionalidad más fundamental la que hace posible la direccionalidad.

El objetivo en fenomenología interpretativa es comprender las habilidades, prácticas y experiencias, y articular las similitudes y las diferencias en los significados. La fenomenología interpretativa intenta desarrollar un entendimiento e interpretación del ser humano basado en sus compromisos, significado y prácticas. Sin embargo, los seres humanos como seres históricos, situados y multifacéticos son

comprendidos en aspectos finitos y específicos. Comprender o entender a los seres humanos exige escuchar sus voces, sus historias y experiencias. Ver y decir lo que es y lo que no es (50) (60) (61).

Benner P. (62), llamó entendimiento oposicional, no es suficiente para interpretar las experiencias humanas porque dan un entendimiento incompleto de éstas. La ética de los investigadores interpretativos se basa en el respeto por la voz y la experiencia descrita en el texto por la persona participante. La ética guía es ser verdadero frente al texto o las voces de los participantes.

El estudio de la fenomenología es una disciplina que implica el ejercicio de reducción de la amplia gama de conocimientos sobre los movimientos de la conciencia, movimientos que se producen al tener contacto con los objetos y el descubrimiento de la intencionalidad que es el enlace entre el uno y el otro. En síntesis, el método fenomenológico, consiste en: Examinar todos los contenidos de la conciencia; Determinar si tales contenidos son reales, ideales, imaginarios, etc.; Suspender la conciencia fenomenológica, de manera tal que resulta posible atenerse a lo dado en cuanto a tal y describirlo en su pureza (63).

En el mundo de la Enfermería resulta difícil objetivar las verdades a través de los conocimientos empíricos por la complejidad de las vivencias y experiencias del ser humano dentro del contexto de salud y enfermedad. Al profundizar y ampliar nuestro foco de interés hacia lo humano, orientándolo hacia las tendencias más recientes de la investigación, se busca la comprensión de estos fenómenos que exigen un conocimiento basado en los principios científicos que lo sustentan, así como también

los principales recursos metodológicos, que permiten la captación de estos fenómenos pocos explotados en el área de la disciplina (63).

A través del enfoque fenomenológico se logra como profesional de enfermería, percibir con mayor claridad las vivencias de las personas, profundizando y ampliando el foco de interés hacia lo humano, buscando la comprensión de estos fenómenos que exigen un conocimiento basado en los principios filosóficos y recursos metodológicos, para proporcionar cuidados más humanizados, dando las bases para una atención integral, multidisciplinaria y personalizada a los usuarios. Por lo que es oportuno encaminar estudios dentro de las perspectivas de la investigación cualitativa, haciendo uso de la fenomenología, donde no existen ideas preconcebidas, ni expectativas que guíen al investigador, sino que se trata de describir la experiencia vivida de las personas a través de la interrogación. Además la mayor motivación es buscar el significado del fenómeno que viene a ser aquello que se manifiesta.

### **3.3 Sujetos de la investigación**

Los sujetos de la investigación lo constituyeron las personas con diabetes mellitus que acudieron a consultorios externos del Hospital III EsSalud - Chimbote, se utilizó el criterio de saturación tipo bola de nieve, llegando a saturarse la muestra con 6 sujetos entrevistados.

La muestra estuvo conformada por 6 personas con diabetes mellitus los mismos que cumplieron con los siguientes requisitos de inclusión: personas adultas de ambos sexos entre 20 y 60 años de edad, que no presentaron problemas de comunicación, conscientes de sus actos, que aceptaron participar voluntariamente en la investigación y firmaron su consentimiento informado.

### **3.4 Escenario de estudio**

El escenario dentro del cual se desarrolló la investigación fue el Hospital III EsSalud - Chimbote, el estudio se aplicó a nivel del servicio de consultorios externos, el cual cuenta con consultorios de medicina, cirugía, urología, endocrinología, cardiología, gastroenterología, otorrinolaringología, traumatología, psiquiatría, dermatología, reumatología, medicina física, nefrología, dental, oftalmología, pediatría, cirugía pediátrica, nutrición, psicología y servicio social.

### **3.5 Procedimiento de recolección de datos cualitativos**

#### **3.5.1 Técnica de recolección de datos**

La técnica de recolección de datos fue la entrevista personalizada abierta a profundidad, para Delgado y Gutiérrez (64), la entrevista se define, como un proceso comunicativo por el cual el investigador extrae una información a la persona, que se instituye y desenvuelve a partir de su capacidad para dar cuenta de la vivencia individual del informante. Para Burns y Grove (65), la entrevista abierta a profundidad es un proceso de interacción específica y parcialmente controlada en la que se puede empezar con una pregunta general. Después del inicio de la entrevista, la función del entrevistador es animar al sujeto a seguir hablando, utilizando técnicas que indiquen interés.

Para Richmond (66), la entrevista se define como un método para establecer el diagnóstico, a través de la utilización de la deducción, el diagnóstico apunta a un conocimiento de la situación social y la personalidad del cliente, es un método de acceso a las personas, el entrevistador debe

comparar, conciliar, llenar las lagunas en la recopilación de datos relevantes para la solución del caso, recomienda el examen de cada uno de los datos y su relación con otras personas para hacer el diagnóstico. Donde se describen las dificultades, las peculiaridades y características de diferenciación de las personas y señala que cualquiera que sea el diagnóstico, debe incluir la enumeración de los factores causales que determina el orden de su importancia.

La entrevista en profundidad, es un proceso de entendimiento y confianza mutua entre el entrevistador y el entrevistado, esa relación es tan importante que llega a condicionar la calidad de la información recibida, una situación normal de entrevista debe realizarse en un clima que respete la interacción natural de las personas, hay que dejar hablar al entrevistado sobre el tema de modo que pueda expresar libremente sus ideas. Debemos tener en cuenta algunos elementos que ayudan a conseguir ese clima de naturalidad y de libre expresión en la entrevista; no emitir juicios sobre la persona entrevistada, permitir que el entrevistado hable, realizar comprobaciones cruzadas, prestar atención y ser sensible (55).

En la presente investigación, se formuló una pregunta, las respuestas fueron grabadas previo consentimiento informado del sujeto de investigación, la pregunta estuvo orientada hacia los objetivos del estudio, obviando en lo posible las preguntas con respuestas estructuradas y evitando emitir opinión que pudiera cambiar o manipular la respuesta de la persona, dejando que esta exprese todas sus vivencias, con la finalidad de no perder la esencia misma del discurso.

### 3.5.2 Procesamiento de datos

El procesamiento de los datos se realizó siguiendo los momentos de la trayectoria fenomenológica: descripción, reducción e interpretación fenomenológica.

**a. Descripción fenomenológica.** - Es el primer momento de la trayectoria fenomenológica, que constituye el resultado de una relación dialógica que se da de un sujeto a otro a través del discurso de los participantes que representan las percepciones de la persona, que definen la vivencia del fenómeno, se receptionan en cintas magnetofónicas, los discursos son escuchados y transcritos para los análisis respectivos. El análisis del discurso pronunciado permite que el fenómeno se muestre tal como es. Las descripciones revelan las estructuras del fenómeno, las experiencias, sin enfatizar el contenido específico y si la estructura general y fundamental del fenómeno que es la esencia (67).

Merighi M. (68), nos dice que la tarea del investigador es dejar que el mundo de aquel que describe se revele en la descripción, y así llegar a la esencia o estructura del fenómeno, que debe mostrarse necesariamente, en la descripción. La investigación fenomenológica está dirigida por los significados relevantes de interés para esclarecer o develar el fenómeno sobre las percepciones que el sujeto da a su experiencia vivida. Estas percepciones de los sujetos están contenidos en los discursos y constituyen los elementos estructurales del fenómeno. Son descripciones ingenuas, espontáneas, así mismo las instrucciones dadas a los sujetos al ser

entrevistados sobre el fenómeno no pueden surgir o indicar lo que se está indagando, pues no deben ser influenciados por sugerencias o indicaciones.

A medida que la investigadora realiza repetidas lecturas sobre su contenido de los discursos de las situaciones vividas y manifestadas en su propio lenguaje o mundo, así van identificándose las unidades de significado que son atribuidos por el investigador, conforme a su óptica de tal forma que exprese lo vivido por cada sujeto en relación al fenómeno de estudio. Al inicio, estas unidades deben ser tomadas conforme son propuestas por el sujeto que está describiendo el fenómeno y cuando el investigador llega a una visión del todo, entonces está apto para iniciar la reducción del fenómeno (67).

Para realizar este procedimiento se utilizó como recurso la entrevista abierta a profundidad a través del diálogo que se generó entre el sujeto y el investigador. Se identificó a la persona adulta diabética escogida al azar, se inició la presentación respectiva por ambas partes, manteniendo cierta confianza, luego se procedió a realizar las preguntas de rigor y se dejó que el sujeto de investigación exprese libremente sus experiencias y emociones, para obtener datos sin modificar, el mismo que fue grabado captando todos los fenómenos que ocurrieron durante el discurso y obteniendo información correspondiente al objetivo de la investigación. Se realizó la descripción fenomenológica, definiendo las vivencias de cada persona sin perder ni modificar la esencia misma del discurso luego se procedió al siguiente momento.

**b. Reducción fenomenológica.** - Es el segundo momento de la trayectoria fenomenológica que tiene como objetivo identificar los significados y determinar que parte de la descripción son considerados esenciales del fenómeno y cuales no a partir de los discursos de los sujetos. La reducción fenomenológica no consiste en suprimir las percepciones presentes en los discursos, sino rescatar la esencia de las afirmaciones espontáneas sin cambiar el sentido de lo expresado referente al fenómeno interrogado para lograr comprenderlo (69).

La técnica para la reducción fenomenológica es la llamada variación imaginativa, esta sólo se da cuando el investigador se coloca en el lugar del sujeto para reflexionar sobre las partes de la experiencia que parecen poseer significados cognitivos y afectivos e imaginar cada parte como estando presente o ausente en la experiencia, esto permite rescatar la esencia del fenómeno interrogado (67).

En el presente trabajo se buscó seleccionar las partes más importantes y esenciales de los discursos de las personas diabéticas en estudio, con la finalidad de identificar unidades significativas de acuerdo con el objeto de investigación, realizando el análisis que permitió contribuir en las categorías, procurando colocarse en el lugar del sujeto y vivir la experiencia por él vivida.

**c. Interpretación fenomenológica.** - Este tercer momento o comprensión de la trayectoria fenomenológica surge siempre en conjunto con la interpretación de convergencias, este momento es un intento de especificar

el significado que es esencial en la descripción y en la reducción, como una forma de investigación de la experiencia. El investigador, utilizando el recurso de la fenomenología, asume el resultado de la reducción como un conjunto de proposiciones significativas para el investigador y que apuntan para a la experiencia del sujeto. En seguida el investigador transforma las expresiones cotidianas del discurso del sujeto en expresiones propias que sustentan lo que está buscando. Consiste en develar la esencia de los significados, logrando que el discurso sea esclarecedor (67).

En el presente trabajo, la interpretación fenomenológica, se construyó sobre los significados, la cual estuvo necesariamente ligada a las vivencias de cada una de las personas entrevistadas y consecuentemente a la descripción de estas. Es así, que se captó y recopiló todas aquellas vivencias que tuvieron las personas con diabetes mellitus que participaron en el estudio, para lo cual de acuerdo a la pregunta orientadora, se develaron los significados psicológicos presentes en las descripciones ingenuas naturales y espontáneas.

### **3.6 Consideraciones éticas y de rigor científico**

En el presente trabajo de investigación se utilizaron los datos necesarios e importantes para el desarrollo del estudio teniendo en cuenta los principios éticos de la investigación: el anonimato, el consentimiento informado, la confidencialidad, privacidad y la participación voluntaria de las personas con diabetes mellitus. El rigor de la investigación fenomenológica es epistemológico, este rigor se da al poder

penetrar en el discurso de los sujetos de manera que se torne esclarecedor, tomando en cuenta los siguientes criterios: credibilidad, aplicabilidad, auditabilidad y confirmabilidad (70) (71).

### **3.6.1 En relación a la ética**

- a. El anonimato.** - Se recibieron los testimonios de las personas con diabetes mellitus, sin tener en cuenta la identidad de los mismos, los datos recolectados fueron utilizados solo en la presente investigación.
- b. Consentimiento informado.**- Consistió en solicitar la autorización libre y voluntaria a las personas con diabetes mellitus quienes voluntariamente aceptaron participar en la investigación, mediante este documento se les informó a las personas que los datos obtenidos serían de carácter confidencial, este criterio fue aplicado al momento de solicitar su participación a quienes se les leyó previamente el consentimiento informado y luego se procedió a las firmas respectivas del entrevistado y de la investigadora.
- c. Confidencialidad.** - Se refiere a que los secretos expuestos en los testimonios gravados por los colaboradores no serán revelados y las grabaciones realizadas solo se manejaron confidencialmente, usándose solo para fines de la investigación.

### **3.6.2 En relación al rigor**

- a. Credibilidad.** - Es el incremento de la posibilidad de reducir resultados a través del compromiso del investigador con el informante en el transcurso de la investigación. En el presente estudio, dicho criterio se aplicó después de

haber recopilado la información brindada por las personas con diabetes mellitus entrevistadas, donde se analizó a profundidad los datos obteniendo resultados confiables rescatándose lo esencial de los testimonios.

- b. Aplicabilidad.** - Se busca aplicar los hallazgos significativos en otros contextos donde se encontrarán personas pasando por vivencias semejantes. La presente investigación, al tratar un fenómeno prevalente en nuestra sociedad posee un amplio contenido temático referido en categorías empíricas, el cual servirá como referencia en otras investigaciones donde se aborden temas relacionados a éste, cumpliéndose de esta manera la aplicabilidad presente en toda investigación científica.
- c. Auditabilidad.** - Que viene hacer el proceso de hacer un seguimiento de la trayectoria de la investigación, desde su inicio hasta el final, significa que algún lector u otro investigador pueden seguir la sucesión de eventos en el estudio y con el entendimiento de su lógica. Este criterio se cumplió desde el proyecto a medida que se describió el abordaje metodológico, con los éxitos o limitaciones propios de la investigación hallada en el trabajo y en el momento del análisis de los datos.
- d. Conformabilidad.** - Que permitirá garantizar que los hallazgos, conclusiones y recomendaciones estén apoyados por los datos, existiendo la evidencia actual, apoyándose en la opinión de expertos. Este criterio se aplicó en la presente investigación en el momento de elaborar las conclusiones finales, al tomarse en cuenta los hallazgos basados en el previo análisis de los datos, con el apoyo y asesoramiento de expertos en la materia.

## **VI. RESULTADOS Y DISCUSION**

### **4.1 Presentación de Resultados**

En la presente investigación, los discursos fueron escuchados y transcritos, se elaboraron las unidades de significado con su respectiva reducción fenomenológica, estas fueron interpretadas y agrupadas.

#### **TRANSCRIPCION DE LOS DISCURSOS:**

##### **DISCURSO N° 01**

##### **¿Cómo se siente usted vivir con diabetes mellitus?**

La primera vez, para mí fue un choque grande, tenía 17 años ahora tengo 62 (1), me parece a mí que fue por mis padres, comencé a sentir decaimiento, bajada de peso, mucho dolor de cabeza, mucha sed, andaba toda decaída, toda desganada (2), y estaba en Lima me sacaron análisis y me habían dicho que era una posible, o sea no había una seguridad, entonces el doctor me dijo, vamos a hacerte un chequeo, vamos a ver de lo que tú sientes y me sale que tenía la diabetes, azúcar (3), (se apaga su voz, se queda callada, suspira profundamente y continúa).

Bueno y así he seguido me empezó a dar mi tratamiento mis dietas, todas esas cosas y así me he dado cuenta problemas que tengo, preocupaciones se me sube el azúcar (3), cuando a mi hijo lo detectaron cáncer comenzó de nuevo mi azúcar a subirse a 300, 400 y baje también demasiado de peso, mi peso normal era de 59 y tenía 49 kilos baje 10 kilos, me cayó encima la depresión, me agarro en la cama, veía mi casa sucia no me interesaba. El doctor me comenzó a dar insulina bueno me ha ido bajando y bajando, son dos clases

de insulina la cristalina y la NPH, las dos ya de allí la doctora hace 3 meses me ha bajado solo con la NPH (4), como se dice me siento un poco mejor le digo que a la hora y media estaba sintiendo como el azúcar ya estaba cediendo un poquito, hace 3 días prácticamente que he terminado la insulina, estoy tomando pastillas a ver qué me dice la doctora a ver si me va bien seguiré con eso pues, bueno ahora que estoy tranquila me llama mi hija que ha peleado con su esposo, quisiera morirme de nuevo (frunce el ceño, se calla), a uno le afecta bastante, como a una persona diabética cualquier cosa nos choca y por eso estoy ahorita todo desencajada, llorando (5), el resto he estado tranquila con una y otra dieta baja el azúcar, pero como le digo; las cóleras, las preocupaciones, los problemas nos sube (se queda callada por un momento, y continua) (6).

Mire señorita, le voy a decir que yo no me aferro a mi enfermedad, yo me he entregado a Dios no soy evangélica soy católica, le pido tanto a Dios si tengo esta enfermedad sabe porque lo ha mandado (7), bueno ya que voy hacer, todo lo que me decae son los problemas, preocupaciones, al comienzo tal vez choca, pero ya después con el transcurrir del tiempo (8), la vivencia que uno tiene como dice tenemos que afrontar nuestro problema sabemos que en cualquier momento vamos a morir si no es por la enfermedad tal vez sea por otra cosa pero es lo único ahora (9), después si se trata de comer como, no en exceso como dice el doctor, las verduras, las menestras tienen que ser frescas no duras, pero a veces me provoca comidas que no debo comer, un par de cucharitas que le eche basta con sus ensaladas, ya estoy endulzando con unas pastillitas que me receto, pero ahora hay otra que salió la Stevia unas hojas que son dulces ahora se está procesando tipo azúcar y eso estoy tomando pero la cucharita es así chiquitita (muestra una pizca con sus dos dedos) menos de la mitad (10), También me distraigo, a veces he tenido un compromiso no he

podido tomar, pero un brindis como cualquiera sí, pero después de excederme no, uno tiene que controlarse, medirs (Se queda callada, luego continúa) (11).

Hay veces que me duele el riñón me dicen que es una fuerte inflamación y nada más (12), ahorita lo único que estoy sintiendo es la vista, se me ha ido un poco la visión, de aquí cerquita yo la veo pero que esté más allá veo solo un bulto pero la cara no la puedo conocer, me estoy tratando el doctor me ha dicho que tengo Glaucoma y que me tiene que operar, digo tal vez la diabetes me ha afectado, eso no más (13), después otra cosa que yo sienta es ya exagerar y después como le he dicho aferrarme eso no.

#### **A. CUADRO DE REDUCCION FENOMENOLOGICA:**

UNIDAD DE SIGNIFICADO	REDUCCION FENOMENOLOGICA
<p>1.- La primera vez, para mí fue un choque grande, tenía 17 años ahora tengo 62, me parece a mí que fue por mis padres, comencé a sentir decaimiento, bajada de peso, mucho dolor de cabeza, mucha sed, andaba toda decaída, toda desganada.</p>	<p>1.- La primera vez, fue un choque grande, tenía 17 años ahora tengo 62, comencé a sentir decaimiento, baja de peso, dolor de cabeza, sed, decaída, desganada.</p>
<p>2.- Estaba en Lima me sacaron análisis y me habían dicho que era una posible, o sea no había una seguridad, entonces el doctor me dijo, vamos a hacerte un chequeo, vamos a ver de lo que tú sientes y me sale que tenía la diabetes, azúcar (se apaga su voz, se queda callada, suspira profundamente y continúa). Bueno y así he seguido, me empezó a dar mi tratamiento mis dietas.</p>	<p>2.- En Lima me sacaron análisis y salió que tenía diabetes, (se apaga su voz, se queda callada, suspira profundamente y continúa) así he seguido, me empezó a dar tratamiento, dietas.</p>
<p>3.- Todas esas cosas y así me he dado cuenta problemas que tengo, preocupaciones se me</p>	<p>3.- Ante problemas preocupaciones, se me sube el azúcar, caí en depresión, en cama,</p>

<p>sube el azúcar. Cuando a mi hijo lo detectaron cáncer comenzó de nuevo mi azúcar a subirse a 300, 400 y baje también demasiado de peso, mi peso normal era de 59 y tenía 49 kilos baje 10 kilos. Me cayó encima la depresión, me agarro en la cama, veía mi casa sucia no me interesaba.</p>	<p>veía mi casa sucia no me interesaba.</p>
<p>4.- El doctor me comenzó a dar insulina bueno me ha ido bajando y bajando, son dos clases de insulina la cristalina y la NPH, las dos ya de allí la doctora hace 3 meses me ha bajado solo con la NPH. Como se dice me siento un poco mejor le digo que a la hora y media estaba sintiendo como el azúcar ya estaba cediendo un poquito, hace 3 días prácticamente que he terminado la insulina, estoy tomando pastillas a ver qué me dice la doctora a ver si me va bien seguiré con eso.</p>	<p>4.- El doctor me comenzó a dar insulina cristalina y NPH, a hace 3 meses me ha bajado solo con NPH. Me siento mejor, hace 3 días que he terminado la insulina, estoy tomando pastillas, si me va bien seguiré con ese tratamiento.</p>
<p>5.- Pues, bueno ahora que estoy tranquila, me llama mi hija que ha peleado con su esposo, quisiera morirme de nuevo (frunce el ceño, se calla), a uno le afecta bastante, como a una persona diabética cualquier cosa nos choca y por eso estoy ahorita todo desenchajada, llorando.</p>	<p>5.- Mi hija me llama que se ha peleado con su esposo, a una persona diabética cualquier cosa nos choca, y por eso estoy ahora todo desenchajado llorando.</p>
<p>6.- El resto, he estado tranquila con una y otra dieta baja el azúcar, pero como le digo; las cóleras, las preocupaciones, los problemas nos sube (se queda callada por un momento, y continua).</p>	<p>6.- He estado tranquila con la dieta que baja el azúcar, pero las cóleras, preocupaciones, problemas lo sube.</p>
<p>7.- Mire señorita, le voy a decir que yo no me aferro a mi enfermedad, yo me he entregado a Dios no soy evangélica soy</p>	<p>7.- Yo no me aferro a mi enfermedad, sino a Dios, él sabe porque la tengo.</p>

<p>católica, le pido tanto a Dios si tengo esta enfermedad sabe porque lo ha mandado.</p>	
<p>8.- Bueno ya que voy hacer, todo lo que me decae son los problemas, preocupaciones, al comienzo tal vez choca, pero ya después con el transcurrir del tiempo.</p>	<p>8.- Que voy hacer, lo que me decae son los problemas, preocupaciones, al comienzo choca.</p>
<p>9.- La vivencia que uno tiene como dice tenemos que afrontar nuestro problema sabemos que en cualquier momento vamos a morir si no es por la enfermedad tal vez sea por otra cosa pero es lo único ahora.</p>	<p>9.- Tenemos que afrontar nuestro problema sabemos que en cualquier momento vamos a morir, si no es por la enfermedad tal vez sea por otra cosa.</p>
<p>10.- Después si se trata de comer como, no en exceso como dice el doctor, las verduras, las menestras tienen que ser frescas no duras, pero a veces me provoca comidas que no debo comer, un par de cucharitas que le eche basta con sus ensaladas, ya estoy endulzando con unas pastillitas que me receto, pero ahora hay otra que salió la Stevia unas hojas que son dulces ahora se está procesando tipo azúcar y eso estoy tomando pero la cucharita es así chiquitita (muestra una pizca con sus dos dedos) menos de la mitad.</p>	<p>10.- Como verduras, menestras tienen que ser frescas, me provoca comidas que no debo comer, estoy endulzando con unas pastillas que me receto.</p>
<p>11.- También me distraigo, a veces he tenido un compromiso no he podido tomar, pero un brindis como cualquiera sí, pero después de excederme no, uno tiene que controlarse, medirse (se queda callada, luego continúa).</p>	<p>11.- Me distraigo, a veces he tenido un compromiso no he podido tomar, pero un brindis sí, uno tiene que controlarse.</p>
<p>12.- Hay veces que me duele el riñón me dicen que es solo una fuerte inflamación.</p>	<p>12.- A veces me duele el riñón me dicen que es una fuerte inflamación.</p>

<p>13.- Ahorita lo único que estoy sintiendo es la vista, se me ha ido un poco la visión, de aquí cerquita yo la veo pero que esté más allá veo solo un bulto, pero la cara no la puedo conocer, me estoy tratando el doctor me ha dicho que tengo Glaucoma y que me tiene que operar, digo tal vez la diabetes me ha afectado, eso no más.</p>	<p>13- Se me ha ido un poco la visión, cerquita la veo. El doctor, me ha dicho que tengo Glaucoma y que me tiene que operar, la diabetes me ha afectado.</p>
---	--

**B. CUADRO DE CONVERGENCIAS DEL DISCURSO:**

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO	UNIDAD DE SIGNIFICADO INTERPRETADA
<p>(A) La primera vez, fue un choque grande, tenía 17 años ahora tengo 62 comencé a sentir decaimiento, baja de peso, dolor de cabeza, sed, decaimiento, desganada (1). En Lima me sacaron análisis y salió que tenía diabetes, (se apaga su voz, se queda callada, suspira profundamente y continúa), así he seguido, me empezó a dar tratamiento, dietas (2). A veces me duele el riñón me dicen que es una fuerte inflamación (12). Se me ha ido un poco la visión, cerquita la veo, el doctor me ha dicho que tengo Glaucoma y que me tiene que operar, la diabetes me ha afectado (13).</p>	<p>(A) Fue un choque muy grande, sentí decaimiento, andaba desganada, caí en depresión, estuve en cama, no me interesaba nada.</p>
<p>(B) ante problemas preocupaciones, se me sube el azúcar, caí en depresión, en la cama, veía mi casa sucia no me interesaba (3). Mi hija me llama que se ha peleado con su esposo, a una persona diabética cualquier cosa nos choca, y por eso estoy ahora todo</p>	<p>(B) Los problemas, las preocupaciones me sube el azúcar, cumplir el tratamiento es necesario para controlar la enfermedad.</p>

desencajada llorando (5). Que voy hacer, lo que me decae son los problemas, preocupaciones, al comienzo choca (8).

(C) El doctor me comenzó a dar insulina cristalina y NPH hace 3 meses me ha bajado solo con NPH, me siento mejor, hace 3 días que he terminado la insulina, estoy tomando pastillas, si me va bien seguiré con ese tratamiento (4). He estado tranquila con la dieta que baja el azúcar, pero las cóleras, preocupaciones, problemas lo sube (6). Como verduras, menestras tienen que ser frescas, me provoca comidas que no debo comer, estoy endulzando con unas pastillas que me receto (10). Me distraigo, a veces he tenido un compromiso no he podido tomar, pero un brindis sí, uno tiene que controlarse (11).

(D) Yo no me aferro a mi enfermedad, sino a Dios, él sabe porque la tengo (7). Tenemos que afrontar nuestro problema sabemos que en cualquier momento vamos a morir, si no es por la enfermedad tal vez sea por otra cosa (9).

(D) Me aferro a Dios ante mi enfermedad.

### **C. ANALISIS IDEOGRAFICO:**

La persona diabética al enterarse que tenía la enfermedad fue un choque muy grande, entro depresión y bajó de peso, percibe que los problemas o preocupaciones que se le presentan condicionan el aumento de la glicemia, que cualquier cambio emotivo le afecta bastante, llegando a experimentar sentimientos negativos como querer morirse. Se ha aferrado a Dios, él sabe porque tiene la enfermedad, tiene que

afrontar su problema, sabe que en cualquier momento puede morir por la enfermedad. Asiste a compromisos no puede tomar, pero hace un brindis sin excederse, se controla. Se da cuenta de que la enfermedad tiene sus efectos como: perdida de la visión. Reconoce que la glicemia baja con dietas. Manifiesta que ha utilizado insulina y que ahora está tomando pastillas.

## **DISCURSO N° 02**

### **¿Cómo se siente usted vivir con diabetes mellitus?**

Sentí mucha pena, cuando me dijeron que tenía diabetes, como decían que esa enfermedad es mala, por eso yo tuve pena dije capaz me va pasar algo, alguna cosa, por eso de que cortan la pierna, se quedan ciegos, todo eso me da miedo (1), ahora, ahí estoy llevando mi enfermedad tomando mi medicina, cuidándome y cuidándome, lo único que no bajo es de peso, tengo mucha hambre y ahí estoy llevándola, pues que voy hacer cuidándome que no me haga alguna herida, me he sacado la muela estoy bien (2), mi glucosa ha llegado hasta 200, pero hoy día el doctor me midió y tengo 59 es que me han cambiado la insulina, mucho me duelen y me quemán los pies, eso no más me aflige a mí, ya que pues voy hacer, cuando como poco me quedo de hambre, ahorita por ejemplo estoy de hambre, mucha hambre me da, hay días que me provoca el dulce y compro chocolate, como un pedacito y ya me contento (3), como ya tengo mi edad, pienso en que día me muero (4).

Mis vistas, ya no veo bien, como tengo carnosidad, me quieren operar, pero yo digo, ya no ya, yo tengo la diabetes cualquier día me voy, ya no ya, para qué (5), todo esto me dio, porque me preocupaba mucho por mi esposo que tenía párkinson y otra enfermedad

más, porque en mi casa nadie tiene diabetes ni mis padres nada (6), tengo miedo señorita, digo tendrá que llevarme el Señor que voy hacer (7), dicen que esto ya no se mejora, así estoy señorita hago la dieta 2, 3 días y después me olvido, endulzo con pastillas, hago ensaladas le sirvo a mis hijos y me olvido de mí, después digo no he comido la ensalada, no me gusta señorita, a veces como fideos (8), estuve bien mal que ya no conocía, también me han traído mal del corazón, pero vuelta é vuelto a vivir (se ríe, calla un momento y continúa) (9).

Y así pues, mi hija me cuida, me cuida bastante, compra todo lo que es para controlarme también para la presión, tomo un montón de pastillas, a veces me da cólera, ya no quiero tomarlas, cuando quiero dejarlas, mi hija me dice no mamá, tienes que seguir tomando (10), digo que voy hacer pues, hasta que el Señor me lleve pues (11), antes pesada 53 kilos, ahora peso 84 subo de medio a un kilo cada mes, mucha hambre tengo señorita, hay otras que bajan con la diabetes pero yo no bajo (se ríe), no se señorita, no tengo fuerza de voluntad, como fideos, papa, me gustan, después estoy preocupada porque en la noche no puedo dormir, me agarra como si me hormigueara el cuerpo, sé que la diabetes me tiene así, que voy hacer señorita digo no hubiera comido, tengo que esperar, tengo miedo (12), le digo a mi hija vamos, vamos al hospital, la última vez que me trajeron yo ya no conocía, me pusieron unas ampollas a la vena y me salve, me da miedo cuando me ponen eso, mi corazón duele, pues dos veces me han traído por mi corazón (13).

Mire y ahora estoy así, me da pena tener esta enfermedad, pero me dio ya tengo 15 años con esto y ahí estoy pues hasta la muerte será (14), paso tomando mis pastillas, poniéndome insulina, me acuerdo de las pastillas a veces me olvido, me ha agarrado de

olvidarme (15), voy a la iglesia los jueves, a veces preguntan y no me acuerdo, alguna adivinanza, algún cuento, el cerebro que será que me olvido (sonríe con pena) (16).

**A. CUADRO DE REDUCCION FENOMENOLOGICA:**

UNIDAD DE SIGNIFICADO	REDUCCION FENOMENOLOGICA
<p>1.-Sentí mucha pena, cuando me dijeron que tenía diabetes, como decían que esa enfermedad es mala, por eso yo tuve pena dije capaz me va pasar algo, alguna cosa, por eso de que cortan la pierna, se quedan ciegos, todo eso me da miedo.</p>	<p>1.-Cuando supe que tenía diabetes sentí pena, me decían que la enfermedad es mala, pensé que me cortarían la pierna, me quedaría ciega, tengo miedo.</p>
<p>2.-Ahora, ahí estoy llevando mi enfermedad tomando mi medicina, cuidándome y cuidándome, lo único que no bajo es de peso, tengo mucha hambre y ahí estoy llevándola, pues que voy hacer cuidándome que no me haga alguna herida, me he sacado la muela estoy bien.</p>	<p>2.-Me estoy cuidando tomando mi medicina, que no me salga alguna herida... lo único que no bajo de peso, tengo mucha hambre.</p>
<p>3.-Mi glucosa ha llegado hasta 200, pero hoy día el doctor me midió y tengo 59 es que me han cambiado la insulina, mucho me duelen y me queman los pies, eso no más me aflige a mí, ya que pues voy hacer, cuando como poco me quedo de hambre, ahorita por ejemplo estoy de hambre, mucha hambre me da, hay días que me provoca el dulce y compro chocolate, como un pedacito y ya me contento.</p>	<p>3.-La glucosa llego hasta 200, ahora tengo 59, me han cambiado la insulina. Me duele y me quema los pies, eso me aflige, cuando como poco me quedo de hambre, hay días que me provoca el dulce, como un pedacito y me contento.</p>
<p>4.-Como ya tengo mi edad, pienso en que día me muero.</p>	<p>4.-Ya tengo mi edad, pienso en qué día me muero.</p>

<p>5.-Mis vistas, ya no veo bien, como tengo carnosidad, me quieren operar, pero yo digo, ya no ya, yo tengo la diabetes cualquier día me voy, ya no ya, para qué.</p>	<p>5.-No veo bien, tengo carnosidad, me quieren operar, y no quiero...cualquier día me voy, para qué.</p>
<p>6.-Todo esto me dio, porque me preocupaba mucho por mi esposo que tenía párkinson y otra enfermedad más, porque en mi casa nadie tiene diabetes ni mis padres nada.</p>	<p>6.- me dio la enfermedad, por la preocupación que tenía por mi esposo enfermo, en mi casa nadie tiene diabetes.</p>
<p>7.-Tengo miedo señorita, digo tendrá que llevarme el Señor que voy hacer.</p>	<p>7.-Tengo miedo, que voy a ser, tendrá que llevarme el Señor.</p>
<p>8.-Dicen que esto ya no se mejora, así estoy señorita hago la dieta 2, 3 días y después me olvido, endulzo con pastillas, hago ensaladas le sirvo a mis hijos y me olvido de mí, después digo no he comido la ensalada, no me gusta señorita, a veces como fideos.</p>	<p>8.-Dicen que no se mejora con la enfermedad, hago dieta luego me olvido, endulzo con pastillas, no me gusta la ensalada, a veces como fideos</p>
<p>9.-Estuve bien mal que ya no conocía, también me han traído mal del corazón, pero vuelta é vuelto a vivir (se ríe, calla un momento y continúa).</p>	<p>9.- Estuve mal no conocía a nadie, luego enferme del corazón, pero he vuelto a vivir.</p>
<p>10.- Y así pues, mi hija me cuida, me cuida bastante, compra todo lo que es para controlarme también para la presión, tomo un montón de pastillas, a veces me da cólera, ya no quiero tomarlas, cuando quiero dejarlas, mi hija me dice no mamá, tienes que seguir tomando. Digo que voy hacer pues, hasta que el Señor me lleve pues.</p>	<p>10.-Mi hija me cuida, compra todo para controlarme, tomo un montón de pastillas, a veces me da cólera, ya no quiero tomarlas. Que voy hacer, será hasta que el Señor me lleve.</p>
<p>11.- Antes pesada 53 kilos, ahora peso 84 subo de medio a un kilo cada mes, mucha</p>	<p>11.-Tengo mucha hambre, he subido 30 kilos de peso casi un kilo por mes, no tengo</p>

<p>hambre tengo señorita, hay otras que bajan con la diabetes, pero yo no bajo (se ríe), no se señorita, no tengo fuerza de voluntad, como fideos, papa, me gustan, después estoy preocupada porque en la noche no puedo dormir, me agarra como si me hormigueara el cuerpo, sé que la diabetes me tiene así, que voy hacer señorita digo no hubiera comido, tengo que esperar, tengo miedo.</p>	<p>fuerza de voluntad, me gusta comer lo que no debo luego me preocupo, en la noche no puedo dormir, me hormiguea el cuerpo, es la diabetes, tengo miedo.</p>
<p>12.-Le digo a mi hija vamos, vamos al hospital, la última vez que me trajeron yo ya no conocía, me pusieron unas ampollas a la vena y me salve, me da miedo cuando me ponen eso, mi corazón duele, pues dos veces me han traído por mi corazón.</p>	<p>12. la última vez que me trajeron al hospital no reconocía a nadie, me colocaron ampollas a la vena y me salve... me da miedo me duele el corazón cuando eso me pasa, dos veces que me ha sucedido</p>
<p>13.-Mire y ahora estoy así, me da pena tener esta enfermedad, pero me dio ya tengo 15 años con esto y ahí estoy pues hasta la muerte será.</p>	<p>13.-Tengo 15 años con esta enfermedad, me da pena tenerlo, será hasta la muerte.</p>
<p>14.-Paso tomando mis pastillas, poniéndome insulina, me acuerdo de las pastillas a veces me olvido, me ha agarrado de olvidarme.</p>	<p>14.-Tomo mis pastillas a veces me olvido, me pongo la insulina...</p>
<p>15.-Voy a la iglesia los jueves, a veces preguntan y no me acuerdo, alguna adivinanza, algún cuento, el cerebro que será que me olvido (sonríe con pena).</p>	<p>15.-Los Jueves voy a la iglesia, a veces preguntan una adivinanza o un cuento no me acuerdo, será que me olvido por la enfermedad.</p>

**B. CUADRO DE CONVERGENCIAS DEL DISCURSO:**

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO	UNIDAD DE SIGNIFICADO INTERPRETADA
<p>(A) Cuando supe que tenía diabetes sentí pena, me decían que la enfermedad es mala, pensé que me cortarían la pierna, me quedaría ciega...tengo miedo (1). Me dio la enfermedad por la preocupación que tenía por mi esposo enfermo, en mi casa nadie tiene diabetes (6).</p> <p>(B) Me estoy cuidando tomando mi medicina, que no me salga alguna herida, lo único que no bajo de peso, tengo mucha hambre (2). La glucosa llego hasta 200, ahora tengo 59, me han cambiado la insulina, me duele y me quema los pies, eso me aflige, cuando como poco me quedo de hambre, hay días que me provoca el dulce, como un pedacito y me contento (3). Tomo un montón de pastillas, a veces me da cólera, ya no quiero tomarlas, que voy hacer, será hasta que el Señor me lleve (10). Dicen que no se mejora con la enfermedad, hago dieta luego me olvido, endulzo con pastillas, no me gusta la ensalada a veces como fideos (8). Tengo mucha hambre, he subido 30 kilos de peso casi un kilo por mes, no tengo fuerza de voluntad, me gusta comer lo que no debo luego me preocupo, en la noche no puedo dormir, me hormiguea el cuerpo, es la diabetes tengo miedo (11). Tomo mis pastillas a veces me olvido, me pongo la insulina (15). La última vez que me trajeron al hospital no reconocía a nadie, me colocaron ampollas a la vena y me salve, me da miedo me duele el corazón cuando</p>	<p>(A) Sentí pena cuando me enteré de mi enfermedad, nadie sufre la enfermedad en mi familia me dio por la preocupación por mi esposo enfermo.</p> <p>(B) me cuido tomando mis pastillas, me administraba insulina, hago dieta a veces me olvido de cumplir con el tratamiento, me falta fuerza de voluntad.</p>

<p>eso me pasa, dos veces que me ha sucedido (13)</p> <p>(C) Ya tengo mi edad, pienso en qué día me muero (4) No veo bien, tengo carnosidad, me quieren operar y no quiero cualquier día me voy, para que (5). Tengo 15 años con esta enfermedad, me da pena tenerlo, será hasta la muerte (14).</p> <p>(D) Tengo miedo que voy a ser, tendrá que llevarme el Señor. Mi hija me cuida, compra todo para controlarme (7). Estuve mal no conocía a nadie, luego enferme del corazón, pero he vuelto a vivir (9). Los jueves voy a la iglesia, a veces preguntan una adivinanza o un cuento no me acuerdo, será que me olvido por la enfermedad (15).</p>	<p>(C) Pienso que cualquier día me voy a morir.</p> <p>(D) Tengo miedo, asisto a la iglesia y sé que el Señor en cualquier momento me llevara.</p>
--	--

### C. ANALISIS IDEOGRAFICO:

La persona con diabetes se sentía con pena cuando se enteró de su enfermedad, nadie sufrió de esta enfermedad en su familia. Le dio por la preocupación por su esposo enfermo, según refiere. Se cuida tomando las pastillas, se administraba insulina, hace dieta, a veces se olvidó de cumplir con el tratamiento, le falta fuerza de voluntad. Piensa que cualquier día va a morir, tiene miedo, asiste a la iglesia y refiere que el Señor en cualquier momento la llevara.

### **DISCURSO N° 03**

#### **¿Cómo se siente usted vivir con diabetes mellitus?**

Hace 15 años supe que tenía diabetes, sentí que se acababa el mundo, por los problemas que hay, que se pierde la visión, hay problemas de los riñones, del hígado, ya no quise cuidarme en nada, durante muchos años he estado así en una forma descontrolada, recién me estoy controlando, recién eso es (1), porque creo que con la diabetes la vida se va a acabar pronto (2).

Señorita, en el trabajo, me entretengo con ciertas cosas, también a veces hago desarreglos es la verdad del cual tiene sus consecuencias (3), ya que tengo el problema de la vista, comienzo a ver nublado, borroso, dice el médico que es catarata y me tienen que operar (4). También tuve una herida en el talón, no me cuidaba, tomaba licor, no hacía dieta, comía de todo, se infectó, me dio fiebre, escalofríos, me hospitalizaron me pusieron 10 días antibiótico por la vena, estuve hospitalizado 2 meses, ha ido sanando ahora no tengo problemas con la herida (5).

Señorita, yo no he estado cumpliendo con las indicaciones por los desarreglos que he hecho, mi problema es el licor siempre he tomado, no debería estar vivo, porque he tomado mucho, 2 veces por semana, años y años, y también comía de todo (6), desde hace 2 meses que me hospitalizaron estoy comiendo la dieta de la persona diabética, es agradable, sí, porque es a base de verduras, leche descremada, tomar los medicamentos (7), ahora tengo que seguir todas las indicaciones, dicen los médicos que si no se cumplen la vida se acorta, aunque sea hay que vivir un poco más (calla por un momento y continúa) (8).

Yo quiero tratar de controlarme para algún día no perder la vista, casi he perdido el pie, se puede perder la pierna, felizmente que mi circulación de la sangre está bien, mi oxigenación también, pero no esperemos más consecuencias, porque peor es perder algún órgano del cuerpo, es lo peor que hay (9), estoy consciente de lo que tengo, hay que saber sobrellevar, para poder superarlo, pero al menos pues, tratar de controlar un poco, voy a tratar de controlarlo (10), las personas a veces cometemos errores al no llevar las indicaciones de los médicos, y esas son las consecuencias que hay, si yo hubiera llevado las indicaciones desde el principio no hubiera pasado todo lo que me pasé (11).

**A. CUADRO DE REDUCCION FENOMENOLOGICA:**

UNIDAD DE SIGNIFICADO	REDUCCION FENOMENOLOGICA
<p>1.-Hace 15 años supe que tenía diabetes, sentí que se acababa el mundo, por los problemas que hay, que se pierde la visión, hay problemas de los riñones, del hígado, ya no quise cuidarme en nada, durante muchos años he estado así en una forma descontrolada, recién me estoy controlando, recién eso es.</p>	<p>1.- Hace 15 años tengo diabetes, sentí que se acababa el mundo, sabía que se pierde la visión, hay problemas de los riñones, del hígado, no quise cuidarme, años he estado sin controlarme, ahora ya no.</p>
<p>2.- Porque creo que con la diabetes la vida se va a acabar pronto.</p>	<p>2.- Con la diabetes mi vida se va a acabar pronto.</p>
<p>3.-Señorita, en el trabajo, me entretengo con ciertas cosas, también a veces hago desarreglos es la verdad del cual tiene sus consecuencias.</p>	<p>3.- En el trabajo, me entretengo, a veces hago desarreglos y tienen sus consecuencias.</p>

4.-Tengo el problema de la vista, comienzo a ver nublado, borroso, dice el médico que es catarata y me tienen que operar.

5.-También tuve una herida en el talón, no me cuidaba, tomaba licor, no hacia dieta, comía de todo, se infectó, me dio fiebre, escalofríos, me hospitalizaron me pusieron 10 días antibiótico por la vena, estuve hospitalizado 2 meses, ha ido sanando ahora no tengo problemas con la herida.

6.-Señorita, yo no he estado cumpliendo con las indicaciones por los desarreglos que he hecho, mi problema es el licor siempre he tomado, no debería estar vivo, porque he tomado mucho, 2 veces por semana, años y años, y también comía de todo.

7.-Desde hace 2 meses que me hospitalizaron estoy comiendo la dieta de la persona diabética, es agradable, sí, porque es a base de verduras, leche descremada, tomar los medicamentos.

8.-Ahora tengo que seguir todas las indicaciones, dicen los médicos que si no se cumplen la vida se acorta, aunque sea hay que vivir un poco más (calla por un momento y continúa).

9.-Yo quiero tratar de controlarme para algún día no perder la vista, casi he perdido el pie, se puede perder la pierna, felizmente que mi circulación de la sangre

4.-Tengo problemas veo nublado, el médico dice que tengo catarata y me tienen que operar.

5.-Tuve una herida en el talón, no me cuidaba, tomaba licor, no hacia dieta, comía de todo se infectó y me hospitalizaron 2 meses, me pusieron 10 días antibiótico por la vena, ya no tengo problemas con la herida.

6.-No he estado cumpliendo con las indicaciones, mi problema es el licor, no debería estar vivo, porque he tomado mucho y comía de todo.

7.-Desde que me hospitalizaron estoy comiendo dieta y tomo los medicamentos.

8.-Tengo que seguir todas las indicaciones, los médicos dicen que si no se cumplen la vida se acorta y hay que vivir un poco más.

9.-Tengo que controlarme para no perder la vista, casi he perdido el pie, se puede perder la pierna, felizmente que mi oxigenación y mi circulación de la sangre

<p>está bien, mi oxigenación también, pero no esperemos más consecuencias, porque peor es perder algún órgano del cuerpo, es lo peor que hay.</p> <p>10.-Estoy consciente de lo que tengo, hay que saber sobrellevar, para poder superarlo, pero al menos pues, tratar de controlar un poco, voy a tratar de controlarlo.</p> <p>11.-Las personas a veces cometemos errores al no llevar las indicaciones de los médicos, y esas son las consecuencias que hay, si yo hubiera llevado las indicaciones desde el principio no hubiera pasado todo lo que pasé.</p>	<p>están bien, no esperemos más consecuencias, porque perder algún órgano del cuerpo, es lo peor que hay.</p> <p>10.-Estoy consciente de lo que tengo, hay que saberlo sobrellevar, poder superarlo, voy a tratar de controlarlo.</p> <p>11.-Cometemos errores al no cumplir las indicaciones médicas, y estas son las consecuencias, si yo hubiese cumplido las indicaciones desde el principio no hubiera pasado todo lo que pasé.</p>
---	--

**B. CUADRO DE CONVERGENCIAS DEL DISCURSO:**

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO	UNIDAD DE SIGNIFICADO INTERPRETADA
<p>(A) Hace 15 años tengo diabetes, sentí que se acababa el mundo, sabía que se pierde la visión, hay problemas de los riñones, del hígado, no quise cuidarme, años han estado sin controlarme, ahora ya no (1).</p> <p>(B) Con la diabetes mi vida se va a acabar pronto (2). En el trabajo, me entretengo, a veces hago desarreglos y tienen sus consecuencias (3). No he estado cumpliendo con las indicaciones, mi</p>	<p>(A) Sentí que el mundo se acababa cuando me enteré de mi enfermedad, no quise cuidarme.</p> <p>(B) Siento que mi vida se va acabar pronto, a veces me descuido, no cumplí el tratamiento y estuve hospitalizado, mi problema es el licor.</p>

problema es el licor, no debería estar vivo, porque he tomado mucho y comía de todo (6). Tengo problemas veo nublado, el médico dice que tengo catarata y me tienen que operar. (4) Tuve una herida en el talón, no me cuidaba, tomaba licor, no hacía dieta, comía de todo, se infectó y me hospitalizaron 2 meses, me pusieron 10 días antibióticos por la vena, ya no tengo problemas con la herida (5).

(C) Desde que me hospitalizaron estoy comiendo dieta y tomo los medicamentos (7). Tengo que seguir todas las indicaciones, los médicos dicen que si no se cumplen la vida se acorta y hay que vivir un poco más (8). Estoy consciente de lo que tengo, hay que saberlo sobrellevar, poder superarlo, voy a tratar de controlarlo (10). Tengo que controlarme para no perder la vista, casi he perdido el pie, se puede perder la pierna, felizmente que mi oxigenación y mi circulación de la sangre están bien, no esperemos más consecuencias, porque perder algún órgano del cuerpo, es lo peor que hay (9). Cometemos errores al no cumplir las indicaciones médicas, y estas son las consecuencias, si yo hubiese cumplido las indicaciones desde el principio no hubiera pasado todo lo que pasé (11).

(C) Ahora cumplo mi tratamiento, soy consciente de que tengo que afrontar la enfermedad controlándome, cometemos errores al no cumplir las indicaciones médicas.

### **C. ANALISIS IDEOGRAFICO:**

La persona diabética sintió que el mundo se acababa cuando se enteró de su enfermedad, no quiso cuidarse. Siente que su vida se va acabar pronto, a veces se descuidaba, no cumplía el tratamiento y estuvo hospitalizado, su problema es el licor. Se comete errores al no cumplir las indicaciones médicas. Ahora cumple su tratamiento, es consciente de que tiene que afrontar la enfermedad controlándose.

### **DISCURSO N° 04**

#### **¿Cómo se siente usted vivir con diabetes mellitus?**

Hace 5 años me diagnosticaron diabetes tenía 750 de glucosa, desde allí he tratado de cuidarme (1), soy un hombre ordenado, no me gusta tomar, no me gusta fumar, cuido mis alimentos, eso es muy importante (2), porque hay plantas curativas para la diabetes, yo me mantengo con plantas, por ejemplo tomo nogal, culén, Stevia, y con eso yo me mantengo perfectamente, esa es la forma (3), todo diabético debe tomar sus yerbas porque de ella sale las medicinas, a veces tomo una o dos patillas me vengo a controlar y estoy perfectamente bien (4).

Sabe señorita, relativamente hasta cierto punto yo no le hago caso a mi enfermedad, porque si pienso que estoy enfermo peor voy a enfermar, hago mi vida tranquila, valoro mi vida como antes, cuando he sido un hombre sano, siempre lo he sabido valorar y ahora también (5), no me siento decaído, nada, por el contrario, me mantengo bien, no soy nervioso (6), todo hay que recibirlo a la voluntad de Dios (7), no fumar, no tomar, controlar los alimentos, es la base fundamental para poder vivir bien y sanos, y hasta la misma salud

va a estar bien (8), porque si no es así, la diabetes puede atacar al sistema nervioso, al cerebro, a la vista (9).

**A. CUADRO DE REDUCCION FENOMENOLOGICA:**

UNIDAD DE SIGNIFICADO	REDUCCION FENOMENOLOGICA
1.-Hace 5 años me diagnosticaron diabetes tenía 750 de glucosa, desde allí he tratado de cuidarme.	1.-Hace 5 años me diagnosticaron diabetes tenía 750 de glucosa, desde allí he tratado de cuidarme.
2.-Soy un hombre ordenado, no me gusta tomar, no me gusta fumar, cuido mis alimentos, eso es muy importante.	2.-Soy ordenado, no me gusta tomar, ni fumar, cuido mis alimentos, eso es muy importante.
3.-Porque hay plantas curativas para la diabetes, yo me mantengo con plantas, por ejemplo tomo nogal, culén, Stevia, y con eso yo me mantengo perfectamente, esa es la forma.	3.-Hay plantas curativas para la diabetes, con eso me mantengo perfectamente.
4.-Todo diabético debe tomar sus yerbas porque de ella sale las medicinas, a veces tomo una o dos patillas me vengo a controlar y estoy perfectamente bien.	4.-Todo diabético debe tomar sus yerbas, a veces tomo una o dos patillas vengo a mi control y estoy perfectamente bien.
5.-Sabe señorita, relativamente hasta cierto punto yo no le hago caso a mi enfermedad, porque si pienso que estoy enfermo peor voy a enfermar, hago mi vida tranquila, valoro mi vida como antes, cuando he sido un hombre sano, siempre lo he sabido valorar y ahora también.	5.-No hago caso a mi enfermedad, porque si pienso que estoy enfermo peor voy a enfermar, hago mi vida tranquila, valoro mi vida como antes, cuando he sido sano.

6.-No me siento decaído, nada, por el contrario, me mantengo bien, no soy nervioso.	6.-No me siento decaído, me siento bien.
7.-Todo hay que recibirlo a la voluntad de Dios.	7.-Todo hay que recibirlo a la voluntad de Dios.
8.-No fumar, no tomar, controlar los alimentos, es la base fundamental para poder vivir bien y sanos, y hasta la misma salud va a estar bien.	8.-No fumar, ni tomar, controlar los alimentos, es la base fundamental para vivir bien, sanos y con buena salud.
9.-Porque si no es así, la diabetes puede atacar al sistema nervioso, al cerebro, a la vista.	9.-La diabetes deteriora los órganos.

**B. CUADRO DE CONVERGENCIAS DEL DISCURSO:**

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO	UNIDAD DE SIGNIFICADO INTERPRETADA
(A) Hace 5 años me diagnosticaron diabetes tenía 750 de glucosa, desde allí he tratado de cuidarme (1). Soy ordenado, no me gusta tomar, ni fumar, cuido mis alimentos, eso es muy importante (2).	(A) Desde que tengo la enfermedad, me cuido, llevo una vida ordenada.
(B) Hay plantas curativas para la diabetes, con eso me mantengo perfectamente (3). Todo diabético debe tomar sus yerbas, a veces tomo una o dos pastillas vengo a mi control y estoy perfectamente bien (4). No fumar, ni tomar, controlar los alimentos, es la base fundamental para vivir bien, sanos y	(B) Me cuido con yerbas y me mantengo bien, además de cumplir el tratamiento.

<p>con buena salud (8). La diabetes deteriora los órganos (9).</p> <p>(C) No hago caso a mi enfermedad, porque si pienso que estoy enfermo peor voy a enfermar, hago mi vida tranquila, valoro mi vida como antes, cuando he sido sano (5) No me siento decaído, me siento bien (6).</p> <p>(D) Todo hay que recibirlo a la voluntad de Dios.</p>	<p>(C) No pienso mucho en mi enfermedad, valoro mi vida, me siento bien.</p> <p>(D) Todo hay que dejarlo a la voluntad de Dios.</p>
---	---

### **C. ANALISIS IDEOGRAFICO:**

La persona diabética desde que tiene la enfermedad se cuidó, y lleva una vida ordenada. Se cuida con yerbas y se mantiene bien, además de cumplir el tratamiento. No piensa mucho en su enfermedad, valora su vida, se siente bien. Todo lo ha dejado a la voluntad de Dios.

### **DISCURSO N° 05**

#### **¿Cómo se siente usted vivir con diabetes mellitus?**

Señorita, hace 16 años tengo diabetes, yo participo en la asociación de diabéticos del Perú, hacemos campañas, damos educación (1), y cuando me detectan que en realidad tenía ese mal, fue muy doloroso, me desesperé, me preocupé mucho (2), así ha ido pasando el tiempo, lo acepté llevar, con mucho amor, de apoyar, de colaborar en lo que se pueda en la asociación (3).

Señorita yo vivo con mi esposo, vivimos solos, yo me he impregnado de todo este mal, entonces tengo que someterme a las dietas, a la higiene mental, a la higiene del organismo (4), enseñar a otras personas que acuden a visitarme, los ayudo con bastante amor, cogiéndome de ellos, les digo; tú me vas a ayudar, me vas a apoyar (5), hasta que me di cuenta que en verdad esto ya no se cura, sino solamente a través de los medicamentos, uso insulina y las dietas continuas, baja bastante el azúcar (6).

Si Dios me ha puesto esto, yo quien soy para no cumplir con el tratamiento (7), para mí fue muy fuerte (8), pero ahora lo llevo con mucha tranquilidad, no aferrándome, que tengo diabetes, que me voy a morir, porque sé que esto es para rato, para mucho tiempo (9), yo lo acepto día a día, que soy uno más, tratar de apoyar a la gente (10), no me siento quebrada me siento tranquila, hasta cuando Dios lo decida, El me dirá hasta acá, basta (11), solo saber qué hacer cuando se baja el azúcar, tomar algo dulce, sobreponerse pues, otra cosa no nos queda (12)

Para mí desgraciadamente toda la familia es diabética, mi madre y mi padre fallecieron con diabetes, mi hermana y mi hermano también tienen diabetes, mis dos sobrinos también fallecieron con diabetes (13), solo hay que seguir adelante (14), ponerse a leer para poder entender (15), pero siempre necesitamos de alguien por más conocimientos que tengamos, alguien quien nos escuche, y ese alguien es ustedes las enfermeras, que nos escuchan de todo corazón, son muy amables (16).

#### **A. CUADRO DE REDUCCION FENOMENOLOGICA:**

UNIDAD DE SIGNIFICADO	REDUCCION FENOMENOLOGICA
1.-Señorita, hace 16 años tengo diabetes, yo participo en la asociación de diabéticos del Perú, hacemos campañas, damos educación.	1.-Hace 16 años tengo diabetes, participo en la asociación de diabéticos del Perú, hacemos campañas, educamos.
2.-Cuando me detectan que en realidad tengo ese mal, fue muy doloroso, me desesperé, me preocupé mucho.	2.-Fue muy doloroso, me desesperé, me preocupé mucho.
3.-Así ha ido pasando el tiempo, lo acepté llevar, con mucho amor, de apoyar, de colaborar en lo que se pueda en la asociación.	3.-Ha ido pasando el tiempo, acepté llevarla con mucho amor, de apoyar y colaborar en la asociación.
4.-Señorita yo vivo con mi esposo, vivimos solos, yo me he impregnado de todo este mal, entonces tengo que someterme a las dietas, a la higiene mental, a la higiene del organismo.	4.-Vivo con mi esposo, me he impregnado de este mal, tengo que someterme a dietas, a la higiene mental y del organismo.
5.-Enseñar a otras personas que acuden a visitarme, los ayudo con bastante amor, cogiéndome de ellos, les digo; tú me vas a ayudar, me vas a apoyar.	5.-Enseñar a otras personas que acuden a visitarme, los ayudo con bastante amor, les digo que me van a ayudar y apoyar.
6.-Hasta que me di cuenta que en verdad esto ya no se cura, sino solamente a través de los medicamentos, uso insulina y las dietas continuas, baja bastante el azúcar.	6.-Sé que la diabetes no tiene cura, tomando los medicamentos, usando la insulina, dietas continuas, se mantiene el azúcar normal.
7.-Si Dios me ha puesto esto, yo quien soy para no cumplir con el tratamiento.	7.-Dios me ha puesto esto, yo quien soy para no cumplir con el tratamiento.
8.-Para mí fue muy fuerte.	8.-Fue muy fuerte.

<p>9.-Pero ahora lo llevo con mucha tranquilidad, no aferrándome, que tengo diabetes, que me voy a morir, porque sé que esto es para rato, para mucho tiempo.</p>	<p>9.-Lo llevo con tranquilidad, no aferrándome a la enfermedad o que me voy a morir, sé que esto es para mucho tiempo.</p>
<p>10.-Yo lo acepto día a día, que soy uno más, tratar de apoyar a la gente.</p>	<p>10.-Lo acepto día a día, soy uno más, trato de apoyar a la gente.</p>
<p>11.-No me siento quebrada, me siento tranquila, hasta cuando Dios lo decida, El me dirá hasta acá, basta.</p>	<p>11.-Me siento tranquila, hasta cuando Dios lo decida, El me dirá hasta acá.</p>
<p>12.-Solo saber qué hacer cuando se baja el azúcar, tomar algo dulce, sobreponerse pues, otra cosa no nos queda.</p>	<p>12.-Saber qué hacer cuando se baja el azúcar, tomar algo dulce, sobreponerse, otra cosa no nos queda.</p>
<p>13.-Para mí desgraciadamente toda la familia es diabética, mi madre y mi padre fallecieron con diabetes, mi hermana y mi hermano también tienen diabetes, mis dos sobrinos también fallecieron con diabetes.</p>	<p>13.-Desgraciadamente toda mi familia es diabética, mi madre, mi padre y mis dos sobrinos fallecieron con diabetes, mi hermana y mi hermano tienen diabetes</p>
<p>14.-Solo hay que seguir adelante.</p>	<p>14.-Seguir adelante.</p>
<p>15.-Ponerse a leer para poder entender.</p>	<p>15.-Leer para poder entender</p>
<p>16.-Pero siempre necesitamos de alguien por más conocimientos que tengamos, alguien quien nos escuche, y ese alguien es ustedes las enfermeras, que nos escuchan de todo corazón, son muy amables.</p>	<p>16.-Siempre necesitamos de alguien que nos escuche, y ese alguien son las enfermeras, que nos escuchan de todo corazón, son muy amables.</p>

## B. CUADRO DE CONVERGENCIAS DEL DISCURSO:

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO	UNIDAD DE SIGNIFICADO INTERPRETADA
<p>(A) Fue muy doloroso, me desesperé, me preocupé mucho (2). Fue muy fuerte (8). Desgraciadamente toda mi familia es diabética, mi madre, mi padre y mis dos sobrinos fallecieron con diabetes, mi hermana y mi hermano tienen diabetes (13).</p> <p>(B) Vivo con mi esposo, me he impregnado de este mal, tengo que someterme a dietas, a la higiene mental y del organismo (4). Sé que la diabetes no tiene cura, tomando los medicamentos, usando la insulina, dietas continuas, se mantiene el azúcar normal (6).</p> <p>(C) Hace 16 años tengo diabetes, participo en la asociación de diabéticos del Perú, hacemos campañas, educamos (1). Enseñar a otras personas que acuden a visitarme, los ayudo con bastante amor, les digo que me van a ayudar y apoyar (5). Ha ido pasando el tiempo, acepté llevarla con mucho amor, de apoyar y colaborar en la asociación (3). Lo acepto día a día, soy uno más, trato de apoyar a la gente (10).</p> <p>(D) Dios me ha puesto esto, yo quien soy para no cumplir con el tratamiento (11). Me siento tranquila, hasta cuando Dios lo decida, El me dirá hasta acá (7).</p> <p>(E) Lo llevo con tranquilidad, no aferrándome a la enfermedad o que me voy a morir, sé que esto es para mucho tiempo</p>	<p>(A) Fue doloroso, me desesperé y preocupe mucho, fue muy fuerte. Toda mi familia es diabética.</p> <p>(B) Vivo sola con mi esposo, tengo que cumplir con el tratamiento: dietas, medicamentos y mente positiva.</p> <p>(C) Participo ayudando a otra persona con diabetes en una asociación, con bastante amor acepto mi enfermedad.</p> <p>(D) Dios me ha puesto la enfermedad, y él me dirá hasta acá, me siento tranquila.</p> <p>(E) No me aferro a la enfermedad, sigo adelante, la llevo con tranquilidad.</p>

<p>(14). Seguir adelante (9). Leer para poder entender (15). Saber qué hacer cuando se baja el azúcar, tomar algo dulce, sobreponerse, otra cosa no nos queda (12).</p> <p>(F) Siempre necesitamos de alguien que nos escuche, y ese alguien son las enfermeras, que nos escuchan de todo corazón, son muy amables (16).</p>	<p>(F) Necesitamos alguien que nos escuchen y las enfermeras lo hacen de corazón.</p>
--	---

### **C. ANALISIS IDEOGRAFICO:**

El paciente diabético refiere que fue doloroso, se desesperó y preocupó mucho, fue muy fuerte. Toda su familia es diabética, vive sola con su esposo, tiene que cumplir con el tratamiento: dietas, medicamentos y mente positiva. Participa ayudando a otras personas con diabetes en una asociación, con bastante amor, acepta su enfermedad. Refiere que Dios le ha puesto la enfermedad, y él le dirá hasta acá. Se siente tranquila, no se aferra a la enfermedad, sigue adelante, la lleva con tranquilidad.

### **DISCURSO N° 06**

#### **¿Cómo se siente usted vivir con diabetes mellitus?**

Hay señorita, con la diabetes todo el cuerpo duele, la cabeza, la pierna, todo duele, uno parece borracha, uno se pone bien mal hasta hacer llorar a veces (1), hace 10 años que tengo diabetes y sigo así, no puedo comer dulces, no puedo tomar mucha gaseosa, dicen que para eso no hay curación (se calla, se pone triste) (2), algunas

veces estoy tranquila, otras veces estoy grave, uno de estar pensando lloro, como será señorita, como a mí me ha dado esa enfermedad (3), no puedo comer nada que se me antoja, porque si lo hago se me sube la glucosa, mi hija a veces me apoya pero ya no ya con esta enfermedad hay que estar con el doctor nomás, con ampollas, con pastillas (4), cumplo con el tratamiento, con los controles, así no más aguantaremos (5), con la dieta, con menestras con pescado sancochado así no más será, que vamos a ser cumplir no más, algunas veces se me antoja tomar gaseosa, tomo poco no mucho si no el doctor se molesta, si la glucosa está alta, él pregunta; qué has comido, no estás haciendo dieta, por eso aguantamos (6), si no cumplimos la enfermedad avanza más rápido (7), algunas veces me siento llena y no como, pero otras ya como demasiado, pero cuando quita el apetito solo como poquito, no es cuando uno está sano (8).

Señorita, yo vivo sola con mi esposo, mis hijos viven aparte, cada uno tiene su familia ya, yo sola tengo que preparar mis dietas cuando tengo hambre, como sea (9), pero cuando no tengo hambre solo medidita cocino, como dice el doctor frutas, verduras, pero hay que comprar poco porque se malogra rapidito (10).

**A. CUADRO DE REDUCCION FENOMENOLOGICA:**

UNIDAD DE SIGNIFICADO	REDUCCION FENOMENOLOGICA
<p>1.- Hay señorita, con la diabetes todo el cuerpo duele, la cabeza, la pierna, todo duele, uno parece borracha, uno se pone bien mal hasta hacer llorar a veces.</p> <p>2.- Hace 10 años que tengo diabetes y sigo así, no puedo comer dulces, no puedo tomar mucha gaseosa, dicen que para eso no hay curación (se calla, se pone triste).</p> <p>3.- Algunas veces estoy tranquila, otras veces estoy grave, uno de estar pensando lloro, como será señorita, como a mí me ha dado esa enfermedad.</p> <p>4.- No puedo comer nada que se me antoja, porque si lo hago se me sube la glucosa, mi hija a veces me apoya, pero ya no ya con esta enfermedad hay que estar con el doctor nomás, con ampollas, con pastillas.</p> <p>5.- Cumpló con el tratamiento, con los controles, así no más aguantaremos.</p> <p>6.- Con la dieta, con menestras con pescado sancochado así no más será, que vamos a ser cumplir no más, algunas veces se me antoja tomar gaseosa, tomo poco no mucho si no el doctor se molesta, si la glucosa está alta, él pregunta; qué has comido, no estás haciendo dieta, por eso</p>	<p>1.- Con la diabetes el cuerpo duele, la cabeza, la pierna, uno parece borracha, uno se pone mal hasta hacer llorar a veces.</p> <p>2.- Hace 10 años que tengo diabetes, no puedo comer dulces, tomar mucha gaseosa, dicen que no hay curación (se calla, se pone triste).</p> <p>3.- A veces estoy tranquila, otras graves, de estar pensando lloro, como será, como me ha dado esa enfermedad.</p> <p>4.- No puedo comer nada que me antoja, si lo hago se sube la glucosa, mi hija a veces me apoya, pero con esta enfermedad hay que estar con el doctor no más, con ampollas, con pastillas.</p> <p>5.- Cumpló con el tratamiento, con los controles así no más aguantaremos.</p> <p>6.- Con dieta, menestras, pescado sancochado, así será, que vamos a ser, cumplir no más, algunas veces me antoja tomar gaseosa, tomo poco, si no, el doctor se molesta, si la glucosa está alta, él pregunta; qué has comido, no estás haciendo dieta, por eso aguantamos.</p>

aguantamos.

7.- Si no cumplimos la enfermedad avanza más rápido.

8.- Algunas veces me siento llena y no como, pero otras ya como demasiado, pero cuando quita el apetito solo como poquito, no es cuando uno está sano.

9.- Señorita, yo vivo sola con mi esposo, mis hijos viven aparte, cada uno tiene su familia ya, yo sola tengo que preparar mis dietas cuando tengo hambre, como sea.

10.- Pero cuando no tengo hambre solo medidita cocino, como dice el doctor frutas, verduras, pero hay que comprar poco porque se malogra rapidito.

7.- Si no cumplimos la enfermedad avanza más rápido.

8.- A veces me siento llena y no como, otras como demasiado, cuando se quita el apetito como poquito, no es cuando uno está sano.

9.- Vivo sola con mi esposo, mis hijos viven aparte, cada uno tiene su familia, tengo que preparar mi dieta como sea cuando tengo hambre.

10.- Pero cuando no tengo hambre solo medidito cocino, como dice el doctor frutas, verduras, pero hay que comprar poco porque se malogra rápido.

**B. CUADRO DE CONVERGENCIAS DEL DISCURSO:**

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO	UNIDAD DE SIGNIFICADO INTERPRETADA
<p>(A) Con la diabetes el cuerpo duele, la cabeza, la pierna, uno parece borracha, uno se pone mal hasta hacer llorar a veces (1). Hace 10 años que tengo diabetes, no puedo comer dulces, tomar mucha gaseosa, dicen que no hay curación (se calla, se pone triste) (2).</p> <p>(B) A veces estoy tranquila, otras graves, de estar pensando lloro, como será, como me ha dado esa enfermedad (3). No puedo comer nada que me antoja, si lo hago se sube la glucosa, mi hija a veces me apoya, pero con esta enfermedad hay que estar con el doctor nomás, con ampollas, con pastillas (4).</p> <p>(C) Cumplo con el tratamiento, con los controles así no más aguantaremos (5). Con dieta, menestras, pescado sancochado, así será, que vamos a ser, cumplir nomás, algunas veces me antoja tomar gaseosa, tomo poco, si no, el doctor se molesta, si la glucosa está alta, él pregunta; qué has comido, no estás haciendo dieta, por eso aguantamos (6). Si no cumplimos la enfermedad avanza más rápido (7).</p> <p>(D) Vivo sola con mi esposo, mis hijos viven aparte, cada uno tiene su familia, tengo que preparar mi dieta como sea cuando tengo hambre (9). A veces me</p>	<p>(A) Con la diabetes uno se pone mal hasta llorar, no tiene cura.</p> <p>(B) A veces estoy tranquila, otro lloro, no puedo comer lo que se me antoja, mi hija me apoya y acudo al doctor.</p> <p>(C) Cumplo con el tratamiento y los controles, porque si no la enfermedad avanza rápido.</p>

siento llena y no como, otras como demasiado, cuando se quita el apetito como poquito, no es cuando uno está sano (8). Pero cuando no tengo hambre solo medidito cocino, como dice el doctor frutas, verduras, pero hay que comprar poco porque se malogra rapidito (10).

(D) Vivo sola con mi esposo, me preparo mi dieta cuando tengo hambre, a veces se me quita el apetito.

### **C. ANALISIS IDEOGRAFICO:**

La persona diabética manifiesta que con la diabetes uno se pone mal hasta llorar, no tiene cura la enfermedad. A veces está tranquila, otra llora, no puede comer lo que se le antoja, su hija le apoya y acude al doctor, cumple con el tratamiento y los controles, porque si no la enfermedad avanza rápido. Vive sola con su esposo, se prepara su dieta cuando tiene hambre, a veces se le quita el apetito.

### **4.2 Análisis y discusión de resultados**

En la presente investigación, se encontraron las siguientes categorías:

- A. Viviendo la enfermedad
- B. Afrontando la enfermedad
- C. Experimentando una nueva forma de vivir

A continuación, se presentan el análisis y su discusión:

#### **A. VIVIENDO LA ENFERMEDAD.**

Según lo referido por las personas con diabetes mellitus, varios relatos colocaron en evidencia algunos sentimientos y reacciones

emocionales positivas y negativas que los entrevistados experimentaron inmediatamente después del diagnóstico de diabetes mellitus, como; “miedo”, ”pena”, “choque”, ”tristeza”, “desinterés”, “desgano”, “depresión”, “desesperación”, “preocupación” y “negación”. Algunos de ellos manifestaron que la diabetes les dio luego de una preocupación, otro entrevistado cree que la diabetes es hereditaria. También, manifiestan síntomas de algunas complicaciones de la diabetes. Además, los relatos mostraron que, con el pasar del tiempo, los entrevistados acabaron acostumbrándose con el hecho de presentar una enfermedad crónica como la diabetes mellitus.

Según lo expuesto en los discursos 1, 2, 3, 4, 5 y 6:

*“Al conocer que tenía diabetes, fue un choque muy grande, sentí decaimiento, andaba desgana, caí en depresión, estuve en cama, no me interesaba nada, bajé demasiado de peso, cuando tengo cólera, problemas o preocupaciones me afecta bastante, se me sube el azúcar, cualquier cosa me choca, me hace llorar mucho.... (D-1).*

*“Siento mucha “pena” tener esta enfermedad, tengo “miedo” que me corten la pierna, que me quede ciega, que algo me pase”, “Creo que la diabetes me dio porque me preocupaba mucho por mi esposo que estaba enfermo, porque en mi familia nadie tiene diabetes ni mis padres, “es una enfermedad emotiva” ... (D-2).*

*“Cuando supe que tenía diabetes, sentí que se acababa el mundo, creí que mi vida se iba a acabar pronto, no quise nada, no me cuidaba, tomaba licor, no hacía dieta comía de todo, muchos años viví en forma*

*descontrolada, ahora tengo “miedo” de perder la visión, de tener problemas de los riñones, del hígado” .... (D-3).*

*“..... Yo me conformo con mi enfermedad, porque si pienso que estoy enfermo va a ser peor, hago mi vida tranquila, valoro mi vida como siempre lo he hecho, siempre la he sabido valorar...” (D-4).*

*“Fue muy fuerte para mí, muy doloroso, me desesperé, me preocupé mucho, ha ido pasando el tiempo, ahora me siento tranquila, sigo adelante, no aferrándome que tengo diabetes, vivo mi enfermedad con el día a día...toda mi familia tiene diabetes” (D-5).*

*“Siento mucha “tristeza” de saber que tengo diabetes, lloro mucho de solo estar pensando en lo que me puede pasar, todavía “no puedo aceptar” que a mí me ha dado esta enfermedad.... (D-6).*

Resultados similares reportan en México; Velásquez M. y Balcázar P. (12), en su estudio, “Vivencia personal de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2”, los resultados evidencian que los participantes experimentan síntomas similares antes de ser diagnosticados, la independencia se ve afectada, hay dificultad para cambiar patrones alimenticios, conciben la enfermedad como catastrófica lo que afectará emocionalmente, pero el apoyo resulta vital para afrontar la enfermedad, hay una modificación del funcionamiento familiar y las relaciones interpersonales de la persona con diabetes mellitus se dañan.

Los resultados se sustentan en que al diagnosticarse una enfermedad crónica como es la diabetes mellitus, produce con frecuencia un fuerte impacto emocional en la persona, la perplejidad y desorientación que surgen como consecuencia del

diagnóstico inicial, hace imposible que estas personas puedan darse cuenta inmediatamente del alcance de los cambios que con toda probabilidad se van a producir en su vida, las emociones que más frecuentemente surgen en esta fase inicial son la negación y el miedo; más tarde pueden aparecer la depresión y la ira; la negación es un mecanismo de defensa por el cual las personas evitan las implicaciones de la enfermedad y así, pueden actuar como si la enfermedad no fuera grave, pensando que desaparecerá rápidamente o que tendrá consecuencias sólo a corto plazo, el temor también es una respuesta frecuente, muchas personas pueden sentirse abrumadas por el cambio que va a experimentar en su vida y por la posibilidad de la muerte (72).

En el proceso de enfermarse relacionada a la evolución de una enfermedad crónica y degenerativa, generalmente las personas pasan por algunas fases hasta llegar a la aceptación de la enfermedad, estas fases son; negación, rabia, revuelta, regateo, depresión y aceptación, esas fases son dinámicas, pueden alternarse y nada impide que una persona que está en la fase de aceptación del diagnóstico, en un determinado momento, retroceda a fases anteriores (72).

El uso de la negación en la primera fase demuestra una dificultad de encarar la realidad y puede surgir delante de un diagnóstico inesperado y chocante, de esa forma, la persona puede negar la enfermedad o una parte del tratamiento recomendado cuando no se puede continuar haciendo uso de la negación emergen sentimientos de rabia y revuelta, es la segunda fase, que puede propagarse hacia la familia, al equipo de salud y a los amigos, la tercera fase es representada por el regateo y la característica más notable es la negociación que la persona trata de

hacer con los profesionales o con la familia y amigos, buscando obtener algún tipo de ventaja de su padecimiento, como una solución para el sufrimiento generado por enfermarse, en la cuarta fase, el sentimiento dominante es de pérdida, acompañada de inmensa tristeza (72).

La herencia es uno de los factores de riesgo para la diabetes mellitus, pues casi siempre se encuentran antecedentes diabéticos en las personas que padecen esta enfermedad, factores ambientales como obesidad, la edad ya que la tolerancia a la glucosa disminuye con la edad y la frecuencia de aparición aumenta conforme aquella avanza. También, la diabetes mellitus se ha relacionado con las emociones. Se ha visto que la diabetes puede ser precipitada por estados de ansiedad y stress, durante esos periodos de stress hay mayor secreción de cuatro hormonas: glucagón, catecolaminas, glucocorticoides y hormona del crecimiento. Estas estimulan la utilización de las grasas almacenadas en lugar de la tomada por la vía oral produciendo gran cantidad de desechos y complicaciones, lo que va a conducir a la liberación de ácidos grasos los cuales interfieren con la respuesta de los tejidos a la insulina circulante (73).

Las complicaciones de la diabetes son; lesiones oculares, retinopatía, que desembocan en la ceguera; lesiones renales, nefropatía, que acaban en insuficiencia renal; y lesiones de los nervios que ocasionan impotencia y pie diabético, que a veces obliga a amputar como consecuencia de infecciones muy graves. La retinopatía una causa importante de ceguera y discapacidad visual, está causada por el daño de los vasos sanguíneos de la capa posterior del ojo, la retina, lo que ocasiona una pérdida progresiva de la vista, que a veces llega a ser ceguera;

La nefropatía diabética está causada por las lesiones de los vasos sanguíneos pequeños de los riñones, ello puede causar insuficiencia renal y al final la muerte, esta es una causa importante de diálisis y trasplantes renales (31).

Asimismo; Wojtyla (39), manifiesta que desde el punto de vista fenomenológico, la unidad esencial de las experiencias de cada individuo está formada por un conjunto de sensaciones y emociones que posteriormente son ordenadas por la mente. Indudablemente cada experiencia es un hecho singular y cada una de las veces en que se produce es algo único e irrepetible, aun así, existe algo que debido a toda una secuencia de momentos empíricos, se puede denominar la “experiencia del hombre”.

Por otra parte; Heidegger (47) (49), afirma que al comprender la persona con diabetes mellitus su enfermedad, es proyectar ese conocimiento previo y comprobar que el objeto por conocer se ajusta a la forma mental de la expectativa, cuando el objeto no se ajusta al molde mental, entonces, lo que se impone es escoger otro molde que haga posible la corrección, o sea, la recta comprensión del objeto. Se podría decir que la tarea de la comprensión es siempre hermenéutica en el sentido en que presupone en todos los casos un conocer previo, un patrón adquirido con anticipación al acto de conocimiento de que se trata.

Respecto a la muerte y la existencia auténtica; Heidegger (47) (50), sostiene que la existencia auténtica es la que caracteriza porque escoge sus posibilidades reales, vive con una conciencia lúcida de lo que es. Y asume la angustia ante la nada de la muerte, que es la posibilidad más cierta e inminente que todo hombre posee. Mientras que la existencia banal trata de eludir la muerte, las conversaciones

acerca de la muerte y hasta la proximidad de la muerte al enfermo desahuciado, el hombre auténtico es un ser para la muerte, es decir, vive en su contingencia, su finitud, su limitación; sabe que con la muerte termina todo, se anticipa a ella y da sentido real a cada instante que vive. Desde que el hombre nace, continuamente muere, cada instante vivido es un instante menos en su existencia precaria y efímera. Vivir esta limitación en donde se asoma la nada, continuamente, produce angustia. El hombre auténtico asume su limitación y su angustia.

## **B. AFRONTANDO LA ENFERMEDAD**

En los discursos se evidencia una asociación entre no seguir el tratamiento y lo que una entrevistada denominó de “querer morirse”, además, reviven emociones negativas debido a las prohibiciones, limitaciones y posibles complicaciones determinadas por la diabetes mellitus parece que no soportan vivir todo el tiempo con tantas restricciones cargadas de sentimientos negativos; por eso usan la negación como una válvula de escape, buscando un alivio para la ansiedad suscitada por la sensación de no poder controlar los acontecimientos que asaltan su organismo.

Según lo expuesto en los discursos 1, 2 y 3:

*“Quisiera morirme, pero tengo que afrontar mi problema, sé que en cualquier momento voy a morir si no es por la diabetes tal vez sea por otra cosa... (D-1).*

*“Muchas veces tengo cólera quiero dejar el tratamiento, que voy hacer si esta enfermedad es mala, pero me dio y ahí estoy pues me quieren operar de la vista cualquier día me muero ya para qué operarme...” (D-2).*

*“Tuve una herida en el talón me hospitalizaron dos meses casi pierdo el pie..., lo peor que podemos hacer es no cumplir las indicaciones médicas, y esas son las consecuencias, si yo hubiera llevado las indicaciones desde el principio no hubiera pasado todo lo que pasé...” (D-3).*

Otras personas afrontan la enfermedad en forma positiva, tratando de dejar de lado los sentimientos negativos.

Según lo expuesto en el discurso 4:

*“Soy un hombre ordenado, no me gusta tomar, ni fumar, cuido mis alimentos, eso es muy importante trato de cuidarme porque es la base fundamental para poder vivir bien y sano”, “hay plantas curativas para la diabetes, porque de ellas se procesan las medicinas, tomo yerbas como; nogal, culén, stevia, con eso yo me mantengo a veces tomo una o dos pastillas me vengo a controlar y estoy perfectamente bien” (D-4).*

Algunas personas refieren que viven solos al notar la falta de preocupación y de apoyo de sus familiares más cercanos. Es importante frente a la realidad encontrada hacer un llamado a la reflexión de los integrantes de las familias de las personas con diabetes mellitus, para que se constituyan y les brinden calor de hogar.

Esto se evidencia en los discursos 5 y 6:

*“Tomando los medicamentos, usando la insulina, haciendo dieta continua, se mantiene la glucosa normal”, “leo sobre temas de diabetes, para poder entender y saber qué hacer cuando se baja el azúcar, tomar*

*algo dulce, sobreponerse, tengo que someterme a dietas, a la higiene mental y del organismo”, “otra cosa no me queda” (D-5).*

*“Como dieta, menestras, pescado sancochado, frutas verduras”, “a veces se me quita el apetito, me siento llena y no como”, “otras como demasiado, cuando se me antoja tomo gaseosa solo un poquito” “No puedo comer dulces, postres, nada que se me antoja, si lo hago se me sube la glucosa”, con esta enfermedad “tengo que estar controlándome, poniéndome ampollas, tomando pastillas es incómodo, no es como cuando uno está sano”, “dicen que esta enfermedad ya no se cura por eso cumplo con el tratamiento, con los controles así no más aguantare, que voy a ser, cumplir nomás, si no cumplimos la enfermedad avanza más rápido” (D-6).*

*“...no tengo apoyo, vivo sola con mi esposo, tengo que hacer todo sola...” (D-5)*

*“Vivo con mi esposo, mis hijos viven aparte, mi hija a veces me apoya pero cada uno tiene su familia, cuando tengo hambre tengo que preparar mi dieta sola, como sea...” (D-6)*

Resultados similares reportan en España; Ponce J. (16), en su investigación titulada “La diabetes: luces y sombras en el camino”, manifiesta en repetidas ocasiones que la diabetes mellitus le ha resultado una carga, que ha impedido que se haya desarrollado como persona. Por otra parte, asegura no considerarse una enferma, que es consciente de las limitaciones a consecuencia de las complicaciones, pero percibe una calidad de vida y una alegría que le confiere una

sensación de gran bienestar. Una persona con diabetes mellitus tiene que llevar un control minucioso de la dieta, el horario, de las cantidades ingeridas y eso los estresa. A la hora de la verdad, son un montón de cosas que no sirven para curar, sino para no estar peor, lo que también disminuye la motivación del enfermo.

Para Heidegger (37) (47) (49), el ser; es lenguaje y tiempo y el contacto con las cosas está siempre mediado por prejuicios y expectativas como consecuencia del uso del lenguaje. Cualquier respuesta a una pregunta acerca de la realidad se halla manipulada de antemano, ya que siempre existe un pre comprensión acerca de todo lo que se piensa. El fenómeno del que se ocupa primeramente la fenomenología, está primeramente oculto, encubierto. Ese fenómeno no es otro que el ser, y es ocultado o encubierto por todos los demás fenómenos que acaparan la atención de un modo inmediato, por lo que tiene que ser sacado a luz, dado que se encuentra en la raíz de todos los otros fenómenos que se encuentran en primer plano. Para sacar a luz el sentido del ser es necesario partir de la caracterización del ser, en tanto que abierto a la comprensión del ser, apertura que Heidegger designa como posibilidad de ser o como proyecto libre.

El mundo es esa red de relaciones, formada por los objetos que están a la mano; cada uno remite a los demás. Y ese conjunto de relaciones forma parte integrante del ser de cada hombre. En otras palabras, no se podría comprender a una persona determinada, sin ese mundo peculiar que lo rodea (49). El hogar es el mejor lugar donde se experimenta el calor de la familia, por el tiempo que pasamos junto a nuestros seres queridos, el tiempo que nos forman, que nos dejan huellas, aún

cuando el tiempo pase, lo que se aprende en la familia queda para siempre. El calor de hogar para una persona y el apoyo que pueda recibir resulta de vital importancia porque ayuda al fortalecimiento del espíritu e influye en la salud de una persona y sobre todo en el aspecto emocional (33).

El bienestar mental y físico toma una gran importancia, relaciones cercanas de apoyo, sentirse querido, afirmado y alentado por amigos íntimos y por la familia predicen tanto la salud como la enfermedad. Debe de tenerse en cuenta que la familia influye mucho en la salud y la enfermedad, el apoyo familiar influye sobre la mayoría de enfermedades crónicas, este apoyo emocional de escuchar a la persona enferma, mostrar empatía y darle sensación de que se le cuida y tiene afecto es de gran ayuda, Esto se debe a que la familia es un grupo de personas con un grado de vinculación emocional fuerte, con una historia en común y un futuro como grupo, la presencia de una enfermedad en la familia altera la vida cotidiana pues requiere de cambios en la organización en los roles y en sus reglas (39).

Asimismo; Heidegger (49), explica los existenciales del hombre, o sea, sus características más importantes, que se podrían reducir a cuatro: cuidado, libertad, transparencia y temporalidad. El hombre es cuidado, es decir, está lanzado hacia las cosas o instrumentos del mundo. La libertad es el hecho de proyectarse hacia sus propias posibilidades; la trascendencia es lo mismo que la libertad, pues el hombre surge por encima de las cosas, se escoge y se hace su propio ser, en oposición a los objetos, cuya esencia está hecha y terminada. La temporalidad consiste en que el hombre no está en el tiempo, sino que es un proceso de

temporalización, cuyos éxtasis, o salidas del mundo, originan los tres momentos del tiempo entendido corrientemente.

La persona como un ser para quien las cosas tienen significado; La manera fundamental de vivir las personas en el mundo es a través de la actividad práctica. Heidegger (50), describe dos modos en los cuales los seres humanos están involucrados en el mundo. El primero es aquel en el cual las personas están completamente involucradas o sumergidas en la actividad diaria sin notar su existencia, en éste las personas están comprometidas con cosas que tienen significado y valor de acuerdo con su mundo, el segundo modo es aquel en el cual las personas son conscientes de su existencia. Por ejemplo, cuando una persona está sana y todo sucede sin novedad para la persona y la familia quienes viven su existencia sin poner demasiada atención a lo que hacen, ellos viven una vida normal. En cambio, cuando la persona tiene alguna enfermedad, sus vidas ya no son normales, están interrumpidas, ellos son conscientes de todo en su vida diaria.

### **C. EXPERIMENTANDO UNA NUEVA FORMA DE VIVIR**

Algunos entrevistados dicen estar conscientes de su enfermedad, lo aceptan y comparten momentos libres con otras personas apoyándose entre sí, otro entrevistado dijo que su trabajo lo ve como un entretenimiento.

Como lo manifiestan en los discursos 1, 3 y 5.

*“A veces voy a un compromiso, no puedo tomar, pero si un brindis sin excederme, tengo que controlarme, medirme” (D-1).*

*“Me entretengo con mi trabajo, estoy consciente de mi enfermedad, tengo que saber sobrellevarla, poder superarlo, seguir todas las indicaciones, si no se cumplen la vida se acorta”, “tengo que vivir un poco más”, “No he estado cumpliendo con las indicaciones, he hecho muchos desarreglos el cual tuvo sus consecuencias, no debería estar vivo” (D-3).*

*“Me aferro a Dios, me he entregado a Él, le pido tanto que si tengo esta enfermedad sabe porque lo ha mandado” (D-1).*

*“Voy a la iglesia los jueves, le pido al Señor, será hasta que Él me lleve” (D-2).*

*“Me mantengo bien, no estoy decaído, no soy nervioso, todo hay que recibirlo a la voluntad de Dios” (D-4).*

*“Dios me ha puesto esto, yo quien soy para no cumplir con el tratamiento será hasta cuando Él lo decida” (D-5).*

*“La diabetes no tiene cura, soy una más, acepto mi enfermedad con mucho amor, apoyo y colaboro con otras personas que acuden a visitarme, participo en la asociación de diabéticos del Perú, hacemos campañas, educamos, los ayudo con bastante amor, cogiéndome de ellos, les digo; nos vamos ayudar y apoyar, sé que esto es para rato, para mucho tiempo”,*  
*“Siempre necesitamos de alguien que nos escuche, y ese alguien son las enfermeras, que nos escuchan de todo corazón, son muy amables” (D-5).*

En esta categoría los entrevistados manifiestan su creencia en un ser superior y que Él les fortalece para continuar en los momentos más difíciles de su vida, al respecto, Heidegger (51), escribe; sólo a partir de la Verdad del Ser, puede ser

pensada la esencia de lo Sagrado, sólo a partir de la esencia de lo Sagrado puede pensarse la esencia de la Divinidad, sólo a la luz de la esencia de la Divinidad se puede pensar y decir lo que la palabra Dios debe nombrar.

En las personas del estudio se encuentra que su ser, vive a la luz de la divinidad de Dios, ellos al experimentar la cercanía de la muerte y reflexionar sobre su existencia pone en sus manos su vida, se puede observar como los entrevistados ansían estar con Él creador, producto de cultivar y vivir a la luz de su religiosidad. Esa relación con Dios, que es vivida como una experiencia de vida, les lleva a sentir su protección, y es a Dios a quien le agradecen su vida, por su salud, pidiéndole que les dé más vida, es importante rescatar como reafirman su Fe, asumiéndola como parte de su ser (49).

Los seres humanos son seres auto interpretativos, pero en una forma no teórica; Lo son porque las cosas tienen importancia para ellos. Estos intereses de la persona nos muestran lo que es importante o preocupante en una situación específica. Conocer y comprender lo que rodea al ser humano es una manera fundamental de ser en el mundo. Las personas entienden y captan significados de lo que les rodea mediante el lenguaje. Los seres humanos son y están constituidos por el conocimiento y comprensión del mundo, por lo que, el lenguaje sirve para representarse a sí mismo y al mundo, pero también constituye la vida. Ciertas maneras de ser, sentir y de relacionarse con los demás son solamente posibles con ciertos recursos lingüísticos. El lenguaje representa, articula y hace que las cosas se manifiesten y al hacerlo moldea nuestras vidas (51).

Es necesario que exista una voluntad de vivir, la esperanza de obtener un mejor control de los síntomas en los casos de condición crónica instalada, o sea, es preciso considerar el vivir de la persona con diabetes mellitus en todas sus dimensiones, desde la rutina más trivial hasta el deseo de continuar luchando por la vida, el deseo y el compromiso de las personas con la propia vida son elementos fundamentales en el tratamiento de las enfermedades, sobre todo en las condiciones crónicas de salud.

## VII. CONSIDERACIONES FINALES

Los resultados obtenidos en la aplicación de la entrevista a profundidad permiten evidenciar el sentir de las personas que padecen de diabetes mellitus que acuden a consultorios externos del hospital III - Chimbote. En primera instancia se puede decir que la diabetes mellitus es una enfermedad que solo el hecho de ser diagnosticada es visto por los participantes como una situación terrible en la que se ve a la muerte como algo inminente y próximo pero que a medida que pasa el tiempo es vista por la mayoría como un motivo para seguir viviendo. El hombre desde que nace, continuamente muere, cada instante vivido es un instante menos en su existencia precaria y efímera. Vivir esta limitación en donde se asoma la nada, continuamente, produce angustia. El hombre auténtico asume su limitación y su angustia.

El padecer diabetes mellitus, afecta a la persona considerablemente en su vida, pues tendrán que hacer modificaciones en cuanto a la alimentación, actividades diarias lo que afectará el estado emocional de la persona por el hecho de no poder hacer lo mismo que antes. Aunado a lo anterior, resulta relevante el papel fundamental de la familia, ya que el sentirse apoyado por ellos, motiva a la persona a salir adelante. En virtud a los testimonios, las personas con diabetes mellitus, al afrontar la enfermedad, a veces fluyen los sentimientos negativos, pero al final toman conciencia de la importancia en su vida de cumplir el tratamiento y asistir a sus controles. Cuando una persona está sana y todo sucede sin novedad para la persona y la familia quienes viven su existencia sin poner demasiada atención a lo que hacen, ellos viven una vida normal. En cambio, cuando la persona tiene alguna enfermedad, la vida de esta persona y de su familia son interrumpidas, ellos son conscientes de todo en su vida diaria, la vida normal de la familia ya no es normal.

Es importante mencionar, que las vivencias de las personas con diabetes mellitus en mención, tienen un impacto significativo en muchos aspectos de su vida, como el trabajo, las relaciones interpersonales, el funcionamiento social y el bienestar físico y emocional. Resultando fundamental en su vida la parte espiritual; un soporte esencial, que le ayuda a sobrellevar la enfermedad y enfrentar los nuevos retos a seguir en su vida teniendo consigo la enfermedad. Es necesario que exista una voluntad de vivir, la esperanza de obtener un mejor control de los síntomas en los casos de condición crónica instalada, o sea, es preciso considerar el vivir de la persona con diabetes mellitus en todas sus dimensiones, desde la rutina más trivial hasta el deseo de continuar luchando por su vida, el deseo y el compromiso de las personas con la propia vida son elementos fundamentales en el tratamiento de las enfermedades, sobre todo en las condiciones crónicas de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Federación Internacional de Diabetes. Epidemiología de la diabetes en el Perú. Vive con diabetes. México: Durango 247, col. Roma COPYRIGHT; 2012.
2. Federación Internacional de diabetes. Atlas de la diabetes. Número de personas con diabetes por Región. México: 6° ed.; 2013.
3. Organización Mundial de la Salud. Epidemiología de la diabetes en el Perú 2012. Disponible desde: <http://www.paho.org/per>.
4. Larraín M, editor. Epidemiología de la diabetes en el Perú [monografía en internet]. Perú; 2009. Disponible en <http://www.slideshare.net/diabetes-mellitus>.
5. Día mundial de la lucha contra la diabetes. Chimbote en línea. Noviembre del 2012. Disponible desde: <http://www.Chimbote.com/salud>.
6. La Torre M, Beneit J. Psicología de la Salud. 3 ed. Argentina: LUMEN; 1994.
7. Amigo I, Fernández C, Pérez M. Manual de Psicología de la Salud. 3 ed. Madrid: PIRAMIDE; 2009.
8. Novel G, Lluch T, López D. Enfermería Psicosocial y Salud Mental. España: ELSEVIER; 2005.
9. Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad. España. Disponible desde: [www.Msssi.gob.es](http://www.Msssi.gob.es).
10. Seguro Social de Salud. Perfil epidemiológico de morbilidad de Chimbote 2014. Chimbote: 2014.
11. Ministerio de Salud. Nuevo Plan Nacional Concertado de Salud 2007 - 2020. Perú: 2007.

12. Velásquez M, Balcázar P. Vivencia personal de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2. México: Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Ciencias de la conducta; 2012.
13. Salcedo R, Ana L, et al. Dominio cultural del autocuidado en diabéticos tipo 2 con y sin control glucémico. *Saúde Pública* [serie en internet]. 2008. 42 (2): [Alrededor de 8 pantallas]. Disponible en: <http://dx.doi.org>.
14. Cintra. E, Marcondes C. Siendo transformado por la enfermedad. La vivencia del adolescente con diabetes. *Rev. Latinoam enfermagem*. [serie en internet]. 2007. 15 (4): [Alrededor de 6 pantallas]. Disponible en: [www.scielo.br/pdf/rlae/es.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/es.pdf).
15. Moreira, R. El cuidado de enfermería para con el ser portador de pie diabético: un enfoque fenomenológico. *Rev. esc. enferm*. [serie en internet]. 2010. 44 (4): [Alrededor de 7 pantallas]. Disponible desde: <http://dx.doi.org>.
16. Ponce J. La diabetes. Luces y sombras en el camino. *Índex de enfermería* [serie en internet]. 2007. 16 (6): [Alrededor de 3 pantallas]. Disponible desde: <http://www.index-f.com/memoria.php>.
17. Aucay O, Carabajo L. Autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al club de diabéticos del centro de salud N. [tesis previa a la obtención del título de licenciada en enfermería]. Pumapungo. Cuenca. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2013.
18. Constantino A, et al. Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en un hospital general de Chiclayo. *Rev Med Hered* [serie en internet]. 2014. 25 (4): [alrededor de 7 pantallas]. Disponible desde: [www.scielo.org.pe/scielo.php](http://www.scielo.org.pe/scielo.php).

- 19.** Alayo I, Horna J. Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo 2. Hospital I Florencia de Mora. EsSalud. [Tesis para optar el título de licencia en enfermería]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2011.
- 20.** Noda J, et al. Conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales. Rev Med Hered [serie en internet]. 2008. 19 (2): [alrededor de 2 pantallas]. Disponible desde: [www.scielo.org.pe/scielo.php](http://www.scielo.org.pe/scielo.php).
- 21.** Tapia G, et al. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes diabéticos tipo 2 con infecciones adquiridas en la comunidad admitidos en los servicios de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Rev Med Hered [serie en internet]. 2000. 11 (3): [alrededor de 7 pantallas]. Disponible desde: [www.scielo.org.pe/scielo.php](http://www.scielo.org.pe/scielo.php).
- 22.** Ontiveros Ch, et al. Complicaciones tardías en diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital II EsSalud de Cañete. Rev Med Hered [serie en internet]. 2004. 15 (2): [alrededor de 5 pantallas]. Disponible desde: [www.scielo.org.pe/scielo.php](http://www.scielo.org.pe/scielo.php).
- 23.** Palacios M. Influencia de un programa educativo en el nivel de autocuidado de las personas con diabetes mellitus. Hospital III EsSalud Chimbote [Tesis para optar el grado académico de magister en enfermería con mención en salud del adulto]. Chimbote: Universidad los Ángeles de Chimbote; 2008.

24. Córdova J. Graus S. y Portal I. Factores biológicos y sociales relacionados al nivel de auto cuidado de los usuarios que asisten al programa de diabetes. Hospital III EsSalud Chimbote [Tesis para optar el grado académico de licenciada en enfermería] Chimbote; 2005.
25. Ministerio de salud. Plan nacional concertado de salud 2007. Perú: Disponible en [www.ins.gob.pe](http://www.ins.gob.pe). Accesado el 23 de enero del 2015.
26. Soriano P, De Pablos P. Epidemiología de la Diabetes Mellitus. Endocrinología y nutrición. España; 2007.
27. Ministerio de Salud. Situación de la diabetes mellitus en el Perú 2013. Lima; 2013.
28. Sociedad peruana de endocrinología. Guía peruana de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Lima; 2008.
29. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2. Lima; 2014. Disponible en <http://minsa.gob.pe/normas-legales/gpc>.
30. Seguro Social de Salud. Red de Prestaciones de Salud del Seguro Social del Perú. Centro de atención de diabetes e hipertensión. Disponible en [www.EsSalud.gob.pe](http://www.EsSalud.gob.pe).
31. Brunner L, Suddarth D. Enfermería médico quirúrgica. 10 ed. México: Editorial Interamericana; 2004.
32. Long B, Philipps W, Cassmeyer. Enfermería Mosby. medico quirúrgica 3 ed. España: Harcourt Brace; 2000.
33. Orrego A. Endocrinología. Fundamentos de Medicina. 7 ed. Medellín. Colombia: Corporación Para Investigaciones Biológicas; 2012.

34. Farreras R. Tratado de medicina interna. 17 ed. España: ELSEVIER; 2012.
35. Surwit R. Personality correlates of glycemic control type 2 diabetes. Diabetes Care. Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento, Duke University Medical Center. Durham. Carolina del Norte. EE. UU: 2000. Disponible en [jdlane@acpub.duke.edu](mailto:jdlane@acpub.duke.edu)
36. Organización Panamericana de la Salud. Presentación Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus Tipo 2. Rev OPS. Washington. D.C; 2008.
37. Gonzales A. Crítica de la Singularidad Cultural, Universidad Autónoma Metropolitana. Barcelona: Edit. Artropos; 2003.
38. García M. Lecciones Preliminares de la Filosofía. Buenos Aires; 2003.
39. Wojtyla K. Persona y Acción. La *experiencia* del hombre. Madrid: Editorial católica 2011.
40. La afectividad. Sentimientos y emociones. [serie en internet]. 2013. Disponible desde: <http://es.catholic.net.mujer.artículo.php>.
41. Reeve J. Motivación emocional [monografía en internet]. México: McGraw Hill; 2010. Disponible desde: <http://www.emociones.com>.
42. Ferreros A. Neurofisiología. Conducta emocional. [serie en internet]. 2014. Disponible desde: <http://www.psi.uba.ar/psicología/neuro1.emoción>.
43. Incubadora de empresas de innovación y base tecnológica de Huila. Módulo de Gestión Humana en la Cultura Empresarial. Transversalidad explícita. Programa de cultura empresarial para competir. Huila Centenario [serie en internet]. 2005. Disponible desde: <http://www.huila.gov.co/documentos/moduloinnovacionles/pdf>.

44. Corredera L. Emociones y sentimientos. Psicología positiva. [serie en internet].  
Disponible desde: [http:// www.crecimiento positivo.es.html](http://www.crecimientopositivo.es.html).
45. Sorrentino A. El camino de la experiencia. Heidegger como intérprete de la introducción de la fenomenología del espíritu. 15 ed. Hamburgo: 2004.
46. León M. Enfermería: Profesión, Humanismo y Ciencia [Tesis]. Murcia. España: Hospital Virgen de la Arrixaca; 2003.
47. Escudero J. El joven Heidegger y los supuestos metodológicos de la fenomenología hermenéutica. Thémata revista de filosofía. Universidad Autónoma de Barcelona. 2011; número 213 (44): Disponible desde: [http://institucional.us.es/revistas/themata /pdf](http://institucional.us.es/revistas/themata/pdf).
48. Heidegger M. Sein Und Zeit. Scm Press state university os New York Press; 1927.
49. Castillo E. La fenomenología interpretativa como alternativa para estudiar los fenómenos humanos en investigación de enfermería. Universidad de Antioquía Colombia; 2000.
50. Montemayor A. Lecciones de historia de la filosofía. 2 ed. Madrid.
51. Hartan C. Introducción a la fenomenología [monografía en internet] [Accesada 2014 Oct 10]. Disponible en: <http://literatura.about.com/od/teorialiteraria/p/La-Fenomenologia.htm>.
52. León A. El giro hermenéutico de la fenomenología en Martín. Rev Universidad Bolivariana [serie en internet]. 2009; 8 (22): [Alrededor de 16 pantallas]. Disponible desde: <http://www.scielo.php>.
53. De Souza M. Investigación Social, Teoría, método y creatividad. Traducción de Marcelo Urquia. Argentina. Lugar editorial; 2003.
54. Hungler B, Polit D. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6 ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.

55. Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la Investigación Cualitativa. 2 ed. Málaga: ALJIBE; 1999.
56. García C, Martínez R. El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa: Enfermería clínica. México; 1996.
57. Rodríguez G, Gil F, Javier y García. Eduardo. Metodología de la Investigación Cualitativa. Edic. AUIBE. Málaga; 1999.
58. Rivera J. Ser y Tiempo. Traduc. Madrid, España; 2003.
59. Heidegger M. La política del ser; Aproximación a una ontología histórico-social en Ser y Tiempo. Universidad Veracruzana. México; 2006. Soberano R. Martín Heidegger y la política del ser: Aproximación a una ontología histórico-social en Ser y Tiempo. México: Editorial de Universidad Veracruzana; 2006.
60. Heidegger M. Caminos de bosque. Traducción de Helena Cortes. Madrid; 1996.
61. Hirschberger J. Fenomenología interpretativa como método de investigación. 6° ed. Editorial Herber. Barcelona España; 2003.
62. Benner P. The tradition and skill of interpretative phenomenology in studying health, illness, and caring practices. En: Benner P. Interpretative Phenomenology. California: Sage; 1994.
63. Cassirer E. Filosofía de las formas simbólicas III, Fenomenología del reconocimiento. Fondo de Cultura Económica. México; 1998.
64. Delgado J. y Gutiérrez J. Sujeto y Discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid; 1998.
65. Burns N, Grove S. Investigación en enfermería. Edit. Saunders. Edic. 3°. Madrid, España; 2005
66. Richmond M. Diagnóstico Social. Madrid; 2005.

67. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Investigación cualitativa en enfermería: Contexto y bases conceptuales. Serie PALTEX. Salud y sociedad. Washintong, D.C.; 2008.
68. Merighi MAB. A. Docencia de enfermagem em uma Universidade Pública: um enfoque fenomenológico. Universidade de Sao Paulo-USP. Sao Paulo; 1993.
69. Balanza G. El significado del cuidado de enfermería en la perspectiva del paciente adulto hospitalizado (Tesis). Concepción. Universidad de Concepción, Chile; 1996.
70. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 5° ed. McGraw-Hill Interamericana Editores. México; 2006.
71. Pineda B, Canales H, Alvarado E. Metodología de la investigación. 1996
72. Kluber R. Sobre a morte e o morrer. Sao Paulo. 1996.
73. Cruz A. Diabetes y su cura natural. México; 2002.

**ANEXO**  
**UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES CHIMBOTE**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

La investigación intitulada:

VIVENCIAS DE LA PERSONA CON DIABETES MELLITUS QUE ACUDE A CONSULTORIOS EXTERNOS DEL HOSPITAL III ESSALUD - CHIMBOTE.

De la autora, PALACIOS GONZALES MERCEDES.

Bajo la orientación de: Dra. RODRIGUEZ DE GUZMÁN YOLANDA.

Teniendo como objeto de estudio LA PERSONA CON DIABETES MELLITUS QUE ACUDE A CONSULTORIOS EXTERNOS DEL HOSPITAL III ESSALUD - CHIMBOTE.

El objetivo de estudio es:

- Analizar y comprender las vivencias de las personas con diabetes mellitus que acuden a consultorios externos del Hospital III EsSalud – Chimbote-

Yo,.....

Accedo a participar voluntariamente en el presente estudio.

La entrevista permanecerá en el anonimato de los participantes voluntarios teniendo derecho a conocer la transcripción y permitir su publicación en el resumen final.

Chimbote, mayo del 2012

\_\_\_\_\_  
Entrevistado

\_\_\_\_\_  
Investigador