

Experiencias relacionadas con la diabetes mellitus y la insulino terapia en una población diabética insulino requiriente de un hospital de atención de primer nivel en un municipio de la Sabana de Bogotá. *Un estudio cualitativo descriptivo.*

*Presentado por:*

*Kellys Salgado Álvarez*

*María Camila Álvarez Hernández*

*Asesores:*

*Camilo Alejandro Correal Muñoz*

*Mauricio Fernando Ulloa Rodríguez*

*Natalia Reinoso Chávez*

*Universidad De La Sabana*

*Enero 2024*

## **Título del proyecto**

Experiencias relacionadas con la diabetes mellitus y la insulino terapia en una población diabética insulino requiriente de un hospital de atención de primer nivel en un municipio de la Sabana de Bogotá. *Un estudio cualitativo descriptivo.*

## **Equipo de Trabajo**

### **Investigadores**

- Kellys Salgado Álvarez
- María Camila Álvarez Hernández
- *Camilo Alejandro Correal Muñoz*
- *Natalia Reinoso Chávez*
- *Mauricio Fernando Ulloa Rodríguez*

## **TABLA DE CONTENIDO**

1. Resumen .....	4
2. Descripción .....	7
2.1. Pregunta de investigación y justificación .....	7
3. Estado del arte .....	9
4. Marco teórico .....	13
4.1 Diabetes mellitus .....	13
4.2. Experiencia de los pacientes con Diabetes mellitus .....	14
4.3. Terapias farmacológicas en diabetes mellitus .....	16
5. Objetivos .....	19
6. Metodología .....	20
7. Consideraciones éticas, disposiciones legales y propiedad intelectual .....	24
8. Resultados .....	26
9. Discusión y conclusiones .....	36
10. Conclusiones .....	41
11. Bibliografía.....	44

## **1. RESUMEN**

La diabetes mellitus tipo 2 se configura como una patología crónica, demandando un compromiso prolongado del paciente y una atención individualizada por parte del personal sanitario. Su gestión implica modificaciones complejas en el estilo de vida, abarcando una dieta controlada, niveles apropiados de actividad física, monitorización regular de los niveles de glucosa en sangre y adherencia a tratamientos tanto orales como inyectables. Estas intervenciones persiguen la prevención de complicaciones agudas y crónicas asociadas con la enfermedad. Para alcanzar estos objetivos, es imperativo adoptar un enfoque integral hacia los pacientes afectados por enfermedades crónicas, comprendiendo la compleja realidad que enfrenta esta población. El propósito subyacente radica en optimizar la atención y el respaldo brindados a dichos individuos. Este estudio cualitativo descriptivo, bajo un enfoque interpretativo, busca presentar de manera clara y concisa las experiencias de pacientes diabéticos tipo 2 insulino-requirientes en un programa de atención crónica en el hospital de Santa Rosa de Tenjo. El objetivo principal es conocer las experiencias relacionadas con la diabetes mellitus y la insulino-terapia en una población diabética insulino-requiriente de un hospital de atención de primer nivel en un municipio de la Sabana de Bogotá detallando con precisión los eventos y significados atribuidos por los participantes. La selección de participantes se basó en criterios como el diagnóstico de diabetes tipo 2 y el tratamiento con insulino-terapia, con inclusión de variaciones de género, ciclo vital y área de vivienda. Se excluyeron pacientes con comorbilidades psiquiátricas. A través de 8 entrevistas, se alcanzó la saturación de datos, que luego fueron analizados mediante un enfoque temático inductivo-deductivo. Las entrevistas, conducidas por investigadoras capacitadas, exploraron las vivencias personales de los participantes en el contexto de la diabetes mellitus insulino-requiriente. El análisis resultó en códigos comunes que formaron temas y subtemas, captando las

connotaciones centrales de la investigación basadas en las respuestas de los participantes.

Surgieron 4 temas principales sobre las experiencias relacionadas con la diabetes mellitus y la insulino terapia: 1. creencias respecto a la diabetes e insulino terapia, 2. negación inicial a la insulino terapia, 3. barreras en el uso de la insulina y control de la enfermedad y 4. facilitadores en el manejo de la enfermedad.

Este estudio arroja luz sobre las complejidades que afectan la salud en Tenjo, identificando barreras y facilitadores significativos. Las barreras incluyen limitaciones geográficas que afectan la movilidad y el acceso a la atención médica, así como desafíos en el abastecimiento de medicamentos. La falta de adecuación cultural de las recomendaciones resalta la necesidad de un enfoque culturalmente competente en la atención médica. En contraste, la presencia de personal en formación en medicina familiar se destaca como un facilitador clave para mejorar el acceso a la atención. Además, se reconoce la importancia del autocuidado de los pacientes, promoviendo habilidades que empoderen a los individuos frente a los desafíos de la diabetes. Las redes vecinales y sociales emergen como estrategias efectivas para la autogestión de la salud, proporcionando recursos y apoyo emocional. La colaboración entre pacientes y profesionales de la salud, considerando las creencias culturales arraigadas, se revela como esencial. Estas conclusiones sugieren la necesidad de estrategias integrales y culturalmente sensibles, enfocadas en la comunidad, fortaleciendo la capacitación del personal médico y promoviendo el autocuidado de los pacientes para mejorar la salud de los diabéticos insulino requirientes en Tenjo.

## **2. DESCRIPCIÓN**

### **2.1. Pregunta de investigación y justificación**

¿Cuáles son las experiencias relacionadas con la diabetes mellitus y la insulino terapia en una

población diabética insulino-requiriente de un hospital de atención de primer nivel en un municipio de la Sabana de Bogotá?

Preguntas secundarias:

- ¿Cuáles son las experiencias que tienen los pacientes con su enfermedad?
- ¿Cuáles son las experiencias relacionadas con el manejo de la insulino-terapia?
- ¿Cuáles son las percepciones que tienen los pacientes acerca de las dificultades que tienen en el seguimiento y manejo de su enfermedad?

### **Justificación:**

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica que requiere un compromiso a largo plazo por parte del paciente debido a que implica cambios complejos en el estilo de vida. Entre las recomendaciones terapéuticas se incluyen seguir una alimentación controlada, mantener un nivel adecuado de actividad física, monitorear regularmente los niveles de glucosa en sangre y adherirse a tratamientos orales e inyectables (Berenguer et al., 2016). Todo esto tiene como objetivo prevenir la aparición de complicaciones agudas, como la cetoacidosis diabética y el estado hiperosmolar no cetósico, así como complicaciones crónicas, tales como la nefropatía, retinopatía y neuropatías microvasculares, y problemas macrovasculares que incluyen el infarto de miocardio y el accidente cerebrovascular (L. et al., 2013).

Al investigar por qué los pacientes no logran ciertos objetivos y experimentan complicaciones, los estudios se han centrado solo en la perspectiva técnica y científica como la única causa verdadera y válida. No obstante, es esencial tener en cuenta que los pacientes poseen un conocimiento valioso y una experiencia personal sobre su propia enfermedad (Giraud & Vietto, 2018).

La investigación de González y Tinoco ha identificado que los hombres adultos con diabetes

mellitus tipo 2 atribuyen significados específicos a su experiencia de la enfermedad. Un estudio reveló que los varones mayores tienden a percibir los síntomas con mayor intensidad, lo cual pueden generar sentimientos de inutilidad, inseguridad, aislamiento social y proximidad a la muerte (G. et al., 2011). Además, la aparición de la diabetes puede provocar que su terapéutica sea percibida como un sacrificio, un esfuerzo y/o una disminución de la calidad de vida. Estos factores pueden contribuir a la falta de adherencia al tratamiento por parte de los pacientes (Mendoza-Catalán et al., 2017).

En muchos pacientes, el uso de la insulina es fundamental para un adecuado control (Gradel et al., 2018). Sin embargo, aún existen dificultades para la aceptación y mantenimiento de la terapia, lo cual genera un pobre control de la enfermedad. Desde la perspectiva del paciente, el uso de la insulina puede ser vista como una tarea adicional y considerarse como factor de desmejoramiento en la calidad de vida (Liu et al., 2022). Otros factores que influyen en la no aceptación de la terapia tienen que ver con creencias acerca de daños a diferentes órganos (Abu Hassan et al., 2013), miedos a posibles efectos secundario y vergüenza por la aplicación de la insulina (Hussein et al., 2019).

Por otro parte, las personas que tienen preocupaciones acerca de las complicaciones de la diabetes y que creen en la efectividad de la insulina, son más propensas a aceptar el tratamiento (Abu Hassan et al., 2013).

De acuerdo con lo anterior, se considera crucial conocer las creencias de los pacientes sobre la enfermedad y su manejo.

La población de estudio se encuentra en la provincia de Sabana Centro en el municipio de Tenjo, en el departamento de Cundinamarca, Colombia. Según el censo DANE 2005 en la proyección al 2019 cuenta con una población total de 20.269 habitantes. Según el análisis en salud, para el 2017

la prevalencia de diabetes mellitus fue de 0,86%, es decir, aproximadamente 1 de cada 100 personas tenían diabetes. Además, 28 defunciones por cada 100 mil habitantes estaban asociadas a la enfermedad. (Ministerio de salud, 2020).

El programa de medicina familiar de la universidad de La Sabana, vinculado al hospital Santa Rosa de Tenjo ha identificado pacientes que presentan diabetes mellitus y sus complicaciones. El reconocimiento de los determinantes sociales de la salud es vital para comprender el impacto de la enfermedad y su manejo en los individuos, sus familias y la comunidad en general. Las experiencias de los pacientes acerca de su enfermedad y manejo medico nos pueden aportar luces para optimizar un manejo integral y, por ende, mejores resultados clínicos e incluso sociales.

### **3. ESTADO DEL ARTE**

La diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) es una enfermedad crónica con impacto significativo en el paciente y en el sistema de salud, por las complicaciones asociadas a corto y largo plazo. El impacto de la enfermedad se extiende a diversos aspectos de la vida del paciente, como su bienestar personal, relaciones familiares, vida social y desempeño laboral (Bolaños & Sarría-Santamera, 2003).

A veces, se espera que los pacientes bien informados acaten las directrices de cuidado de su enfermedad indicadas de manera universal, ya que se consideraría que las personas solo difieren en términos biológicos. Sin embargo, en esa perspectiva no se tendría en cuenta que la experiencia de vivir con una enfermedad crónica está relacionada con las concepciones que se tienen sobre el proceso de salud, enfermedad y atención, lo que quiere decir que este proceso no correspondería



únicamente a una cuestión médica, sino que está directamente relacionado con los cambios de su entorno social, cultural e histórico (Giraudó & Vietto, 2018).

El manejo de la DMT2 requiere un compromiso continuo con cambios en el estilo de vida, incluyendo un control estricto de la nutrición, actividad física regular y, en muchos casos, la necesidad de realizar mediciones regulares de la glucemia y seguir un tratamiento farmacológico. Además, como es una enfermedad crónica, requiere que el paciente realice un autocontrol continuo para alcanzar los objetivos terapéuticos (Berenguera et al., 2016).

La autonomía en el manejo de su enfermedad constituye un desafío y exige reconocer el derecho de las personas a emitir opiniones y realizar elecciones conscientes y responsables, dado que en muchas ocasiones, de su autosuficiencia va a depender el control de la enfermedad, donde influyen aspectos como el conocimiento de esta y la aceptación de las modificaciones en diferentes aspectos de su vida con el fin de seguir indicaciones dadas, ya sean farmacológicas o no, de apoyo social e incluso de la personalidad (Silva et al., 2018). Todo lo anterior nos permite entender que una patología como la diabetes mellitus involucra muchos aspectos clínicos, pero también una serie de elementos psicosociales.

Estudios cualitativos han tratado de conocer las experiencias propias de los pacientes con el diagnóstico de diabetes para tratar de inferir acerca del proceso de Salud/enfermedad; como se ha visto en ocasiones, desde la socialización de su diagnóstico, el paciente se puede sentir desorientado (Berenguera et al., 2016), o al no percibir síntomas físicos, puede considerar ausencia de enfermedad (Bolaños & Sarría-Santamera, 2003) y sumado a ello, en ocasiones, al interactuar con el sistema de salud se pueden sentir juzgados (Berenguera et al., 2016) como bien se planteó en un estudio respecto a la perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y la relación con los profesionales sanitarios de atención primaria en España (Bolaños & Sarría-Santamera, 2003) :

- “En algunos casos, los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 requieren apoyo y ayuda por parte de los profesionales de la salud en el manejo de las dificultades relacionadas con el control de la enfermedad. Los pacientes pueden expresar su insatisfacción y malestar debido a interacciones en las que los profesionales se limitan a formular preguntas y a reiterar consejos. Algunos pacientes opinan que las intervenciones médicas basadas en una praxis unidireccional son insuficientes si no se tienen en cuenta las perspectivas y necesidades de los pacientes” Pág. 40.

En adición a los elementos previamente descritos a nivel personal, el reto podría ser mayor para los pacientes diabéticos en lo que a la terapia de insulina se refiere. La insulino terapia puede implicar la administración de varias dosis de insulina durante el día, a través de una vía subcutánea (Souza do Nascimento et al., 2020). Estos factores deben ser considerados al diseñar estrategias de autocuidado para los pacientes diabéticos que requieren este tratamiento (Leonardo & Latorre, 2018).

Se han llevado a cabo estudios cualitativos en relación con pacientes diabéticos y el uso de insulina. En un estudio realizado en 2018 en Buenos Aires con un grupo de 20 entrevistados, se ha encontrado que aquellos pacientes que requieren el uso temprano de insulina experimentan mayores dificultades en la adaptación a su autocuidado. Esto se relaciona con una mayor severidad de la enfermedad y, además, los pacientes suelen seguir de manera irregular las recomendaciones de administración debido al miedo a posibles complicaciones asociadas (Giraudó & Vietto, 2018).

Además, en este grupo de pacientes a menudo siguen de manera irregular las recomendaciones de administración de insulina debido al miedo a posibles reacciones negativas asociadas, lo que puede aumentar el riesgo de complicaciones a largo plazo y disminuir la efectividad del tratamiento (Giraudó & Vietto, 2018), La falta de adherencia al tratamiento también puede ser influenciada

por otros factores, como la falta de conocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento, la complejidad del régimen de insulina, y la presencia de otras condiciones médicas. Por lo tanto, es importante que los profesionales de la salud tomen en cuenta estos factores, ya que son los que guían las conductas de cada paciente frente al proceso de su enfermedad (Quiceno & Vinaccia, 2010).

## **4. MARCO TEÓRICO**

### **4.1. Diabetes mellitus**

La diabetes mellitus es una enfermedad no infecciosa crónica que se caracteriza por la presencia de deficiencias en la secreción y/o acción de la hormona insulina. Este desorden se manifiesta por elevación en los niveles de glucosa en sangre por encima de los valores normales. Es reconocida por la ONU desde 2006 como una amenaza global, donde la obesidad, los hábitos alimentarios inadecuados, la falta de actividad física, el estrés y la genética son factores de riesgo para su desarrollo (Organización Mundial de la Salud, 2016)

La diabetes mellitus presenta altas prevalencias en todo el mundo, con 422 millones de personas afectadas, en comparación con 108 millones en 1980, con un aumento de la prevalencia del 8,5%. especialmente en países de ingresos bajos y medianos con una mortalidad de 1,6 millones de muertes anuales (Organización Mundial de la Salud, 2016).

En Colombia, la diabetes tipo 2 presenta una prevalencia del 7-9%, que se subestima en zonas rurales de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2016). Esta enfermedad crónica es una de las más prevalentes, según la Cuenta de Alto Costo del país. No obstante, se estima que hay una su notificación significativa, con alrededor de 1 de cada 10 personas afectadas. Según datos de 2019, más de 1,294,940 personas han sido diagnosticadas con diabetes en Colombia, y las ciudades de Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca presentan mayores prevalencias. Se observa

una mayor incidencia en mujeres y en personas de entre 55 y 69 años (Bautista, 2020).

El aumento de la prevalencia y la incidencia de la diabetes tipo 2 a nivel global y local ha generado importantes desafíos económicos, políticos y sociales, que afectan tanto a nivel individual como colectivo. Esta enfermedad se considera un grave problema de salud pública debido a sus complicaciones y el riesgo de discapacidad y pérdida de funcionalidad, exacerbado por la falta de acceso a educación y atención oportuna (Berenguera et al., 2016)

#### **4.2. Experiencia de los pacientes con Diabetes mellitus**

Es fundamental entender que el diagnóstico de diabetes implica agregar una condición que antes no existía en un individuo sano, transformándolo en una persona enferma y sujeto a una nueva normativa (Giraudó & Vietto, 2018). Desde el momento en que se diagnostica, los pacientes deben afrontar un proceso de comprensión y adaptación para vivir con esta enfermedad, lo que implica cambios en su conducta, estilos de vida y seguimiento de las indicaciones médicas, como el inicio de terapias farmacológicas complejas en algunas ocasiones (Luna López & Franco Corona M. Brenda Eugenia, 2017). Todo esto puede generar sentimientos de diferenciación y abrumamiento ante el camino que les espera (Stuckey & Peyrot, 2020).

Comúnmente, la identificación de la diabetes mellitus se describe como una experiencia de crisis vital muy negativa e inesperada, independientemente del género y del tiempo que lleve el diagnóstico. Se recuerda como un acontecimiento que trajo consigo dependencia y cambios en la vida diaria, donde la salud se transforma en enfermedad y se considera una situación de "crisis".

Para cualquier individuo que se sienta enfermo, es importante tener en cuenta que la salud y la enfermedad son conceptos abstractos y subjetivos, y existen múltiples factores personales, sociales y culturales que influyen en la forma en que las personas enfrentan los problemas de salud de

manera muy particular y diferente (Patricia Sedó Masís, 2010).

La detección de cambios posteriores al diagnóstico está fuertemente vinculada con la disminución del bienestar en los pacientes, modificaciones en su estilo de vida personal, laboral y de manera significativa, alteraciones en su comportamiento o estado emocional, lo que a su vez puede generar conflictos familiares (Patricia Sedó Masís, 2010).

Entre las emociones experimentadas se incluyen sentimientos de impotencia, inseguridad, incertidumbre, aislamiento social, soledad e incompreensión, las cuales son manifestadas de diversas formas por los pacientes y sus familiares. En los hombres, la pérdida de tranquilidad y alegría está asociada con el aislamiento y la manifestación de comportamientos explosivos y enojados, mientras que algunos se aíslan y prefieren trabajar para olvidar sus preocupaciones. Por otro lado, muchas mujeres experimentan llanto frecuente, tristeza, soledad y cambios en su rutina doméstica tras el diagnóstico (Patricia Sedó Masís, 2010).

Entre las principales dificultades asociadas a la diabetes mellitus se incluyen problemas con la alimentación, depresión, cansancio, dependencia de medicamentos, sensación de pérdida de bienestar y limitaciones en la participación en actividades sociales, particularmente debido a las barreras alimentarias y al miedo a complicaciones, lo cual tiene gran implicación ya que en la mayoría de los pacientes se busca fortalecer y ampliar redes sociales y buscar actividades enriquecedoras para su tiempo libre (Patricia Sedó Masís, 2010).

En un estudio de naturaleza cualitativa sobre las vivencias de individuos con diabetes mellitus tipo 2, se identificaron diversas categorías que influyen en la experiencia de los participantes. En primer lugar, se destacó el impacto físico generado por la enfermedad, lo que incluye los síntomas y las limitaciones que ésta conlleva. Además, se exploraron los significados atribuidos a las

consecuencias psicológicas y a la adherencia al tratamiento, evidenciando experiencias relacionadas con el malestar psicológico y las dificultades de los participantes para cumplir adecuadamente con el tratamiento prescrito.

En este sentido, también se identificó las experiencias relacionadas con cambios en las relaciones familiares, en particular con los hijos y la pareja. Estos cambios incluyeron la reacción de apoyo de los hijos y la nueva posición que debió adoptar el cónyuge, en la que incluso la autoridad se veía denegada, lo que generó una nueva dinámica familiar debido a la aparición de un estresor no normativo.

Finalmente, se observaron experiencias no satisfactorias en el ámbito laboral, donde el rendimiento no es el mismo debido a limitaciones físicas o al sentimiento de aislamiento social. En conclusión, el estudio permitió comprender la complejidad de las experiencias de las personas que padecen diabetes mellitus tipo 2, evidenciando cómo la enfermedad puede afectar diversos aspectos de la vida de los pacientes (Vanegas, 2020).

#### **4.3. Terapias farmacológicas en diabetes mellitus**

El control de la glucemia es fundamental para prevenir las complicaciones cardiovasculares asociadas a la diabetes. Con el propósito de lograr este objetivo, el tratamiento antidiabético se establece de forma escalonada. En este sentido, si la terapia oral no logra controlar adecuadamente la glucemia, se recomienda añadir insulina, que es una hormona sintetizada a partir de la versión humana o análoga, y que cumple funciones vitales en el cuerpo (Rojas Montiel et al., 2021). Entre los años 2005 y 2012 el 29,1% de los individuos con diabetes recibieron algún tipo de insulino terapia, ya sea insulina sola o en combinación con otros medicamentos orales para tratar la diabetes (Selvin et al., 2016). La administración de este medicamento es subcutánea y presenta

algunos desafíos para los pacientes, como el hecho de que deben aprender a utilizar dispositivos específicos para su aplicación, dado que una técnica inadecuada puede ocasionar fluctuaciones glucémicas que dificultan el control de la enfermedad (Silva et al., 2018).

En pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 que han iniciado con insulino terapia, se han observado diversas formas de abordar esta nueva situación. En un 33% de los pacientes se evidencia una baja disposición para utilizarla cuando se les prescribe. El inicio de la insulino terapia se ve retrasado por diversos factores, principalmente las actitudes y creencias de los pacientes hacia la diabetes y su tratamiento, las cuales están influenciadas por el contexto sociocultural y dinámicamente moldeadas por sus experiencias previas (Hernández García, 2020).

Muchos pacientes consideran a la insulina como un fracaso personal o como un castigo merecido por fallar en el manejo de su enfermedad. También, se puede evidenciar el miedo a las inyecciones diarias o la vergüenza por el uso de la inyección en público y creen que la prescripción de insulina puede hacer más rígido su estilo de vida y que puede empeorar el curso de la enfermedad y producir complicaciones más severas convirtiéndose incluso en falsas ideas y mitos, como por ejemplo la pérdida de la vista, los problemas cerebrales y el daño renal asociado al uso de este medicamento (Hernández García, 2020). Lo anterior hace parte de las razones por las que conocer la manera de afrontar y vivir la insulino terapia en los pacientes con diabetes mellitus complementa el entendimiento de la enfermedad.

La alta prevalencia e incidencia de diabetes mellitus, convierte esta enfermedad, como se mencionó previamente, en un serio problema de salud pública, de ahí que resulte importante indagar sobre las experiencias que tienen las personas con diabetes mellitus y el significado de padecerla, al igual que el tener que usar insulina (Abu Hassan et al., 2013). ¿Qué piensan los pacientes de tener

diabetes? ¿Es un tema ya normalizado en sus vidas? ¿Ha tenido impactos negativos en sus diferentes entornos? o simplemente, ¿nada ha cambiado? Son preguntas válidas para los pacientes cuando se habla de una atención integral; información que podría representar un insumo importante para el desarrollo de políticas públicas que fortalezcan las acciones en promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas, donde se tomen en consideración las necesidades reales de la población que padece esta enfermedad, dado el impacto que tiene en su salud y calidad de vida.

## **5. OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

Describir las experiencias relacionadas con la diabetes mellitus y la insulino terapia en una población diabética insulino requirientes de un hospital de atención de primer nivel en un municipio de la Sabana de Bogotá.

### **Objetivos específicos:**

1. Indagar acerca de experiencias que tienen los pacientes frente a tener diabetes mellitus tipo 2.
2. Describir las experiencias relacionadas con el manejo de la insulino terapia.
3. Explorar percepciones que tienen los pacientes acerca de las dificultades que se presentan en el seguimiento y manejo de su enfermedad.



## **6. METODOLOGÍA**

### **Enfoque**

Se trata de un estudio cualitativo descriptivo que adopta un enfoque interpretativo. Tiene como objetivo principal presentar los hechos observados de manera clara y concisa, utilizando un lenguaje cotidiano. Para alcanzar ese objetivo, se requiere una lectura cuidadosa y profunda de los datos recolectados mediante una herramienta establecida, como en este caso, una entrevista semiestructurada. El propósito de este enfoque es proporcionar una descripción completa y precisa de los eventos, tal como los perciben los participantes del estudio (Sandelowski, 2000).

Los estudios cualitativos descriptivos se realizan con el propósito de alcanzar la validez descriptiva y la validez interpretativa. La validez descriptiva se refiere a la precisión con que se describe un evento, mientras que la validez interpretativa se refiere a la precisión con que se explican los significados que los participantes atribuyen a esos eventos. Por lo tanto, el objetivo principal de este estudio es lograr la validez descriptiva y la validez interpretativa a través de una cuidadosa y precisa descripción de los eventos y sus significados (Sandelowski, 2000).

### **Selección de participantes**

Se realizó un muestreo por criterio, basado en los pacientes diabéticos tipo 2 insulinoquirientes del programa de crónicos del hospital de Santa Rosa de Tenjo, buscando incluir algunas variaciones con respecto al género, ciclo vital individual (adulto joven, adulto maduro y adulto mayor) y área de vivienda, definiendo esta como urbana (cabecera municipal) y rural (área

geográfica con baja densidad de población, predominancia de paisajes agrícolas o naturales). Los criterios de inclusión fueron: Diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en manejo con insulino terapia y que hayan aceptado participar en el estudio.

Se excluyeron los pacientes que presentaron alguna comorbilidad de índole psiquiátrica mediante las preguntas: Además de la diabetes, ¿qué otra enfermedad padece? y además de la insulina, ¿qué otros tratamientos estaban recibiendo en ese momento?

Se llevaron a cabo de 8 entrevistas en donde se detuvo el reclutamiento al alcanzar el punto de saturación considerado al tener información repetida por parte de los participantes, que no aporten información adicional a la investigación. Posteriormente se analizó la información recolectada.

### **Métodos de recolección de información**

Las entrevistas fueron realizadas con el previo diligenciamiento del consentimiento informado donde se aseguró el anonimato, la confidencialidad de los datos suministrados y se resolvieron las dudas de los participantes. Una vez firmado, se procedió a leer el párrafo introductorio con la intención de aclarar al sujeto de investigación que el objetivo de la entrevista no era evaluar su conocimiento, sino conocer su experiencia, de manera que pudiera ofrecerse un mejor acompañamiento a su salud desde el servicio médico. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 1 hora con cada participante, las áreas exploradas incluyeron las vivencias personales de cada paciente en el contexto de la diabetes mellitus insulino requiriente.

Se empleó una entrevista semiestructurada presencial como herramienta, conducida por las investigadoras principales, quienes en ese momento eran residentes del programa de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de La Sabana y se desempeñaban como médicos en

formación en la institución donde los pacientes eran atendidos en el programa de atención al paciente con patologías crónicas. Las investigadoras habían recibido formación en el desarrollo de entrevistas durante su preparación como médicas y durante su especialización médico-quirúrgica en la conducción de historias clínicas. Asimismo, las entrevistadoras principales recibieron un entrenamiento en entrevistas de investigación cualitativa que incluyó una entrevista como prueba piloto, la cual fue retroalimentada por la asesora metodológica, y cuyos resultados no fueron incluidos en este estudio.

Las entrevistas se llevaron a cabo en los domicilios de los participantes, que fueron seleccionados del programa de crónicos del Hospital de Santa Rosa de Tenjo, en medio de un entorno seguro. Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas para su análisis.

(Braun & Clarke, 2006)

## **Análisis**

Como paso siguiente, se llevó a cabo un análisis temático inductivo-deductivo donde se transcribieron textualmente las 8 entrevistas. Después de la transcripción inicial, estas transcripciones fueron revisadas de manera repetida e independiente por cada investigadora. Este proceso condujo a la identificación de ideas recurrentes que se convirtieron en códigos iniciales. Posteriormente, estos códigos iniciales fueron contrastados entre las investigadoras, sometiéndolos a una revisión por pares expertos. Como resultado de este proceso, se generaron códigos comunes que facilitaron la formación de temas y subtemas. Estos últimos fueron responsables de captar las connotaciones centrales de la investigación, basándose en las respuestas de los participantes.

## **Confiabilidad**

En lo que concierne a la confiabilidad respecto a la ejecución de este estudio, se consideraron los criterios de rigor inherentes a la investigación cualitativa. En términos de la credibilidad de la investigación, esta se consolidó a través de la observación persistente a lo largo del estudio, la participación de varias investigadoras que llevaron a cabo la triangulación y recopilación de datos de manera independiente. Durante el análisis, se llevó a cabo una puesta en común con expertos en el campo, tanto en investigación cualitativa como en el ámbito del personal dedicado a la atención de la población con enfermedades crónicas.

La transferibilidad de la información encontrada se garantizó mediante una descripción detallada del municipio en el que se llevó a cabo el estudio, junto con las características específicas de la población. Además, se logró la saturación de datos durante la realización de las entrevistas. En cuanto a la confirmabilidad del estudio, se respaldó mediante el establecimiento claro del papel de las investigadoras durante las entrevistas, el uso adecuado de la herramienta de entrevista, la explicación del propósito del estudio y la disponibilidad de grabaciones de entrevistas en formato de audio, así como la transcripción textual de toda la información recopilada.

Por último, la relevancia de este estudio contribuye al mejor entendimiento del fenómeno descrito a lo largo de la investigación. Esto facilita a los profesionales de la salud que atienden a esta población, incluyendo al equipo de medicina familiar de la Universidad de la Sabana, la evaluación de intervenciones actuales y el fortalecimiento de los facilitadores identificados por la comunidad. Todos estos elementos aseguran la confiabilidad de este estudio(Noreña, 2012).

## **7. CONSIDERACIONES ÉTICAS, DISPOSICIONES LEGALES Y PROPIEDAD**

## **INTELECTUAL**

De acuerdo con lo estipulado en la *Resolución No. 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y en la Ley 84 de 1989 Artículo 11* se determinó que es una investigación sin riesgo, definida como “estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideró: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros [...]”.

Se garantizó el respeto a la dignidad de las personas, su libertad de participación y autodeterminación al ser libres de decidir en cuanto a su participación y permanencia en el estudio. De igual manera, prevaleció la seguridad de los participantes, así mismo, se respetó el principio de autonomía al expresarse de antemano mediante un consentimiento informado (Anexo N°1), como condición para participar en el estudio. Por otro lado, se protegió la privacidad del participante en la investigación. Se garantizó la confidencialidad de la identidad de los sujetos participantes, se eliminaron los datos de identificación personal y se reemplazaron por un seudónimo para mantener el reconocimiento de la persona y su género.

Nos adherimos a la pauta 1 de CIOMS atendiendo el valor social y científico, la información aportada por esta investigación es de alta pertinencia para abordar desde múltiples frentes un problema de salud pública tan importante como lo es la diabetes.

Nos comprometemos a divulgar los resultados a las personas y entidades que participaron como sujetos de investigación en el proyecto y los resultados se publicarán en los medios más idóneos para su comunidad científica en particular.

### **Propiedad intelectual:**

Todos los investigadores nos comprometemos a respetar la propiedad intelectual de aquellos que han trabajado previamente en el tema, así como dar reconocimiento explícito a los coautores de esta investigación. Adicionalmente, se darán los créditos correspondientes a la Universidad de La Sabana en cualquier documento o publicación que resulte del proyecto citando, además el título y código de este, a través del cual se obtuvieron los recursos para su financiación.

## 8. RESULTADOS

En la población estudiada se incluyeron 8 participantes de los cuales 6 son sexo femenino y 2 masculino, con edades comprendidas entre 46 a 82 años, ubicados 3 en áreas rurales y 5 en cabecera municipal.

Tabla 1 Caracterización de participantes.

Participantes	Edad	Sexo	Ubicación
P1	46	F	Rural
P2	82	F	Rural
P3	78	F	Rural
P4	69	F	Cabecera municipal
P5	72	M	Cabecera municipal
P6	58	F	Cabecera municipal

P7	58	F	Cabecera municipal
P8	45	M	Cabecera municipal

Este estudio se enfocó en describir las vivencias de individuos con diabetes mellitus y tratamiento de insulino terapia. Se plantearon metas específicas para indagar en las experiencias de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, explorar vivencias vinculadas al manejo de la insulino terapia y identificar percepciones sobre las dificultades en el seguimiento y control de la enfermedad. Este enfoque integral buscó comprender profundamente la realidad de la población estudiada, contribuyendo al conocimiento y mejora de la atención en el ámbito de la diabetes en el contexto hospitalario de atención primaria. En el análisis de la información recolectada se identificaron cuatro temas centrales relacionados con las experiencias de los participantes en cuanto a la diabetes mellitus y la insulino terapia. Figura 1.

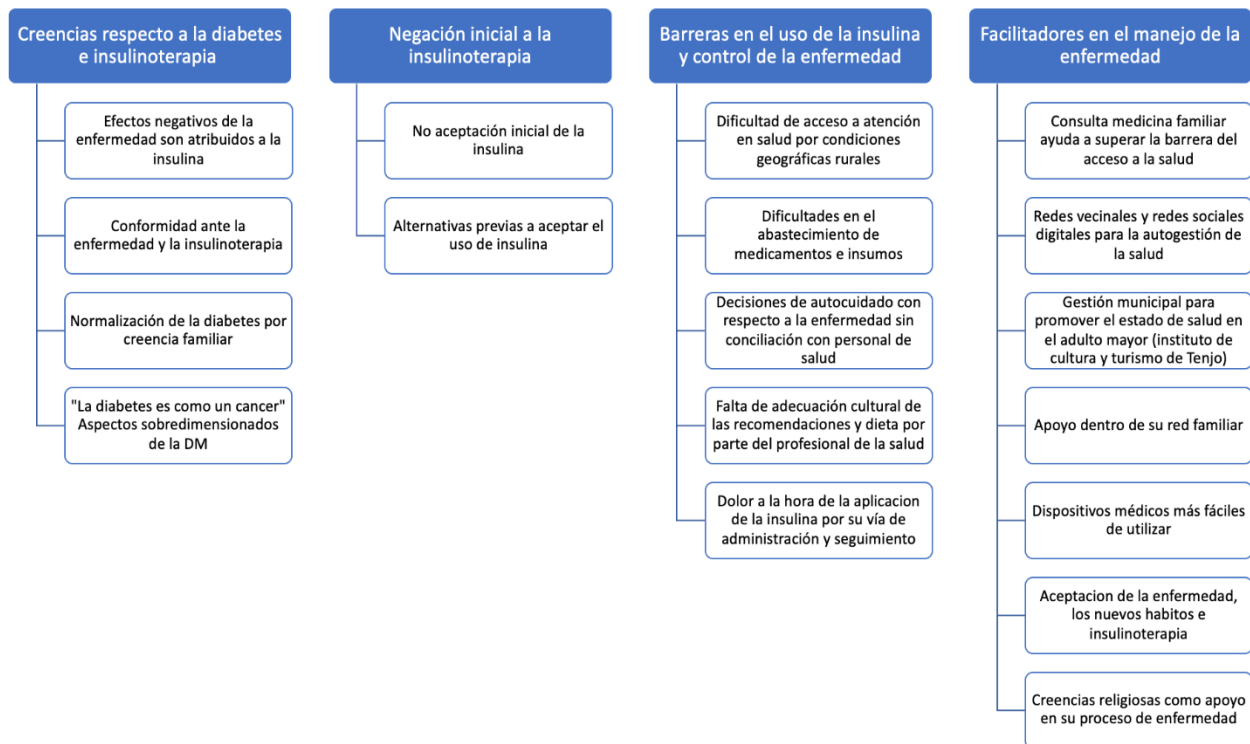


Figura 1 Temas centrales acerca de las experiencias relacionadas con la diabetes mellitus y la insulino terapia

### **Tema 1 Creencias respecto a la diabetes e insulino terapia**

Durante las entrevistas, los participantes revelaron múltiples creencias, en su mayoría negativas, acerca de la diabetes mellitus y la insulino terapia. Entre ellas algunos individuos atribuyen los efectos negativos de la enfermedad a la insulina, expresando preocupación sobre posibles efectos adversos, como el deterioro de órganos y molestias en los pies. Un testimonio directo ejemplifica esta percepción: “Aplicándome esa droga y muriéndome lentamente, yo digo esa droga, lo hacen morir lentamente esa insulina y esa metformina va deteriorando los riñones, que el hígado, que todo que los pies, por ejemplo, yo me siento en los pies dormidos. P6.”

Por otra parte, los aspectos sobredimensionados de la diabetes mellitus fueron evidentes en las experiencias compartidas por quienes la padecen. Uno de ellos relata: “yo ahorita ya después de que la diabetes ya no pude trabajar, hace poquito fui a una floristería para ver si me daban trabajo, y me dijeron que no por qué las rosas tienen espina y una espina de rosa le puede a uno chuzar y se infecta, y que eso es un problema. P1.” La percepción de la diabetes como algo anormal se refuerza en otro testimonio: “cómo va a ser uno diabético normal e hipertenso. Soy diabético e hipertenso, eso no es normal nunca. Normal es que uno tuviera la salud, que no tuviera que ir al médico, que no tuviera que tomar medicamentos, eso si fuera normal. P5.” Las preocupaciones sobre la salud futura se manifiestan en afirmaciones como: “En la diabetes a usted no se le va a atrancar la hemorragia, una cirugía no se la pueden hacer porque ya no se puede, porque eso es muy difícil por la diabetes. P3.” Además, la limitación en actividades sociales es expresada en la siguiente declaración: “antes me gustaba hacer reuniones, asaditos ahora no, porque me da miedo



que de pronto me dé algún coma diabético, a mi mamá a ella le daban los comas diabéticos.” Estos relatos subrayan cómo la diabetes puede percibirse de manera exagerada, equiparándola incluso con tener una enfermedad terminal en la última afirmación: “Es que la diabetes es como tener un cáncer. P6”.

Dentro de las creencias que se pudieron identificar entre los participantes llama la atención la normalización de la diabetes dentro de sus núcleos familiares, algunos la interpretan como una creencia familiar arraigada, como se expone en otro testimonio: “Ya ahorita estamos como cuatro con diabetes, Pues todas dijimos la herencia que nos dejaron nuestros padres es que se le va pasando la diabetes de una a la otra, la otra y así. Ya no vale uno cuidarse, porque yo tanto que me venía cuidando y vea. P6”.

## **Tema 2. Negación inicial a la insulinoterapia.**

En el contexto de las experiencias compartidas por los individuos entrevistados, surgió dentro de lo referido, una resistencia inicial hacia el uso de la insulina que se manifiesta claramente en la siguiente declaración: “si los doctores me decían que venga y le formulo la insulina y yo que no, y no y que no, ay doctores yo me sigo con la pastilla. p4”. En este testimonio, se ilustra la reticencia del individuo ante la sugerencia de los médicos de iniciar un tratamiento con insulina, optando en su lugar por mantenerse con la administración de pastillas.

Esta actitud de resistencia se evidencia aún más en la búsqueda de alternativas antes de aceptar el uso de la insulina, como se expone en las siguientes declaraciones: “Tomé bastantes remedios caseros, por esquivarme de la insulina. P4”. Además, se expresa la intención de abandonar la insulina a favor de métodos alternativos: “yo quisiera dejar esa insulina, como será que conseguí la matica de insulina (*planta cuyo nombre científico es Costus Igneus*) y ahí tengo la matica y

hago mi aromática cojo una hojita y hago mi aromática, pero quisiera dejar esa insulina”. En estos relatos, se refleja la voluntad del individuo de explorar opciones distintas antes de aceptar la terapia con insulina.e

### **Tema 3. Barreras en el uso de la insulina y control de la enfermedad.**

Se identificaron diversas barreras en las entrevistas que revelan los desafíos enfrentados por los participantes al emplear la insulina. Las limitaciones geográficas generan problemas de movilidad, son evidentes en varias expresiones de los participantes. Uno de ellos señala: “me toca ir a hacerme exámenes por allá lejos, eso es lo que me dificulta porque el bolsillo es el que se afecta. P2”. La distancia a lugares específicos se convierte en una barrera, como se ilustra en otra declaración: “Irme hasta Chía o a Zipa para que autoricen la droga, exámenes y todo. Me toca ir allá. P6” o “Es un problema en la farmacia, siempre nos ha tocado ir a Chía. P7”. Incluso, se menciona la dificultad económica asociada a los desplazamientos necesarios para el cuidado de la salud: “Me toca hasta Tabio, vaya para Tabio y eso son como 10.000 pesos casi de allá y para acá, y de dónde saca uno la plata así, por eso cuando el doctor me dijo que ir a control cada mes yo le dije déjeme cada 3 meses, porque ir cada mes al médico eso es difícil. P1”. Estos testimonios subrayan los desafíos logísticos y económicos que enfrentan las personas debido a las limitaciones geográficas en el acceso a la atención médica y la gestión de su condición de salud.

Además, se evidencian dificultades en el abastecimiento de medicamentos e insumos, como lo reflejan las siguientes expresiones.

“A veces se brega por los medicamentos. Por ejemplo, ese Cilostazol como es tan caro, Se brega por eso y la insulina. P5”

“El médico me dice, usted tiene que traerme las glucometrías, todos los días tiene que

tomársela, pero ¿cómo me las voy a tomar? me dieron un glucómetro, pero no me dan con qué. P3”.

“A veces se me demora en dar la insulina, hubo una semana que no la usé, no me la habían dado, pero me toca siempre tener una reserva. P8”.

También se identificó como una barrera la toma de decisiones sin conciliación con el personal de salud, como evidencian las siguientes afirmaciones. "yo me la he dejado de aplicar 2 o 3 noches y no, no me hace nada, antes el azúcar me mantiene regulada. P6". Además, se observa una adaptación en el régimen de medicación, a pesar de la recomendación médica clara: "Ellos dijeron que tres pastas, 3 pastas de metformina, pero eso sabe horrible, por eso yo llego, me tomo una pastica por la noche cuando me voy a acostar y me coloco la insulina a las 8 pm. Pero cuando voy a otro lado, yo no llevo insulina ni llevo pastas". Estos testimonios ilustran cómo algunas personas ajustan su tratamiento y autocuidado según sus preferencias y percepciones individuales sin acordarlo con el personal de salud.

En cuanto al proceso de la administración de su medicación, las citas reflejan la molestia y el dolor asociados a la administración de la insulina y su seguimiento.

“Ese problema de la insulina porque es que es un problema todos los días pensar, me chuzo, me chuzo, me chuzo, mire como tengo mi barriguita, me chuzo, me chuzo” o “Tener que aguantarme los chuzones todos los días. P2”.

“A veces me dan nervios y a veces duele, en unas partes duele más que en otra. Se me hacen uno negros horribles porque sangra. P3”. Estas expresiones subrayan la complejidad emocional y física asociada con la administración de insulina.

Por último, se resaltó una falta de adecuación cultural de las recomendaciones y la dieta por parte del profesional de la salud, según lo expresado por los participantes. Una persona señala la dificultad para seguir las indicaciones nutricionales debido a limitaciones económicas: “a mí me dicen que debo comer muchas verduras, y sinceramente no lo puedo hacer porque no tengo el presupuesto para comprar, las dietas no las puedo hacer como me mandan, porque si tengo para comer arroz y papa pues solo para arroz porque no hay cómo. P1”. Por otro lado, un participante destaca la discrepancia cultural en las indicaciones sobre productos lácteos: “Ahora qué hago yo, yo no uso leche deslactosada yo uso la leche de la vaca sacándola de allá y haciendo mis comidas, el café o el chocolate, la leche pura, esos cuentos de échele agua, que descreme, que la cocine, que sáquele las natas, eso pa que, déjenmela así. P3”.

#### **Tema 4. Facilitadores en el manejo de la enfermedad**

Se documentaron algunas de las herramientas utilizadas por los pacientes para adaptarse en el curso de su proceso de la enfermedad entre ellos, donde la consulta en medicina familiar emerge como un elemento clave para superar las barreras de acceso a la salud, según las experiencias compartidas. Un participante destaca la importancia de los controles realizados por médicos de familia: “los controles son aquí, con los médicos de familia, aquí ellos me formulan la droga, le dicen a uno que coma o no coma, o si uno lleva las glucometrías muy altas le dicen a uno. P4”. Esta afirmación resalta el papel integral de los médicos de familia en el manejo de la diabetes, abordando aspectos como la formulación de medicamentos y la orientación sobre hábitos alimenticios basándose en los resultados de las glucometrías. Otro participante subraya la atención oportuna y la gestión de medicamentos proporcionada por los médicos familiares: “los médicos familiares lo atienden a uno a su debido tiempo y cuando son las consultas, y así con sus

medicamentos, formulan los medicamentos que deben. P5”.

Las citas revelan también la importancia de las redes vecinales en la autogestión de la salud, especialmente en situaciones de escasez o falta de acceso a medicamentos y suministros médicos.

“Cuando no tengo la insulina me toca bregar a que un compañero tenga y me preste, que días batallé mucho para eso y como hay un señor que le aplican allí también, entonces, él me prestó un << esfero >> <sup>1</sup>y yo se lo devolví. P3”.

“Aquí vienen a veces por agujas de que no tiene. P2”.

También se detectó el uso de redes sociales digitales como parte de las estrategias de apoyo

“cuando no tengo insulina yo acudo a mis amigos y a mi población acá en Tenjo, que me colaboran y me dicen donde la dan, y aquí en el pueblo mucha gente así puede ayudarme mi hija lo publica por el Facebook y me dicen en tal parte estamos, venga por ella y me la dan. ¿Pero quién se la da? pues personas que la utilizan, y entonces ellos tienen, y me dan uno mientras me dan la mía y luego yo se las devuelvo. P7”.

La falta de disponibilidad de medicamentos se aborda en otra cita: “el médico me formula, yo voy a reclamar las cosas y no las hay, que no hay, que no hay, no hay ¿Entonces, ¿qué me toca hacer? La metformina la he comprado por allá o las amigas me han dado. P7”. Aquí, se resalta la adaptabilidad del individuo al buscar soluciones alternativas frente a la falta de suministros médicos.

Los entrevistados resaltan la gestión municipal, a cargo del Instituto de Cultura y Turismo de Tenjo, enfocada en promover la salud del adulto mayor, particularmente a través de Centro Día. Se destaca la relevancia de la alimentación proporcionada en este lugar: “Como allá en Centro Día nos dan buena alimentación uyyy para que... P4”.

---

<sup>1</sup> Herramienta utilizada para la aplicación de insulina

Otros participantes también subrayan la importancia de la actividad física y el bienestar emocional, evidenciando que en Centro Día se fomenta la participación en actividades como el baile: “Toca estar saliendo a bailar, saliendo a sudar para que mantenga una bien en forma y por eso lo hice también de meterme allá en Centro Día, uno va se distrae, consigue amigas. P6”.

Estas experiencias evidencian la contribución positiva de las acciones municipales, específicamente del Instituto de Cultura y Turismo de Tenjo a través del Centro Día, en la promoción de la salud y bienestar de la población adulta mayor. La combinación de una alimentación adecuada y actividades sociales y físicas refleja un enfoque integral para mejorar la calidad de vida en esta etapa de la vida.

Los participantes revelan el apoyo fundamental dentro de la red familiar para afrontar los desafíos asociados a la diabetes.

“Allí vive un cuñado y él me apoya y me ofrece un café, ofrece de comer, allí también está Margarita que ella también pues me dice venga Rosalbita cualquier cosa me ofrecen. P1”.

Otra persona resalta la importancia de la protección divina y del apoyo de la familia: “con la protección de Dios y de mi familia, que colaboran. P5”.

La necesidad de ayuda y colaboración familiar se manifiesta en la gestión de trámites y autorizaciones médicas, como se describe en la siguiente afirmación: “Me toca pedirle ayuda a mi hijita. Ella se va a autorizar las órdenes, mientras ella se va a autorizar, yo me quedo ahí en la farmacia para sacar ficha, mientras ella llega y esperar ahí casi un día. P7”.

“Mi hija es la que tiene que sacar el tiempo, sea como sea para ir a reclamar los medicamentos. P4”.

En algunos casos se presenta la enfermedad como un regalo divino que requiere paciencia y aceptación: “pero ya uno ya sabe, ya tiene paciencia que ya le tocó esa enfermedad, que es un

regalo que le manda nuestro señor. Sí son regalos de nuestro señor que uno no los puede echar atrás. P2”, “yo estoy en manos de Dios doctora, soy muy fiel a la virgencita. P7”.

Hay una aceptación de la enfermedad y de la importancia del tratamiento incluyendo la insulino terapia “yo tengo una amiga allí y yo le di muchas instrucciones y también le dije que dejara los nervios y que se aplicara la insulina que no deje que ninguno le dijera cosas. P4”.

También se resalta la necesidad de disciplina para controlar la enfermedad: “con esta enfermedad vive uno como a tratar las dificultades de la rutina diaria: No pasarse uno de las comidas, la grasa, el azúcar no tener nada de contacto con esa, yo por eso llevo 28 años, porque soy enemigo del azúcar. P5”.

La importancia de seguir las instrucciones médicas se destaca en la última cita: “hay que cumplir las instrucciones, que ponerles cuidado lo que le dicen los médicos a uno y tomarse las pastas a las horas que son, la insulina y todo para que este uno bien. P6”.

Hay mejor aceptación de los nuevos dispositivos para la aplicación de la insulina “después de que dijeron que había esferos, yo le pedí al doctor que si me podían dar esfero y me han dado esferos y con en esfero me ha ido bien. Ya cuando uno se chuza ya no siente nada. P1”.

“Con el <<esfero>>, es lo más fácil. Porque yo me acerco y veo mi numerito, el ocho, pero cuando me toca sacarla del frasquito con la aguja, Entonces ahí si no puedo. P7”.

## **9. DISCUSIÓN**

La investigación ofrece una comprensión detallada y vivencial de las experiencias de los pacientes

rurales con diabetes mellitus que usan insulina como parte integral de su tratamiento diario. El análisis de las entrevistas a los pacientes converge en la centralidad que tiene para ellos las barreras de acceso a la salud y medicamentos, y las estrategias individuales y comunitarias que se gestan para resolverlas. Sin embargo, a medida que nos sumergimos en las opiniones individuales de los participantes del estudio, se revela que lo que adquiere mayor importancia es la lucha contra las diversas barreras que obstaculizan el acceso a los servicios de salud, pero además los facilitadores en el autocuidado que ellos mismo han identificado.

De la misma manera, el estudio permite profundizar en las creencias asociadas a lo manifestado por los participantes. Existen creencias propias y aprendidas que giran en torno a la diabetes mellitus y la insulino terapia, siendo una idea muy representativa la asociación entre la insulina y los daños a órganos blanco, lo cual no ha sido ajeno para otros estudios como el realizado en Malasia en donde participantes indicaban el miedo a daño de sus riñones por el inicio de la insulina (Abu Hassan et al., 2013). Una educación adecuada por parte del personal de salud debería permitir el reconocimiento de estas complicaciones como secuelas de la enfermedad y no como consecuencias del tratamiento.

Otra de las concepciones arraigadas en los pacientes entrevistados es la creencia errónea de que, debido a antecedentes familiares de la enfermedad, es inevitable desarrollarla a lo largo de la vida. Aunque, la historia familiar constituye un factor de riesgo no modificable para la patología, incluso en su pronóstico, no es determinante. En este contexto, adquiere relevancia destacar de manera oportuna cómo los hábitos de vida saludable, tales como la alimentación adecuada, la actividad física regular y la limitación en el consumo de alcohol, pueden prevenir la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes mellitus tipo 2 (A. et al., 2017), convirtiéndose así en una poderosa herramienta preventiva en los servicios de atención primaria



en salud especialmente en los familiares de pacientes diabéticos.

Todas las percepciones previas identificadas en este estudio han influido en la falta de aceptación inicial a la insulina, a pesar de las indicaciones médicas explícitas sobre la necesidad de su implementación. En este contexto, se distinguen dos categorías claves: la negación al uso de la insulina y el intento de buscar alternativas, farmacológicas o naturales, para eludir el empleo del inyectable. Esto no ha sido ajeno en otras investigaciones (Abu Hassan et al., 2013), (Hussein et al., 2019) donde se han visto muchas creencias principalmente negativas que influyen en el inicio de la terapia con insulina, pero además se han investigado las razones por las que algunos pacientes sí han permitido el uso de insulina desde su prescripción, y una de las más importantes es el conocimiento de su enfermedad y sus tratamientos, entendiendo el porqué de las decisiones médicas y las complicaciones asociadas a la enfermedad en caso del no inicio oportuno de los diferentes medicamento no solo de la insulina. Además, conocer experiencias positivas de otros pacientes que padecen diabetes mellitus y están bajo el manejo de insulina, muestra beneficios en la toma de decisiones con respecto a la insulino terapia (Abu Hassan et al., 2013).

Para los médicos que gestionan este tipo de enfermedades, es de suma importancia, ya que les permite explorar las creencias negativas presentes en los pacientes desde el inicio. Además, se reconoce el papel esencial de la educación en salud, que no solo debe provenir del personal médico, sino también de grupos de apoyo que puedan establecerse en colaboración con la comunidad y las entidades de salud.

También se han identificado en el estudio barreras para el control de la enfermedad y el uso de la insulina, que inciden en la toma de decisiones y seguimiento de instrucciones por parte de los pacientes. La población de estudio se encuentra ubicada en áreas rurales y presentan dificultades para desplazarse al hospital localizado en el casco urbano que limita el acceso a los servicios de

salud. Se encontraron dificultades por los costos del transporte y la necesidad de un acompañante para los adultos mayores. Estas situaciones se han identificado en otras partes del país donde las variables geográficas y climáticas juegan un papel importante en el acceso a los servicios de salud. (Ministerio de salud, 2020).

Para dar solución a estas barreras se han descrito estrategias nacionales e internacionales como la telesalud y telemedicina, que se potenciaron gracias a la pandemia iniciada en el año 2020 por el COVID 19, aunque aún falta mucho por desarrollar, a pesar de haber demostrado su beneficio en este tipo de poblaciones. Esto es un llamado de atención a los protagonistas de la atención primaria en salud para mejorar el acceso a los servicios en Colombia (González-Alzate et al., 2022).

Ahora bien, otras importantes barreras que inciden en el adecuado control de la diabetes mellitus, y que también se escapan de la responsabilidad de los pacientes, están relacionadas con la falta de entrega oportuna de medicamentos por parte de las farmacias dispensadoras en las entidades de salud. Este problema, agravado por las largas filas para la obtención de dichos medicamentos, se convierte en una especie de carrera de obstáculos cada mes, manifestando la falta de equidad en la prestación de servicios de salud (Hernández et al., 2015) especialmente afectando a las poblaciones de bajos recursos y vulnerables como los adultos mayores.

Además de estas limitaciones, se describen otras dificultades en el acceso a servicios de salud, como las conocidas autorizaciones de órdenes médicas, ya sea para obtener valoraciones médicas especializadas o subespecializadas, así como para llevar a cabo procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos (Hernández et al., 2015). Estas son limitantes muy conocidas y frecuentes en los diferentes administradores en salud, que nos llevaría a pensar por qué el bienestar y la salud de los

pacientes no se pone por encima de dificultades administrativas.

Otras barreras identificadas por los participantes tienen que ver con los cambios en estilos de vida principalmente con la alimentación, debido entre otras cosas a la generalización en la prescripción de dietas estandarizadas sin tener en cuenta la cultura y las condiciones socioeconómica del paciente, sumado a creencias relacionadas con que comer sano es caro lo que obliga a los paciente a consumir alimentos de bajo precio, con alto valor calórico pero bajos en componentes nutricionales (Darmon & Drewnowski, 2015). Esto contrasta con las recomendaciones de la literatura en las que se sugiere aporte bajo en azúcar, disminución del consumo de carbohidratos y alimentos procesados, reconociendo la importancia de establecer planes de alimentación individuales que sean culturalmente sensibles, satisfagan las necesidades y preferencias individuales, (ElSayed et al., 2024), (Russell et al., 2022).

Por otra parte, la información proporcionada destaca la presencia de facilitadores cruciales en el manejo efectivo de la diabetes mellitus tipo 2, contrarrestando las barreras identificadas. Estos facilitadores no solo resaltan la importancia de la atención médica, sino que también demuestran la eficacia de estrategias comunitarias y de apoyo integral en el cuidado de la salud de los pacientes.

En primer lugar, la consulta en medicina familiar emerge como un elemento clave para superar las barreras de acceso a la salud. La atención y los controles realizados por médicos de familia se destacan como fundamentales para el manejo integral de la diabetes. Esto subraya la importancia de contar con profesionales de la salud que comprendan las necesidades específicas de los pacientes y brinden un enfoque personalizado en su tratamiento. Tanto así, que en investigaciones realizadas en Canadá se buscaba la manera de garantizar la presencia de médicos familiares en áreas rurales con el fin de mejorar el acceso y los desenlaces de la atención médica para estos

grupos poblacionales (Soles et al., 2017).

Las redes vecinales y el apoyo social, incluyendo el uso de redes sociales digitales, se presentan como estrategias efectivas para la autogestión de la salud. La colaboración entre vecinos no solo aborda la escasez de suministros médicos, sino que también proporciona un sistema de apoyo emocional y práctico. La comunidad emerge como un recurso valioso para obtener información sobre la disponibilidad de medicamentos y compartir experiencias, fortaleciendo así la capacidad de los pacientes para enfrentar los desafíos de la enfermedad. Incluso, este tipo de autogestión se percibe como un respaldo fundamental en situaciones de pobreza familiar, donde la comunidad se convierte en un recurso valioso ante la falta de políticas gubernamentales eficaces (Navarro Rupérez, 2021).

La gestión municipal, a través de instituciones como el Centro Día, destaca como un facilitador importante. Las actividades promovidas por estas instituciones, como la promoción de una alimentación adecuada y la participación en actividades sociales y físicas, ofrecen un enfoque integral para mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor, que puede llegar a ser desmejorada por la presencia de enfermedades crónicas (Zhou et al., 2011). Esto sugiere que las iniciativas a nivel local pueden tener un impacto positivo en la salud de la comunidad, proporcionando recursos y apoyo que van más allá de la atención médica convencional, como es el caso de la investigación realizada en la ciudad de Tacna donde se concluyó que existe una conexión entre la calidad de vida y la felicidad en los integrantes del programa del centro para adultos mayores (La Torre Becerra, 2019) .

Estos programas se diseñan en respuesta a necesidades sociales identificadas en poblaciones vulnerables, para adultos mayores, buscando la protección y cuidado integral de esta

población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023). Asimismo, representan una vía de escape a la escasa o nula actividad de esparcimiento que podrían experimentar, favoreciendo estados de bienestar mental que, de manera indirecta, influyen en su estado de salud tal como lo menciona Barragan y Morales en su trabajo (B. &, 2014).

El apoyo dentro de la red familiar también se identifica como un facilitador esencial. La colaboración familiar en la gestión de trámites y autorizaciones médicas, así como el respaldo emocional, demuestra la importancia de contar con un sistema de apoyo sólido en el hogar. La participación activa de la familia en el cuidado del paciente contribuye a superar las dificultades asociadas con la enfermedad, lo cual coincide con lo concluido en otros estudios de índole cualitativo que en su búsqueda de identificación de barreras en salud logro evidenciar a la familia como un actor en el bienestar del paciente (González Rodríguez, 2021).

En resumen, la combinación de estos facilitadores ofrece oportunidades significativas para mejorar la atención y el manejo de la diabetes mellitus tipo 2. Destacando la importancia de enfoques integrales que involucren a la comunidad, instituciones locales y redes de apoyo familiar, se evidencia la necesidad de abordar la enfermedad desde diversas perspectivas para lograr un impacto positivo y sostenible en la salud de los pacientes

Dentro de las limitaciones identificadas en este estudio, cabe destacar la orientación cualitativa de la investigación, lo que implica que los resultados encontrados no pueden ser extrapolados de manera generalizada a poblaciones más amplias. En el contexto de la población bajo estudio, se observó una notable ausencia de participación por parte de pacientes adultos jóvenes, quienes expresaron su reluctancia a formar parte de la investigación. Esta circunstancia resultó en una restricción significativa de la muestra a una franja etaria específica, lo que podría limitar la

aplicabilidad de los hallazgos a contextos más amplios.

Adicionalmente, al examinar la información clínica recopilada, se identificó una carencia de datos relacionados con el intervalo de tiempo entre el diagnóstico de la diabetes y el inicio de la insulino terapia. Esta ausencia de información temporal representa otra limitación sustancial, ya que la comprensión completa de los factores temporales asociados al tratamiento es esencial para interpretar de manera precisa los resultados obtenidos. La falta de estos datos puede influir en la capacidad de contextualizar adecuadamente los resultados y entender la secuencia temporal de los eventos relacionados con el tratamiento de la diabetes, destacando así la importancia de considerar cuidadosamente estas limitaciones al interpretar los hallazgos de este estudio.

## 10. CONCLUSIONES

Este trabajo investigativo arroja luz sobre las complejas dinámicas que afectan la salud en la población del municipio de Tenjo, destacando tanto barreras como facilitadores significativos.

En primer lugar, Las arraigadas creencias sobre la insulina, como su vinculación con daños a órganos, y la concepción errónea de que la enfermedad es inevitable debido a antecedentes familiares, impactan en la resistencia inicial y adherencia al tratamiento, donde la educación al paciente por parte del personal de salud, centrada en cambiar estas percepciones, resulta esencial.

La identificación de las barreras revela desafíos sustanciales que enfrentan los habitantes de Tenjo en términos de salud. Las limitaciones geográficas imponen obstáculos significativos a la movilidad, afectando directamente el acceso a la atención médica y los procedimientos necesarios. La dificultad en el abastecimiento de medicamentos e insumos añade otra capa de complejidad, señalando la necesidad crítica de mejorar la disponibilidad de estos recursos esenciales. Además, la falta de adecuación cultural de las recomendaciones y dietas por parte de los profesionales de la salud subraya la importancia de un enfoque culturalmente competente en la prestación de servicios médicos.

En contraste, se identifican varios facilitadores en salud que tienen el potencial de mejorar significativamente la situación de salud en Tenjo. La presencia de personal en formación en medicina familiar se destaca como un facilitador clave, abordando directamente la barrera en el acceso a la atención médica. Este hallazgo sugiere que la formación continua de profesionales de la salud, específicamente en medicina familiar, puede ser una estrategia efectiva para superar obstáculos en la prestación de servicios médicos.

Además, la identificación del autocuidado de los pacientes es esencial para mejorar la gestión de la salud en Tenjo. La promoción y el desarrollo de habilidades de autocuidado pueden empoderar a los individuos para enfrentar de manera más efectiva los desafíos asociados con la diabetes y otras condiciones de salud.

La participación activa en redes vecinales y el uso de redes sociales para la autogestión de la salud se revelan como estrategias efectivas para fomentar la colaboración y la información entre la comunidad. Estas redes pueden actuar como recursos valiosos para compartir suministros médicos, obtener información sobre la disponibilidad de medicamentos y proporcionar apoyo emocional, destacando la importancia de la comunidad en el proceso de atención médica.

Finalmente, la colaboración entre pacientes y profesionales de la salud, trabajando en conjunto y reconociendo las creencias culturales arraigadas en la población, demuestra ser esencial. Comprender el impacto cultural de la diabetes y adaptar las estrategias de manejo a estas realidades culturales específicas puede mejorar la eficacia de los tratamientos y promover una mayor aceptación por parte de la comunidad.

En conjunto, esta información permite generar estrategias futuras para la mejoría de la salud en los pacientes diabéticos insulinoquirientes en el municipio de Tenjo, enfatizando la necesidad de promover enfoques integrales y culturalmente sensibles que involucren a la comunidad, fortalezcan la capacitación del personal médico y promuevan el autocuidado de los pacientes

## **REFERENCIAS.**

A., G., S., G., & R., U. (2017). Study on the impact of family history of diabetes among type 2 diabetes mellitus patients in an urban area of Kancheepuram district, Tamil Nadu.



*International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 4(11), 4151.  
<https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20174819>

Abu Hassan, H., Tohid, H., Mohd Amin, R., Long Bidin, M. B., Muthupalaniappen, L., & Omar, K. (2013). Factors influencing insulin acceptance among type 2 diabetes mellitus patients in a primary care clinic: a qualitative exploration. *BMC Family Practice*, 14(1), 164.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-164>

B., A. R., & . C. I. (2014). PSICOLOGÍA DE LAS EMOCIONES POSITIVAS: GENERALIDADES Y BENEFICIOS. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 19, 103–118. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29232614006>

Bautista, N. (2020, July 19). *Tres de cada 100 colombianos tienen diabetes*. Ministerio de Salud y Protección Social.

Berenguera, A., Molló-Inesta, À., Mata-Cases, M., Franch-Nadal, J., Bolívar, B., Rubinat, E., & Mauricio, D. (2016). Understanding the physical, social, and emotional experiences of people with uncontrolled Type 2 diabetes: a qualitative study. *Patient Preference and Adherence*, Volume 10, 2323–2332. <https://doi.org/10.2147/PPA.S116173>

Bolaños, E., & Sarría-Santamera, A. (2003). Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. *Atención Primaria*, 32(4), 195–201. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)79251-8](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)79251-8)

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Darmon, N., & Drewnowski, A. (2015). Contribution of food prices and diet cost to socioeconomic disparities in diet quality and health: a systematic review and analysis. *Nutrition Reviews*, 73(10), 643–660. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuv027>

- ElSayed, N. A., Aleppo, G., Bannuru, R. R., Beverly, E. A., Bruemmer, D., Collins, B. S., Darville, A., Ekhlaspour, L., Hassanein, M., Hilliard, M. E., Johnson, E. L., Khunti, K., Lingvay, I., Matfin, G., McCoy, R. G., Perry, M. Lou, Pilla, S. J., Polsky, S., Prahalad, P., ... Gabbay, R. A. (2024). 5. Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: *Standards of Care in Diabetes—2024. Diabetes Care*, 47(Supplement\_1), S77–S110. <https://doi.org/10.2337/dc24-S005>
- G., N., . A. M., & . L. E. (2011). Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2. *Espacios Públicos*, 14, 258–279. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67621319013>
- Giraudó, N., & Vietto, V. (2018). *What it means to live with diabetes in a community of suburban buenos aires. Social representations of type 2 diabetes mellitus.*
- González Rodríguez, L. (2021). Barreras identificadas por pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 en su atención integral. *Medisan* .
- González-Alzate, N., Hernández-Rincón, E. H., & Ulloa-Rodríguez, M. F. (2022). La telesalud como estrategia de atención primaria en la diabetes mellitus tipo 2 en Colombia. *Iatreia*, 35(2), 151–164. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.109>
- Gradel, A. K. J., Porsgaard, T., Lykkesfeldt, J., Seested, T., Gram-Nielsen, S., Kristensen, N. R., & Refsgaard, H. H. F. (2018). Factors Affecting the Absorption of Subcutaneously Administered Insulin: Effect on Variability. *Journal of Diabetes Research*, 2018. <https://doi.org/10.1155/2018/1205121>
- Hernández García, S. A. (2020). Percepción y satisfacción sobre la insulino terapia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 . *Universidad Autonoma de Nuevo Leon* .

- Hernández, J. M. R., Rubiano, D. P. R., & Barona, J. C. C. (2015). Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1947–1958. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.12122014>
- Hussein, A., Mostafa, A., Areej, A., Mona, A., Shima, A., Najd, A.-G., & Futoon, A. (2019). The perceived barriers to insulin therapy among type 2 diabetic patients. *African Health Sciences*, 19(1), 1638. <https://doi.org/10.4314/ahs.v19i1.39>
- L., C., . M. I., . M. H., & . H. R. (2013). Perspectivas del paciente en el control de la diabetes mellitus en unidades médicas de la seguridad social de Tabasco: Un estudio cualitativo. *Salud en Tabasco*, 19, 77–84. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48730715002>
- La Torre Becerra, C. A. (2019). Calidad de vida y felicidad en participantes del programa del Centro del Adulto Mayor. *Escuela Profesional de Humanidades - Psicología Tacna*.
- Leonardo, O., & Latorre, R. (2018). *Lineamientos para la gestión integral de residuos peligrosos generados por pacientes diagnosticados con diabetes tipo 1*. [www.fundacionavenir.net/revista](http://www.fundacionavenir.net/revista)
- Liu, C., De Roza, J., Ooi, C. W., Mathew, B. K., Elya, & Tang, W. E. (2022). Impact of patients' beliefs about insulin on acceptance and adherence to insulin therapy: a qualitative study in primary care. *BMC Primary Care*, 23(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01627-9>
- Luna López, A. C., & Franco Corona M. Brenda Eugenia. (2017). SIGNIFICADO DE LA EXPERIENCIA DE VIVIR CON DIABETES MELLITUS EN LA COTIDIANIDAD DEL ADULTO. *JÓVENES EN LA CIENCIA*, 3(2), 164–168.
- Mendoza-Catalán, G., Gallegos-Cabriales, E. C., & Figueroa-Perea, J. G. (2017). Autopsia verbal en hombres adultos con diabetes tipo 2: estudio cualitativo. *Revista CUIDARTE*, 8(3), 1786. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.420>

Ministerio de salud. (2020). *Asis Departamental y municipales de Cundinamarca 2019*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/asis-cundinamarca-2019.zip>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023, December 18). *Estándares de calidad para instituciones que atienden personas mayores*. Ministerio de Salud y Protección Social .

Navarro Rupérez, M. (2021). Redes vecinales de apoyo y estrategias de afrontamiento en familias empobrecidas en Barcelona en tiempos de pandemia. *Gazeta de Antropología*.

<https://doi.org/10.30827/Digibug.69640>

Noreña, A. L. A.-M. N. R. J. G. & R.-M. D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y la en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12, 263–274.

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000300006&nrm=iso)

[59972012000300006&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000300006&nrm=iso)

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Informe mundial sobre la diabetes*. [www.who.int](http://www.who.int)

Patricia Sedó Masís. (2010). PERCEPCIONES SOBRE LA DIABETES Y SU PADECIMIENTO EN PERSONAS ADULTAS MAYORES DIABÉTICAS Y FAMILIARES DE UN ÁREA URBANA DE COSTA RICA. *Anales En Gerontología*, 6, 99–112.

Quiceno, J., & Vinaccia, S. (2010). Percepción de enfermedad: una aproximación a partir del illness perception questionnaire. *Revista de Psicología de La Universidad Del Norte*, 25.

Rojas Montiel, F. de M., Ayala Juárez, M. T., Cuéllar Vázquez, J. J., Mendoza Romo, M. Á., &

Alemán Alvarado, C. A. (2021). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con insulina. *Atención Familiar*, 28(4), 275.

<https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2021.4.80598>

- Russell, C., Whelan, J., & Love, P. (2022). Assessing the Cost of Healthy and Unhealthy Diets: A Systematic Review of Methods. *Current Nutrition Reports*, 11(4), 600–617. <https://doi.org/10.1007/s13668-022-00428-x>
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334–340. [https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200008\)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G)
- Selvin, E., Parrinello, C. M., Daya, N., & Bergenstal, R. M. (2016). Trends in Insulin Use and Diabetes Control in the U.S.: 1988–1994 and 1999–2012. *Diabetes Care*, 39(3), e33–e35. <https://doi.org/10.2337/dc15-2229>
- Silva, J. A. da, Amorim, K. P. C., Valença, C. N., & Souza, E. C. F. de. (2018). Experiências, necessidades e expectativas de pessoas com diabetes mellitus. *Revista Bioética*, 26(1), 95–101. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018261230>
- Soles, T. L., Ruth Wilson, C., & Oandasan, I. F. (2017). Family medicine education in rural communities as a health service intervention supporting recruitment and retention of physicians: Advancing Rural Family Medicine: The Canadian Collaborative Taskforce. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien*, 63(1), 32–38.
- Souza do Nascimento, B., de Arruda Bonfim, T., Fernandes Cardoso da Silva Rodrigues, T., Caroline Ribeiro Antonio Viegas, M., Teixeira da Rocha Vanzella, C., & Cristina Ribeiro Furlan, M. (2020). *Biossegurança no armazenamento, reutilização e descarte dos insumos da insulino terapia: perspectiva dos usuários* (Vol. 3, Issue 1).
- Stuckey, H., & Peyrot, M. (2020). Living with diabetes: literature review and secondary analysis of qualitative data. *Diabetic Medicine*, dme.14255. <https://doi.org/10.1111/dme.14255>

Vanegas, G. (2020). Significados atribuidos por un grupo de hombres adultos a la experiencia de tener diabetes mellitus tipo 2. *Interacciones: Revista de Avances En Psicología*, 6(2), e157.

<https://doi.org/10.24016/2020.v6n2.157>

Zhou, B., Chen, K., Wang, J., Wang, H., Zhang, S., & Zheng, W. (2011). Quality of Life and Related Factors in the Older Rural and Urban Chinese Populations in Zhejiang Province.

*Journal of Applied Gerontology*, 30(2), 199–225.

<https://doi.org/10.1177/0733464810361346>

## **ANEXO N° 1**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

UNIVERSIDAD DE LA SABANA, FACULTAD DE MEDICINA. ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:** Experiencias relacionadas con la diabetes mellitus y la insulino terapia en una población diabética insulino requirientes de un hospital de atención de primer nivel en un municipio de la sabana de Bogotá.

Usted ha sido invitado a formar parte de un estudio. Antes de decidir participar es importante que entienda la investigación y lo que involucrará. Por favor, lea detenidamente esta sección y tome el tiempo necesario para ello. En el siguiente documento se presenta la información de este estudio al cual se le invita a participar.

El objetivo de este estudio es describir las experiencias relacionadas con la diabetes mellitus y la insulino terapia en una población diabética que usa insulina, del hospital Santa Rosa de Tenjo.

Según la Resolución 8430/93 este estudio es sin riesgo alguno, ya que es definido como “estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros.

Los beneficios esperados de este estudio son adquirir una comprensión más profunda y detallada de la experiencia individual de los pacientes que padecen diabetes mellitus y requieren tratamiento con insulina. Se busca analizar diversos aspectos que afectan la vida cotidiana de estos pacientes, incluyendo factores sociales, familiares, laborales y personales para tratar de mejorar la atención sanitaria integral de esta población a través de un mejor entendimiento de sus necesidades y experiencias individuales.

La información obtenida será transcrita y conservada Kellys Salgado Álvarez y María Camila Álvarez quienes a su vez son las responsables de esta información, la cual se guardará durante 5 años y será posteriormente destruida.

En caso de inquietudes puede comunicarse con María Camila Álvarez o Kellys Salgado al teléfono 3016286208 o 3103607868, correo [mariaalvher@unisabana.edu.co](mailto:mariaalvher@unisabana.edu.co) o [kellyssasa@unisabana.edu.co](mailto:kellyssasa@unisabana.edu.co) dependencia en la F. Medicina.

Nosotros, María Camila Álvarez Hernández y Kellys Yohana Salgado Álvarez, residentes del Programa de medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de La Sabana, adelantamos la siguiente investigación que tiene como objetivo describir las experiencias relacionadas con la diabetes mellitus y la insulino terapia, través de una entrevista semiestructurada que será grabada. Por lo cual solicitamos su participación libre y voluntaria, teniendo en cuenta los siguientes puntos.

1. Declaro que tengo autonomía sobre la decisión de continuar o no en la investigación.
2. Entiendo que mi participación en este estudio es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin dar ninguna justificación.
3. Entiendo que la participación en este estudio no trae repercusiones de índole laboral o jurídica, y que mis derechos no serán afectados.
4. Comprendo que mi participación consistirá en responder una entrevista semiestructurada que demorará alrededor de 1 hora.
5. Entiendo que mis datos personales y los datos recopilados durante el estudio serán almacenados por la Universidad de La Sabana y serán usados con fines investigativos.
6. Acepto que mi información anónima en el registro puede compartirse con terceros para fines de investigación y que no recibiré ningún pago por la participación en el presente estudio.

7. Manifiesto que he leído y entendido todo lo enunciado en el documento y las consecuencias que éste transfiere para la presente investigación.

8. Entiendo que, al aceptar estoy de acuerdo de forma libre y voluntaria con lo que se me ha explicado y confirmo mi participación en el presente estudio.

Firmo a los \_\_ días del mes \_\_\_\_\_ del 2023

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Testigo 2

## **ANEXO N.º 2**

**Guía Metodológica - Entrevista semiestructurada:** Muchas gracias por recibirnos hoy y abrirnos las puertas de su casa. Para nosotros es muy valioso que haya decidido colaborar en este estudio, pues creemos que es necesario conocer su experiencia con la diabetes, y los tratamientos que se ofrecen. Queremos que el día de hoy usted se sienta tranquilo, que no nos vea como personal de la salud y más bien como un amigo suyo al cual le está contando una experiencia como cualquier otra.

Podemos iniciar escuchando su historia como paciente de esta enfermedad

1. ¿Podría narrarnos qué ha ocurrido en su vida desde el momento en que fue diagnosticado?
2. ¿Qué significado ha tenido para usted vivir con esta enfermedad?
3. ¿Qué le gustaría que su amigo supiera de la diabetes mellitus?

Es importante para nosotros profundizar en su experiencia con el tratamiento de la diabetes, particularmente con el uso de la insulina.

4. Podría narrarme por favor, ¿Cómo es un día de su tratamiento desde que se levanta?



4.1 ¿Podría contarnos, ¿Cómo ha sido su experiencia con el tratamiento que está siguiendo actualmente para su diabetes?

4.2 ¿Cómo ha sido su experiencia con el uso de la insulina?

4.3 ¿Qué ha sido difícil para usted con el uso de la insulina?

5. Para seguir el tratamiento indicado, ¿Cuáles son las dificultades que ha tenido para manejar su enfermedad?

5.1 ¿Cómo le va con su dieta?

5.2 ¿Cómo lo ha afrontado su familia?

5.3 En el área laboral, ¿ha cambiado algo?

6. Cuéntenos como ha sido su experiencia con el personal de salud en este proceso de enfermedad

7. ¿Si pudiera cambiar algo para estar mejor con su enfermedad que sería?