ARTÍCULO ORIGINAL

Representación social en personas con diabetes mellitus tipo 2

Social representation in people with diabetes mellitus type 2

Guillermo Silva-Magaña[1*], Ángel Gabriel Hilerio-López[1], Iván Ulianov Jiménez-Macias[2], Eudes Jairo Medina-Mendoza[2], José Antonio Vázquez-Espinoza[1], Jennifer Morin-Ugarte[1]

RESUMEN

Objetivo. Describir la experiencia y configuración de la diabetes tipo 2 en enfermos crónicos. **Materiales y método.** Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, participaron 4 personas con diabetes tipo 2 que asisten a Grupos de Ayuda Mutua en una institución de segundo nivel de atención, la información se obtuvo a través de entrevista en profundidad semiestructurada. Se realizó el análisis de los datos con el método de Giorgi, para la comprensión de la experiencia y configuración del marco de las interpretaciones de Representaciones Sociales. **Resultados.** Los hallazgos de mayor relevancia obtenida de las personas con diabetes tipo 2, se concentró en la generación de cambios en sus estilos de vida; se encontró herencia cultural de remedios herbolarios para tratar la enfermedad; hay un conocimiento propio de cada persona respecto a la enfermedad, como sucede, las repercusiones que existen en su salud, cómo puede prevenirse, qué acciones deben realizar para mantener control de la enfermedad, así como, la existencia del dolor y sentimientos de culpa durante la enfermedad. Las personas con diabetes tipo 2 presentan diferencias en la forma de actuar respecto al control de su enfermedad derivadas de su representación social, un rasgo característico es que mantienen asistencia. **Conclusión.** que la intervención enfermera, con personas con diabetes tipo 2, favorece el fortalecimiento del autocuidado mediante estrategias que consideran los saberes propios, las experiencias y las prácticas de cada individuo, además se promueve una comprensión más integral del proceso salud-enfermedad, facilitando el control efectivo de la diabetes, la prevención de complicaciones y la adopción de estilos de vida más saludables.

Palabras clave: Diabetes tipo 2; Salud; Sociedad; Cultura; Representaciones Sociales.

ABSTRACT

Objective. To describe the experience and configuration of type 2 diabetes in chronic patients. **Materials and method.** Qualitative study with a phenomenological approach, involving four people with type 2 diabetes who attend Mutual Aid Groups at a secondary care institution. The information was obtained through semi-structured in-depth interviews. Data analysis was performed using the Giorgi method to understand the experience and configuration of the framework of interpretations of social representations. **Results.** The most relevant findings obtained from people with type 2 diabetes focused on generating changes in their lifestyles. Cultural inheritance of herbal remedies to treat the disease was found. each person has their own knowledge about the disease, how it occurs, the repercussions it has on their health, how it can be prevented, what actions they must take to keep the disease under control, as well as the existence of pain and feelings of guilt during the disease. People with type 2 diabetes differ in how they act with regard to controlling their disease, based on their social representation. A characteristic feature is that they maintain attendance. **Conclusion.** that nursing intervention with people with type 2 diabetes promotes the strengthening of self-care through strategies that consider each individual's own knowledge, experiences, and practices. It also promotes a more comprehensive understanding of the health-disease process, facilitating effective diabetes control, the prevention of complications, and the adoption of healthier lifestyles.

Keywords: Diabetes type 2; Health; Society; Culture; Social Representations.

[1*]Universidad de Colima. Facultad de Enfermería. Colima, México, Hospital IMSS Bienestar de Villa de Álvarez.
[1]Universidad de Colima. Facultad de Enfermería. Colima, México.
[2]Universidad de Colima. Facultad de Psicología. Colima, México.

Recibido: 17 de junio de 2025
Aceptado: 07 de agosto de 2025
Publicado: 08 de enero de 2026

Correspondencia para el autor: José Antonio Vázquez-Espinoza. Avenida Universidad 333. Col. Las víboras. C.P. 28040. Colima, México. jvazquez_espinoza@ucol.mx

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud a través de la Organización Panamericana de la Salud[1] define la diabetes tipo 2, como la deficiencia de insulina que el organismo no utiliza de manera eficaz, es decir, surge cuando el cuerpo se vuelve resistente a la insulina o no produce la suficiente; dicha enfermedad se debe en buena medida a la falta de actividad física y exceso de peso; con anterioridad la diabetes solo se observaba en adultos, pero actualmente se diagnostica cada vez más en menores de edad.

El problema se torna aún más complejo debido a las diferentes complicaciones que se desencadenan de la DT2, por desconocimiento, conciencia o indiferencia; al no asumir un compromiso personal con su salud, pierden la oportunidad de tener mejores condiciones y calidad de vida. Derivado de la prevalencia e incidencia de la enfermedad, como la morbilidad y mortalidad en las últimas décadas,[1] se plantea el presente estudio con enfoque cualitativo fenomenológico desde las Representaciones Sociales (RS), las cuales pueden configurar un entramado de significados, creencias y experiencias que influyen en la comprensión[2] y el afrontamiento de la enfermedad, estas construcciones colectivas determinan la percepción de sus causas, la gravedad atribuida y las prácticas de autocuidado, integrando tanto saberes biomédicos como conocimientos populares, por tal motivo en el ámbito de la salud, su análisis permite diseñar intervenciones culturalmente pertinentes, mejorar la comunicación entre profesionales y pacientes, y favorecer la adherencia terapéutica. Las RS se centran en la experiencia y configuración de lo que representa para las personas con DT2 pertenecientes al Grupo de Ayuda Mutua (GAM) de una unidad de segundo nivel de atención en Colima, México.

Teoría de la representación social

"La función de la RS es generar la comunicación y los comportamientos entre los diferentes individuos. La representación es la organización de múltiples conocimientos y una de las actividades psíquicas mediante las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, que se integran en la vida cotidiana a través del intercambio social, liberando los poderes de su imaginación"[2].

El objetivo del sentido común es comunicar, estar al día y sentirse dentro de un ambiente social, generando la configuración y experiencia dentro de un grupo social. La RS tiene dos vertientes: la figurativa y la simbólica mediante la cual es posible darle a una figura un sentido y a la inversa. Las RS tienen dos funciones: la primera resulta de convertir lo diferente en cotidiano, mientras que la segunda resulta de visibilizar lo que no es perceptible para todo el mundo, ya que lo insólito o

desconocido tiende a representar una amenaza cuando no se tiene una clasificación. Las múltiples ideas agilizan la comunicación entre los miembros de una comunidad para un mejor intercambio social, para nombrar y clasificar sin ambigüedades los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal[3].

Para Schütz la fenomenología social es dada por la realidad social, el mundo de la vida y la situación biográfica y su experiencia inmediata donde vive el sujeto. Que el sujeto pueda percibir la realidad poniéndose en el lugar del otro es lo que permite al sentido común reconocer a otros como análogos al yo. La intersubjetividad —el encuentro con otro sujeto— es posible porque el mundo del sentido común permite anticipar ciertas conductas para desarrollar la vida social[4].

Las vivencias son interpretadas subjetivamente, el sujeto recurre a la configuración de su conocimiento disponible, para asociar aquello que se conoce a lo que se desconoce. Por ello es por lo que no existe una única interpretación de las vivencias, sino que en su mayoría varían según la perspectiva desde la que sean tomadas e interpretadas, esto es, según el Aquí y Ahora que experimenta cada uno de los sujetos[4]. La idea de una comprensión basada en la observación, esta es la que ejercemos todos los días en nuestras relaciones con los otros, objetivando lo observado y dándole una cierta interpretación, pero sin arriesgar una interpretación de lo que el sujeto intenta significar o indicar. La investigación sobre el significado de las acciones de otros implica suponer ¿Qué quieren significar?, ¿dar sentido a algo? y ¿qué se puede interpretar de las acciones de los otros? Esta interpretación no sólo se hace a través de la observación de las acciones de otros, sino también, mediante la percepción de indicaciones, que son efectos que las acciones dejan en el ambiente, como ruidos, movimiento de objetos, entre otros.

La experiencia es aquella situación en la que, a través de vivencias pasadas, somos capaces de definir el acto de sentir, pensar y actuar según las situaciones del presente. Las experiencias también pueden ser modificadas una vez que somos capaces de revivir la situación y así crear o recrear el acto de sentir, actuar o pensar desde una nueva perspectiva, siempre y cuando, así, lo deseemos: toda experiencia puede ser variable, y dependiendo de la situación puede traer nuevo conocimiento. “La aprehensión por un sujeto de una realidad, una forma de ser, un modo de hacer, una manera de vivir. La experiencia surge de la multiplicidad numérica de recuerdos (An. post., II 19, 100 a 5); la persistencia de las mismas impresiones es el tejido de las experiencias a base del cual se forma la noción’’[5].

La DT2 (denominada anteriormente diabetes no insulinodependiente o de inicio en la edad adulta) se debe a que el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce y suele deberse mayormente al exceso de peso y falta de actividad física, los síntomas pueden ser parecidos a los que

genera la diabetes mellitus tipo 1 pero con menor intensidad y regularmente es diagnosticada años después cuando surgen complicaciones[1].

Con base en lo anterior es que se plantea el siguiente objetivo de investigación: Describir la experiencia y configuración de la diabetes tipo 2 (DT2) en enfermos crónicos.

MATERIALES Y MÉTODO

Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico donde se procura comprender al ser humano al cual se otorgan los cuidados desde su perspectiva y, sobre todo, a una reducción del mundo sociohistórico; permitiendo la aprehensión de los fenómenos y de los hechos desde adentro, bajo un punto de vista de las personas con DT2.

Se toma en cuenta la experiencia cotidiana de las personas que viven en una actitud natural, de acuerdo con Schütz, la persona sabe respecto al mundo y tiene expectativas. Esta actitud frente a la realidad permite a la persona suponer un mundo social externo regido por leyes, en el que cada individuo vive experiencias significativas y asume que otros también, con base en esta idea es posible ponerse en el lugar de otros; desde esta actitud natural la persona asume que la realidad es comprensible desde un esquema de experiencias dotado de contexto y significado para una interpretación de la vivencia[4].

El sujeto que vive en el mundo social, construido a partir de las relaciones con los otros socializadores,[6] está determinado por su biografía y por su experiencia inmediata. La configuración biográfica alude a que cada individuo se sitúa de una manera particular en el mundo, pues toda su experiencia es única. Sus padres, la crianza y educación recibida, los intereses, deseos y motivos, todos son elementos que aportan a la formación de personalidades e identidades únicas. El espacio y el tiempo en que transcurre el individuo determinan sus vivencias de las que dan cuenta a través de relatos, es decir, tienen la cualidad de ser transmisibles; este tiempo resulta aprehensible únicamente en la medida en que puede articularse en forma de relato, es decir, en tanto sea susceptible de ser enunciado, interpelado y transmitido a otros que, aunque coexisten en el mismo marco temporal, no comparten necesariamente la misma experiencia[7].

La configuración de las vivencias particulares también está sometida a la intersubjetividad, que constituye una característica del mundo social. Se perciben los actos y puede percibir los actos y las acciones de los otros. La intersubjetividad es posible porque en el mundo del sentido común permite anticipar ciertas conductas para desarrollar la vida social.[6] Las acciones que están cargadas de significados y, las vivencias son interpretadas subjetivamente, se acude a la recopilación de conocimiento disponible, lo novedoso o extraño para lo

que no se tiene una interpretación implica reorganizar el conocimiento ya disponible. Las interpretaciones de las vivencias varían según la perspectiva de la interpretación[8]. La observación de acciones ayuda a comprender significados de la conducta.

Vale la pena destacar que, en la presente investigación, la recolección de los datos se llevó a cabo a través de entrevistas ~~en~~ a profundidad semiestructuradas con la finalidad de comprender la experiencia y configuración de lo que representa la DT2 para los participantes del grupo GAM de una institución de segundo nivel de atención. Como elemento de recolección de los datos se utilizó el criterio de saturación o saturación de datos, derivado de la redundancia o repetición, la ausencia de datos adicionales, así como la observación de los participantes.

Para el análisis de los datos, se identifican las categorías emergentes analizadas a través del método de Giorgi, que se describen a continuación: 1: Encontrar un sentido general a los datos de los sujetos de estudio, 2: Distinguir las unidades de significado del fenómeno estudiado (representaciones sociales), 3: Categorizar las unidades de sentido de las representaciones sociales en los sujetos estudiados, 4: Estructurar las experiencias y vivencias de los sujetos investigados[9].

RESULTADOS

Se consideró como participantes a las personas con DT2 que asisten a los GAM de una unidad de segundo nivel de atención del municipio de Colima, Col., sin necesidad de que fuesen elegidos de manera puntual. Fueron seleccionados por oportunidad quienes acudieron el último jueves de cada mes a realizar las actividades de control de la diabetes, así como el manejo de la nutrición, y la resolución de dudas que se presenten acerca del tratamiento asignado y la enfermedad.

Se consideraron a personas con edades de 55 hasta 69 años, con un periodo de evolución de la enfermedad de 12 años como máximo. En un nivel socioeconómico fue de bajo-medio hasta medio-alto en promedio y su lugar de residencia, los cuales varían desde un pie de casa hasta residencias completas. En el estudio participaron cuatro personas, de acuerdo con el estado civil, tres están separados o divorciados, viven solos en su domicilio; una es casada y vive con su esposo; con relación al sexo tres de ellos son hombres y una mujer.

Después de haber entablado conversación, se inicia la entrevista con el consentimiento del sujeto; se comenzó con las instrucciones para dar continuidad al proceso, mencionándoles la intención del estudio, el origen de este y porqué se les había seleccionado como participantes. Se les proporciona el consentimiento

informado, donde se habla de sus derechos como sujetos de estudio, así como se les garantiza su privacidad y la confidencialidad de los datos obtenidos. En el transcurso de la investigación de campo, los participantes del estudio comienzan a revelar su identidad, de manera que nos dejan entrar a su propia interpretación de datos.

Sin la imagen de personal de salud, de usuario de los servicios de salud, rescatamos que son diversos los factores o aspectos a hacer consciencia: desde un punto de vista psicológico, moral, social y cultural se pueden llegar a ocasionar en una persona un sufrimiento tanto interno, el cual se verá reflejado de manera externa, en su físico o su forma de ser.

De los datos que se obtuvieron se construyeron las categorías de: *Cambios de estilo de vida, herencia cultural, conocimiento, descubriendo la existencia, sexualidad, dolor, comparación, culpa, creencias, evasión,* que emergieron al realizar el análisis. las cuales derivaron de leer, discriminar, recopilar y analizar las unidades de significado que a continuación se describen y discuten, se consideraron las de mayor impacto o importancia para la vivencia.

Cambios de estilo de vida.

El estilo de vida es un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas. Se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano y, por lo tanto, alude a la forma personal en que el humano se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares.[10] El estilo de vida es definido por la OMS como una "forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta determinados por los factores socioculturales y las características personales"[11], incorpora una estructura social, valores, normas, actitudes y hábitos de conducta.

La intervención sobre el estilo de vida es parte del tratamiento inicial y del mantenimiento de la DT2. Este abarca un plan saludable de alimentación, actividad física y, a menudo, medicación para lograr objetivos de glucosa, lípidos y presión arterial en valores normales. La educación y la práctica del autocuidado son también aspectos importantes en el manejo de la enfermedad[12].

A continuación, se mencionan las entrevistas que engloban el presente trabajo y gracias a las cuales fue posible llevar a cabo esta investigación.

> *''E2. Como ahorita tengo como cuatro años que no me emborracho, voy a fiestas y a veces no tomo nada… casi no como grasas el aceite de cocinar, o uso de oliva extra virgen o de aguacate ya tengo rato usando… Yo creo que fumo menos que cuando tomaba, yo antes tomaba mucha coca light, una al día me tomaba, ya*

no lo hago, el café me lo tomo sin azúcar o con splenda o Stevia…''.

''E1. Procuro que sea más verduras y menos almidones de vez en cuando, consumir más alimentos cocinados al vapor o la plancha y menos grasa y ahí si ya me veo obligado a consumir alimentos con menos aceites y grasas… caminar''.

''E3. sí me cuido, de vez en cuando si tomo, refresco y agua fresca ya casi no, pero a veces que tantito refresco, y este que un pan, pero no así de diario de diario, de vez en cuando y luego ya no comer mucha tortilla tampoco…Pero ya ahorita ya me dijo que comiera arroz, pero sin tortilla''.

Las personas con DT2 han generado cambios en sus estilos de vida no tanto por la influencia de médicos o su tratamiento sino por las experiencias adquiridas con base en lo empírico durante su convivencia con la enfermedad. Se podría argumentar que, partiendo de los relatos anteriores, la RS de las personas con DT2 que se va construyendo en los discursos de los participantes es que alguien que ha de cuidar su salud mejorando sus hábitos de alimentación, y que el no hacerlo podría implicar problemas de salud mayores, como en el caso de 1 persona que ha perdido su ojo.

Herencia cultural.

Herencia cultural se entiende como: cualquier intervención no química teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada sobre el enfermo, enferma o el cuidador y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante que incremente la calidad de vida de la persona maximizando su capacidad funcional.[13] Las costumbres sobre el uso de hierbas varían según los grupos etnoculturales. Normalmente, estas hierbas se encuentran en la naturaleza y se emplean como fuente de curación. El modo de empleo varía según los grupos y lugares. Las tradiciones determinan la época del año idónea para su recolección, cómo secarlas y prepararlas, la cantidad y frecuencia de las tomas[14].

''E1. Pues fíjate que, si he tomado remedio, en días pasados me dijo un señor que tomara una mata que se llama ''la pata de cabra'' lo estuve cosiendo y me la tomaba como agua de uso… una señora me dijo que cosiera la mitad de una calabacita, la mita de un pepino, un pedazo de chayote y unas hojas de jitomate y que ese era muy bueno… Estuve tomando las semillas de moringa…para los triglicéridos y el colesterol eso me dijeron"

''E2. Pues las hojas de nim, hago un té con las hojas de guanábana, te de ángel''.

''E1. Por 5 por 5 días lo estuve tomando, masticando 3 hojitas de esa planta de insulina y luego descansaba 3 o 4 días más o repetía 5 días así a completar más o menos los 21 días; la otra planta que también me

recomendaron fue la moringa la parte de la semilla que también la estuve consumiendo''.

El conocimiento de sentido común que constituyen las RS se construye a partir de la comunicación con otros miembros de la comunidad que transmiten la información que ha de servir para el padecimiento de los pacientes de este estudio. Esto permite que las personas actúen de forma particular y derivado de este conocimiento, dando sentido a su conducta[8]. Las RS fungen como un corpus de información organizado y más al alcance para las personas con DT2 que la misma que sea proporcionada por lo médicos que les estén tratando.

Conocimiento

Proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano; dicho proceso está condicionado por las leyes del devenir social y se halla indisolublemente unido a la actividad práctica. El fin del conocimiento estriba en alcanzar la verdad objetiva. En el proceso del conocimiento, el hombre adquiere saber, asimila conceptos acerca de los fenómenos reales, va comprendiendo el mundo circundante. Dicho saber se utiliza en la actividad práctica para transformar el mundo, para subordinar la naturaleza a las necesidades del ser humano. El conocimiento y la transformación práctica de la naturaleza y de la sociedad son dos facetas de un mismo proceso histórico, que se condicionan y se penetran recíprocamente.

Para Platón y Aristóteles el conocimiento se obtiene por vía directa o indirecta, deduciendo nuevos datos de aquellos ya sabidos. Para Santo Tomás de Aquino, máximo representante de la corriente Escolástica, el conocimiento se produce como producto de la combinación de métodos racionales con la fe en un sistema unificado de creencias[15].

''E2. El páncreas deja de funcionar, y es el que produce la insulina, si el páncreas falla, los niveles de azúcar también… entonces yo creo que el 60% del control de la diabetes es la alimentación y con una media hora diario de ejercicio, o caminar, o nadar, la diabetes se controla… es una enfermedad que tienes que convivir con ella hasta que te mueras, que tiene muchos riesgos''.

''E1. Quizás no una información, así como tal porque yo supongo que ellos suponían que yo sabía''.

Descubriendo la existencia

Se denomina reflexión a toda meditación sobre circunstancias, hechos, conceptos, etc., que realiza un individuo voluntariamente a fin de sacar conclusiones sobre ellos. La reflexión es una condición que solo aparece en los seres humanos, en la medida en que se vincula con la capacidad de razonar e indagar cognoscitivamente el mundo exterior y los estados internos de la mente y la sensibilidad. En tanto la reflexión tiene vínculos con la capacidad de

comprender el mundo exterior, fue materia de estudio por la epistemología desde los inicios de la tradición filosófica occidental.

Sin entrar en detalles, puede señalarse que un acto reflexivo intenta formar un mapa de la realidad circundante, intentando comprender las relaciones entre los diversos fenómenos observables. Es por ello por lo que un acto reflexivo intenta formar conocimiento, es decir, elaborar una visión integral de las circunstancias perceptibles, pretendiendo encontrar algunos patrones que den cuenta de regularidades.

> *''E1. Yo creo que es eso principalmente voltear a verse uno mismo y destinarse uno tiempo… creo que el principal problema que tenemos cuando manifestamos un síntoma o una enfermedad es cuando el cuerpo te está reclamando que lo voltees a ver… disfrutar más de los momentos que pudiera llegar a tener por más insignificante que sea''.*

> *''E2. Es que yo pienso que no ocupas tanta ayuda externa, falta mucha concientización de la gente, a que estamos acostumbrados a la comida chatarra, a la comida rápida…''.*

Parte de las incorporaciones de nuevas prácticas que hacen los pacientes, se deja entrever que ahora contemplan más su propia existencia en relación con los demás y con su enfermedad, y que es a partir de su diagnóstico que este cambio aparece.

Sexualidad

Con base en la OMS (2018), la sexualidad es un elemento central del ser humano el cual está presente a lo largo de su vida, involucra el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción; además se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones, puede incluir todas estas dimensiones, sin embargo no todas ellas se experimentan o expresan siempre; es necesario reconocer que la sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales[16].

> *''E2. Las positivas que debes de comer mejor y las negativas pues muchas cosas que vas a perder, tienes el problema de tus ojos, el sexo, pues el problema en tus pies, puedes tener problemas en el cuerpo de obesidad… Pues perdí el ojo izquierdo (hace una pausa) y sexualmente bajas mucho''.*

> *''E1. Por parte de los amigos pueden llegar, en el caso del hombre pueden llegar a ser incluso la parte sexual decir que si tú eres diabético ya no te va, no vas a dar el rendimiento sexual y cosas por el estilo''.*

Dolor

La Internacional Association for the Study of Pain (IASP) (1979) elaboró la definición que más ampliamente se ha adoptado para definir el dolor: "Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño"[17]. años más tarde la IASP (2020) actualiza el concepto y lo plantea como: "Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con un daño tisular real o potencial"[18]. De una manera más práctica y clínica se podría definir como "una experiencia sensitiva desagradable acompañada de una respuesta afectiva, motora, vegetativa e, incluso, de la personalidad"[19]. Dolor es definido por la Real Academia Española (2023), como: "Sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior."[20] Dolor es un término que procede del latín y que señala una sensación molesta, aflictiva y por lo general desagradable en el cuerpo o el espíritu. Puede tratarse, por lo tanto, de una experiencia sensorial y objetiva (el dolor físico) o emocional y subjetiva (el dolor anímico)[21].

El dolor que experimenta cada individuo que lo padece es el resultado de una interacción de múltiples variables biológicas, psicológicas, sociales y culturales[22]. El sufrimiento pleno alcanza su mayor expresión cuando se está ante el sufrimiento moral, por la sencilla razón de que en el padecimiento físico cuando desaparece y ha terminado el dolor, queda una sensación de alivio que se puede incluso transformar en alegría y paz. Cuando la enfermedad atrapa y hunde en la desesperanza al individuo, ahí está el fracaso del alivio y la mordedura estéril de su propio sufrimiento[23].

> *''E2. Entonces yo tomo medicamento para adelgazar la sangre… entonces me empezaron a doler a mí las piernas y yo pensaba que era por la diabetes y no, yo tengo muy delgaditas las arterias de aquí para abajo (señala su rodilla)''.*

> *''E1. Las cosas negativas que tienes, nada más a veces el bullying que algunos amigos y compañeros pueden llegar a hacer''.*

Comparación.

Es un proceso que hace el ser humano a fin de identificar mediante un análisis sensorial los diferentes aspectos que se relacionan o no entre dos o varios objetos. Su principal fundamento consiste en detallar las semejanzas o diferencias que presenten elementos con cierto símil, ya que resulta ilógico realizar una comparación entre dos cosas que no tengan nada en común. La comparación puede ser definida desde un punto de vista muy técnico, sin embargo, tenemos ideas claras de que se trata de un término cotidiano.

> *''E2. tengo muchos amigos que empezaron después que yo con la diabetes, o que se dieron cuenta después que yo que estaban*

diabéticos… pero hay muchos diabéticos que se paran cinco veces en la noche a orinar, a mí no me da sed en toda la noche, y hay gente que sí, hay muchos diabéticos que si toman, yo sé que todos los organismos son diferentes''.

Culpa

El sentimiento de culpa fue definido por Sigmund Freud como la expresión de la tensión existente entre el Yo y el Yo ideal (más tarde el Superyo introyectado), esta definición presupone la existencia de un Yo que se puede objetivar a sí mismo, es decir, ser al mismo tiempo sujeto y objeto de conocimiento[24].

''E2. Más lógico, pero entonces yo sé porque se me subió porque ayer me comí un dulce el pastelito, ¿si me explico?, es ahí donde yo digo que no me cuido en parte que me gustan los postres … si yo dejo que mi azúcar se me suba a 150, 160 o más yo necesito tomar azúcar, siento la ansiedad, es peligroso, pero como que se me antoja más lo dulce, y yo lo sé, y esa costumbre se quita con castigo.''.

Creencias

Puesto que una creencia puede ser verdadera y puede ser falsa, el concepto de creencia involucra la distinción entre lo que es verdadero y lo que se tiene por verdadero: "el concepto de creencia [...] se halla dispuesto para tensar la cuerda entre la verdad objetiva y lo que se considera verdadero, y lo entendemos precisamente en esa conexión"[25]. Comprende la distinción y el contraste potencial entre lo que se tiene por verdadero y lo que es realmente verdadero, entre nuestra concepción subjetiva de las cosas y el modo en que las cosas son en realidad. El siguiente paso es sin duda más controvertido, pues la posesión de creencias requiere la posesión del concepto de creencia y con ello la comprensión de la distinción indicada[25].

''E2. Que no tome cerveza para la diabetes no es buena la cerveza o te hace más mal que el whiskey o el tequila''.

Búsqueda de asistencia médica

Mechanic sugiere que el hecho de que una persona busque o no asistencia médica está basado en 10 factores: (1) visibilidad y reconocimiento de síntomas; (2) la medida en que perciben los síntomas como peligrosos; (3) la medida en la que los síntomas perturban a la familia, el trabajo y otras actividades sociales (4) la frecuencia y persistencia de los síntomas; (5) el nivel de tolerancia de los síntomas; (6) la información disponible, conocimientos y creencias culturales; (7) necesidades básicas que llevan a la negación o al rechazo; (8) otras necesidades que compiten con la respuesta a la enfermedad; (9) interpretaciones conflictivas que pueden darse de los síntomas una vez que han sido reconocidos; (10) disponibilidad de fuentes o recursos de tratamiento, proximidad física y el coste

psicológico y económico de pasar a la acción[26].

Evasión

El reconocimiento de un síntoma, mientras que realmente es una necesidad para motivar la conducta de búsqueda de ayuda, no es por sí mismo suficiente para la definición de una enfermedad; a pesar de los síntomas demoran la asistencia médica[27]. Se conocen casos de pacientes con cáncer que han evitado someterse a pruebas de detección o chequeo debido a su ansiedad ante saber la verdad y verse forzada a enfrentarse con lo que significa tener cáncer[28].

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente trabajo muestra la pertinencia del empleo de la fenomenología social para el análisis de las experiencias de las personas que padecen diabetes mellitus tipo 2, esto pueden plantear consideraciones para el estudio de las experiencias en pacientes que tengan otro tipo de enfermedades crónico-degenerativas.

Otro de los elementos que se puede identificar es el proceso de cambio en los hábitos de salud y cuidado de los pacientes en cuanto a su salud, ejercicio y consumo de alcohol, esto puede ser usado para comprender las RS en dos sentidos: el primero de ellos desde la lógica del conocimiento que se transmite entre las personas sobre la forma de sobrellevar la diabetes con remedios herbolarios y con la alimentación; y el segundo tiene que ver con los aportes que ellos mismos pueden hacer a la RS de una persona con diabetes, pues si bien es cierto, estas orientan la conducta de las personas a partir de la practicidad y la inmediatez de la información disponible, también los participantes pueden hacer aportes a partir de sus propias experiencias[8].

Estas experiencias subjetivas vienen de las vivencias asociadas a la enfermedad y mediadas por el contexto,[4] y de esta manera permiten la transmisión de dichos conocimientos mediante el proceso de comunicación intersubjetiva, esto es, el encuentro con los otros con los que comparte la experiencia de la enfermedad.

Se reconoce que el acompañamiento de enfermería, con personas con DT2, pueden favorecer el fortalecimiento del autocuidado mediante estrategias que consideran los saberes propios, las experiencias y las prácticas de cada individuo, además de promover una comprensión más integral del proceso salud-enfermedad, facilitando el control efectivo de la diabetes, la prevención de complicaciones y la adopción de estilos de vida más saludables.

Agradecimientos

Morfín Ruelas Andrea Lizbeth, Corina Lorely Virgen García, Arellano Aguilar Alondra Wendolin.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Diabetes [Internet]. Ginebra: OMS; 14 de noviembre de 2024. Recuperado de: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

2. Moscovici S. Psicología Social I, Influencia y cambio de actitudes, Barcelona, España: Paidós, 1993.

3. Farr R, Moscovici S (eds). Social Representations. Cambridge, Inglaterra: Cambridge University, 1984.

4. Schütz, A. La construcción significativa del mundo social, Introducción a la sociología comprensiva. Barcelona, España: Paidós, 1932.

5. Ferrater Mora J. Diccionario de Filosofía. Barcelona, España: Ariel, 2018.

6. Berger P, Luckmann T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores, 2008

7. Medina Mendoza EJ, Jiménez Macías IU, Molina Rodríguez, NE. Estudiar a los hombres como sujetos de género: La etnosociología y los grupos generacionales. Estudios sobre las Culturas Contemporáneas 2024; (2): 107–135. Recuperado de: https://doi.org/10.53897/RevESCC.2024.2.04

8. Ibáñez T. Representaciones sociales: teoría y método, En Introducción a la Psicología, Barcelona, España: UOC, 2004.

9. Solano Ruiz MC, Siles González J. Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos, Index de Enfermería 2005; 14(51): 29-33. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300006

10. Lorenzo Díaz JC, Díaz Alfonso H. Estilos y calidad de vida, su vínculo con la depresión en el siglo 21, Rev Ciencias Médicas de Pinar del Rio 2019; 23(2): 170-171. Recuperado de: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=87936

11. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 12 de junio de 2012. Recuperado de: https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion

12. Ortega Ríos FJ. Editorial, Importancia de los cambios de estilo de vida en pacientes con diabetes tipo 2, Diabetes Práctica, 2016; 3-5. Recuperado de: https://www.diabetespractica.com/files/1481274356.2016_suplemento_7-4.pdf

13. Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, del Ser T, Woods B, Beck C, Auer S, Lai C, Spector A, Fazio S, Bond J, Kivipelto M, Brodaty H, Rojo JM, Collins H, Teri L, Mittelman M, Orrell M, Feldman HH, Muñiz R. Eficacia de las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática [Internet]. Dement Geriatr Cogn Disord, 2010; (26): 1-20. Recuperado de: https://www.mariawolff.org/_pdf/fmw-publicaciones-terapias-no-farmacologicas-en-la-ea.pdf

14. Spector RE. Las Culturas de la Salud, Madrid, España: Pearson Educación, 2017.

15. Rosental M, Iudin P, (trad) Dalmacio MB. Diccionario Filosófico Marxista, Santiago, Chile: Editorial Nueva América, 1946.

16. Organización Mundial de la Salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: Un enfoque operativo. [Internet]. Ginebra: OMS; 20 de septiembre de 2017 Recuperado de: https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241512888

17. IASP. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. Pain. 1979;6(3):249. Recuperado de: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/460932/

18. Artacho-Cordón F, Lorenzo Hernando E, Pereira Sánchez A, Quintas-Marqués L. Conceptos actuales en dolor y endometriosis: diagnóstico y manejo del dolor pélvico crónico [Internet]. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. 2023; 50(2): 1-9. Recuperado de: DOI: 10.1016/j.gine.2023.100843.

19. Catafau S. Tratado de dolor Neuropático. Barcelona, España: Panamericana, 2006.

20. Real Academia Española. Dolor [Internet]. Madrid: Real Academia Española; 2025 [citado 2024 agosto 8]. Recuperado de: https://dle.rae.es/dolor

21. Pérez Porto J, Merino M. Dolor - Qué es, definición y concepto. [Internet]. Recuperado de: https://definicion.de/dolor/. 26 de junio 2023

22. Pedrajas Navas JM, Molino González AM. Bases neuromédicas del dolor. Clínica y Salud [Internet]. 2008; 19(3): 277-293. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300002&lng=es

23. Vera, D. J. S. C., & Ramírez, M. B. (2021). Sentido de la vida y del sufrimiento. Apuntes de Bioética, 4(1), 5-22.

24. Tanco Duque R. Sentimiento de culpa y alienación, Revista Colombiana de Psicología [Internet]. 1963; 8(1): 63-66. Recuperado de: https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/32694

25. Davidson D. Inquiries into Truth and Interpretation: Philosophical Essays. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press; 2001.

26. Cockerham W. Medical sociology. New Jersey, Estados Unidos de América: Prentice Hall; 2009.

27. Xin, M., Chan, V. W., Kong, A. P., Lau, J. T., Cameron, L. D., Mak, W. W., & Mo, P. K. (2023). Using the common-sense model to explicate the role of illness representation in self-care behaviours and anxiety symptoms among patients with Type 2 diabetes. Patient education and counseling, 107, 107581.

28. Silva Magaña G. Patrones culturales y estructuras individuales en los entornos profesionales, institucionales y sociales [Tesis doctoral, Universidad de Alicante]. 2011. Observatorio de la producción científica. Recuperado de: https://observatorio-cientifico.ua.es/documentos/5ef67e8029995218d31a482b

ANEXO

1. Buenos días, ¿Cómo se siente el día de hoy?
2. ¿Cómo describiría su estado de salud en el último mes?
3. ¿Qué representa para usted padecer Diabetes Tipo 2?
    a. ¿Qué tanto conoce usted sobre la Diabetes Tipo 2?
    b. ¿Podría expresar algo más sobre la Diabetes Tipo 2?
4. ¿Qué tipo de información a recibido sobre la Diabetes Tipo 2?
    a. ¿Es comprensible la información que se le ha proporcionado?
    b. ¿Qué aspectos de su vida han cambiado a partir de que se enteró de su enfermedad?
5. ¿Qué acciones realiza para mantener controlada su enfermedad?
    a. ¿Siete que su calidad de vida ha mejorado?
    b. ¿En qué o qué tipo de cambio ha generado?
6. ¿En su entorno familiar hay otras personas que padezcan Diabetes Tipo 2?
    a. ¿Presentaron algún tipo de complicación y de que tipo?
    b. ¿Qué recomendaciones le dieron a su familia para el control de su enfermedad? ¿Los siguieron?
    c. ¿Qué hábitos modificó usted a partir de que se enteró que sus familiares presentaron alguna complicación?
7. ¿algo más que considere agregar?