Revista del Nacional (Itauguá)
ISSN 2072-8174 versión impresa
ISSN 2307-3640 version online
Rev. Nac. (Itauguá).2026;18:e1800116
http://dx.doi.org/10.18004/rdn2026.e1800116

Artículo Original

Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2: exploración hermenéutica del impacto en personas adultas y mayores

Diagnosis of type 2 Diabetes Mellitus: a hermeneutic exploration of the impact on adults and older adults

Claudia Troncoso-Pantoja[1,2]
Camila Muñoz-Echeverría[3]
Benjamín Palacios-Lermanda[3]
Fernanda Carrasco-Marín[4]
Miquel Martorell[4,5]

[1]Universidad Católica de la Santísima Concepción, Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública. Concepción, Chile
[2]Universidad Arturo Prat, Vicerrectoría de Investigación y Postgrado. Iquique, Chile
[3]Universidad Católica de la Santísima Concepción, Facultad de Medicina, Carrera de Nutrición y Dietética, Concepción, Chile
[4]Universidad de Concepción, Centro de Vida Saludable. Concepción, Chile
[5]Universidad de Concepción, Facultad de Farmacia, Departamento de Nutrición y Dietética. Concepción, Chile

Editor responsable: Ángel Ricardo Rolón Ruiz Díaz. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Centro Médico Nacional- Hospital Nacional, Departamento de Docencia e Investigación. Itauguá, Paraguay.
Revisor 1: Sandra Soto Valiente . Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Centro Médico Nacional- Hospital Nacional , Departamento de Medicina Interna. Itauguá, Paraguay.
Revisor 2: Nelson Rodrigo González González. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Centro Médico Nacional- Hospital Nacional, Departamento de Medicina Interna. Itauguá, Paraguay.

Autor correspondiente: *Claudia Troncoso-Pantoja. Universidad Católica de la Santísima Concepción, Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública. Concepción, Chile. Correo electrónico: ctroncosop@ucsc.cl*
Artículo recibido: *24 de setiembre de 2025.* ***Artículo aprobado:*** *27 de octubre de 2026*
creative commons *Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de Licencia de Atribución CreativeCommons, que permite uso, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que se acredite el origen y la fuente originales.*
Como citar este artículo: *Troncoso-Pantoja C, Muñoz-Echeverría C, Palacios-Lermanda B, Carrasco-Marín F, Martorell M. Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2: exploración hermenéutica del impacto en personas adultas y mayores. Rev. Nac. (Itauguá). 2026;18:e1800116*

RESUMEN

Introducción: la manera en que se afronta el diagnóstico de una enfermedad crónica está condicionada por significados y valoraciones construidos en el curso de vida.

Objetivo: explorar en la interpretación hermenéutica del impacto del diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), sobre las vivencias experimentadas, los desafíos enfrentados y los patrones alimentarios relatados por adultos y personas mayores.

Metodología: estudio cualitativo de enfoque fenomenológico hermenéutico y alcance exploratorio. Participaron adultos y personas mayores con diagnóstico de DM2. Se utilizó un muestreo cualitativo por conveniencia según saturación de significados. La recolección de datos fue realizada a través de entrevista semiestructurada y la metodología de análisis fue temático reflexivo de Braun y Clarke. Para el logro de una riqueza interpretativa y validez a los hallazgos se realizó triangulación de investigadores. El estudio contó con la aprobación de comité de ética.

Resultados: la percepción del impacto del diagnóstico en las vivencias y los patrones alimentarios permite reconocer una respuesta individual que se basa en la personalidad y el contexto sociocultural. La alimentación, como una de las bases del tratamiento no farmacológico, es comprendida como relevante, pero la continuidad en el tiempo complejiza una gestión adecuada de la enfermedad y sus cuidados.

Conclusiones: el diagnóstico DM2 influye en los significados e interpretaciones que las personas asignaron a su experiencia y comprendieron sus desafíos. Los patrones alimentarios son adaptados, replanteados o mantenidos según las experiencias y circunstancias individuales.

Palabras clave: Diabetes Mellitus Tipo 2; diagnóstico; dieta; investigación cualitativa.

ABSTRACT

Introduction: the way a chronic disease diagnosis is confronted is shaped by meanings and values constructed over the course of one's life.

Objective: to explore, through a hermeneutic interpretation, the impact of a Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) diagnosis on the lived experiences, challenges faced, and reported dietary patterns of adults and older adults.

Methodology: we performed a qualitative study with a hermeneutic phenomenological approach and with an exploratory scope. Participants were adults and older adults diagnosed with T2DM. A qualitative convenience sampling method was used based on the saturation of meanings. Data collection was conducted through semi-structured interviews, and Braun and Clarke's reflexive

thematic analysis was employed as the analytical methodology. Researcher triangulation was performed to enhance interpretive richness and validate the findings. The study received approval from the ethics committee.

Results: participants' accounts showed that perceptions of the impact of the diagnosis on lived experiences and dietary patterns varied according to personality and sociocultural context. While diet was recognized as an important component of non-pharmacological treatment, continuity over time complicates adequate management of the disease and its care.

Conclusions: a T2DM diagnosis influenced the meanings and interpretations individuals attributed to their experiences and the ways they faced the challenges of the disease. Dietary patterns were adapted, modified, or maintained according to individual experiences and circumstances.

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus; Diagnosis; Diet; Qualitative Research.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de una enfermedad crónica se comprende como una variación en las trayectorias vitales de personas que las padecen, que influye, condiciona y direcciona la necesidad de reconocer formas o estrategias para el afrontamiento en esta situación de vida[1]. La regulación emocional y la personalidad orientan la manera de enfrentar y convivir con una enfermedad crónica[2], aunque se debe admitir que, frente a la confirmación clínica de algún padecimiento incurable, se presentan manifestaciones en las dimensiones cognitivas, emocionales, perceptuales y conductuales, como entre otras, ansiedad, miedo o temor a la progresión de la enfermedad, así como la presentación de posibles consecuencias biopsicosociales[3].

La DM2es una de las enfermedades crónicas que presenta un incremento exponencial en la prevalencia a nivel global, resaltando el aumento de personas que la sobrellevan en el continente africano y el sudeste asiático[4]. Estilos de vida saludables son la base para el manejo no farmacológico de esta enfermedad e incluye el realizar actividad física moderada, una dieta suficiente y equilibrada, el mantener un peso corporal adecuado para la talla y evitar conductas de riesgo como, por ejemplo, el hábito tabáquico[5].

Una persona con DM2 debe lidiar entre su comportamiento de vida habitual y el necesario autocuidado multidimensional que conlleva el diagnóstico, que, por lo general, requiere de un enfoque interdisciplinario que acompañe a la persona para las mejores decisiones en sus estilos de vida[6]. Esta necesaria autonomía en el manejo debe estar seguida de habilidades individuales para gestionar la enfermedad, con instancias o espacios de formación en conductas saludables, así como un constante apoyo familiar e interdisciplinar[7].

La dieta, como parte de la terapia en personas con cualquier enfermedad crónica, se comprende como una etapa compleja de adaptación, que considera desde los aspectos nutricionales de las preparaciones culinarias consumidas, hasta la comensalidad o el comer social en ambientes alimentarios domésticos o de restauración[8]. Para su desarrollo, requiere de diversos procesos motivacionales, toma de decisiones individuales y el aprender y reaprender comportamientos alimentarios[9].

Surge entonces una problemática caracterizada por la notable tensión en la toma de decisiones en los patrones de conductas alimentarias y de estilos de vida para la persona con el diagnóstico de DM2.

Desde un análisis subjetivo, la comprensión de esta experiencia sanitaria, emocional, social e individual, cimentó esta investigación, que presenta objetivo el explorar en la interpretación hermenéutica del impacto del diagnóstico deDM2, sobre las vivencias experimentadas, los desafíos enfrentados y los patrones alimentarios relatados por adultos y personas mayores.

METODOLOGÍA

Diseño de estudio y criterios de selección

Para el logro de su objetivo, la investigación respondió a un estudio cualitativo de enfoque fenomenológico hermenéutico.El escenario de estudio consideró espacios físicos, que incluyeron los hogares de participantes o las dependencias del Centro de Vida Saludable de una universidad pública de Chile. La temporalidad en la ejecución de la investigación incluyó los meses de agosto a noviembre del año 2024 y para ser partícipes, los informantes debían ser personas que presentaran el diagnóstico clínico de DM2, con edad de a lo menos 18 años y que residieran en la ciudad de Concepción, Región del Biobío, Chile. A lo anterior, la disponibilidad de su participación se afianzó con la firma del consentimiento informado. En los criterios de exclusión, se protocolizó que personas con diagnóstico de DM2 menor a seis meses no presentarían tiempo suficiente para adaptarse al diagnóstico y su alimentación, esto último si fuese necesario. También se excluirían personas con tratamiento farmacológico con insulina, por su influencia en los patrones alimentarios y percepción de la enfermedad, y personas que hubiesen participado en otras investigaciones en los últimos seis meses. No se excluyó a ningún participante por las razones anteriores. Los participantes entrevistados en el Centro de Vida Saludable (45,5 %) eran usuarios del establecimiento, en cambio, las entrevistas ejecutadas en hogares se realizaron en personas contactadas por equipo investigador, atendidos en centros de salud estatales o consultas médicas privadas.

Se utilizó un muestreo cualitativo por conveniencia, seleccionando participantes que cumplían los criterios de inclusión y exclusión y aceptaban participar voluntariamente. El reclutamiento se realizó mediante usuarios del Centro de Vida Saludable de una universidad pública chilena y personas contactadas por el equipo investigador que recibían atención en consulta médica privada. La suficiencia muestral se evaluó mediante el análisis temático reflexivo Braun y Clarke a las 11 entrevistas, organizadas en ciclos de tres. Tras las primeras nueve entrevistas, se consideró alcanzada la saturación de significados, al no identificarse nuevos significados relevantes para la comprensión del fenómeno. Las entrevistas 10 y 11 permitieron verificar este criterio, al confirmar los significados previamente identificados sin aportar nuevos elementos relevantes.

Como táctica, los datos fueron recolectados por dos estudiantes de último nivel de formación de la carrera de nutrición y dietética, capacitados y acompañados por una nutricionista con formación y experiencia en estudios de enfoque cualitativo en salud.

Una entrevista semiestructurada fue el instrumento para la recolección de los datos, administrado en una ocasión para cada participante. Las entrevistas fueron individuales, presenciales y cara a cara, con una duración promedio de 42 ± 5 minutos. El guion incluyó 12 preguntas abiertas, revisadas por cinco profesionales y sometidas a prueba piloto. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas literalmente por estudiantes capacitados; posteriormente, las transcripciones fueron revisadas por la investigadora principal. Cuando se produjeron interrupciones, la entrevista se retomó desde la última pregunta abordada. No se registraron datos faltantes.

Los datos fueron grabados en aparato móvil (Smartphone), para luego ser transcritos de manera literal, utilizando para esta actividad una herramienta en línea asistida por inteligencia artificial de uso libre (TurboScribe). Esta actividad fue ejecutada por estudiantes que realizaron el trabajo de campo, previa capacitación por parte de la investigadora principal.

Como ordenamiento, se construyó una base de datos que preservó las experiencias de participantes y los propósitos del estudio. El análisis se realizó desde una perspectiva fenomenológico-hermenéutica que buscó comprender los significados atribuidos a las experiencias vividas. Se utilizó el análisis temático reflexivo de Braun y Clarke, conforme a seis fases: familiarización con los datos, generación de códigos iniciales, búsqueda de temas, revisión de temas, definición y nombramiento de temas y, por último, redacción interpretativa. La unidad de análisis correspondió a fragmentos de los relatos con significado relevante para el fenómeno estudiado. Durante la codificación, se identificaron significados vinculados con las experiencias narradas, que luego se organizaron y revisaron en relación con el conjunto de los relatos y los objetivos del estudio. Este proceso interpretativo permitió construir las estructuras de significado finales, considerando el contexto de las experiencias y la reflexividad de los investigadores. Las tablas 2, 3 y 4 presentan

citas ejemplificadoras que ilustran la relación entre los relatos y las estructuras de significado identificadas. Esta actividad fue realizada por investigadora principal y estudiantes colaboradores, de acuerdo con protocolo desarrollado para esta etapa de análisis.

La credibilidad y profundidad de las interpretaciones de las experiencias de participantes, se basaron en la mantención de sus reflexiones y perspectivas de la vivencia del diagnóstico de la enfermedad crónica estudiada y su contextualización con sus patrones alimentarios.

Se mantuvo un rigor y transparencia interpretativa, al develar las experiencias vividas de manera íntegra, reduciendo posibles prejuicios o creencias que el equipo investigador presentara sobre la temática indagada. A lo anterior, se realizó una triangulación independiente de investigadores, lo que entrega una mayor riqueza interpretativa y validez a los hallazgos del estudio.

El equipo investigador, conformado por nutricionistas con formación en investigación cualitativa y gerontología, mantuvo reuniones periódicas para examinar cómo sus concepciones disciplinares sobre alimentación y diabetes podían influir en la interpretación de los datos. Los entrevistadores fueron capacitados en técnicas de entrevista semiestructurada y en el manejo de la relación entrevistador-participante, resguardando respeto, confidencialidad y apertura hacia los relatos. Estas reflexiones fueron registradas y consideradas durante el análisis para favorecer la credibilidad de los hallazgos.

La investigación contó con la aprobación del Comité de Ética Científica de una universidad chilena (ORD. N°35/ 2024), los que aprobaron e hicieron seguimiento del estudio, además de validar el consentimiento informado antes de ser aplicado. En cuanto al rigor y calidad del estudio, este siguió las directrices de *Standards for Reporting Qualitative Research* (SRQR).

RESULTADOS

La comprensión interpretativa y reflexiva del fenómeno estudiado se obtuvo con la participación de 11 personas. La Tabla 1 presenta los datos sociodemográficos de los participantes. La edad promedio de participantes fue de 63,5 años (± 8,2). El 54,5 % fueron hombres; el valor de la ponderación se replica para el número de personas por sobre 60 años y para el nivel educacional superior. El tiempo medio de diagnóstico de DM2 fue de 11,1 años (± 9,6).

Tabla 1: Antecedentes sociodemográficos de participantes

Entrevista	Edad	Sexo	Estado civil	Nivel educacional	Años de diagnóstico de la enfermedad
E1	74	Masculino	Casado	Universitario	34
E2	66	Masculino	Casado	Universitario	20
E3	57	Femenino	Casado	Media completa	9
E4	73	Femenino	Casado	Universitaria	9
E5	73	Masculino	Casado	Universitaria	9
E6	60	Masculino	Divorciado	Universitario	14
E7	72	Femenino	Viudo	Básica incompleta	15
E8	57	Femenino	Casado	Media completa	5
E9	54	Masculino	Casado	Técnico	1
E10	54	Femenino	Soltero	Técnico	1
E11	58	Masculino	Divorciado	Universitario	5

Diagnóstico de DM2 y patrones alimentarios: significados de su experiencia

Los relatos muestran experiencias diversas frente al diagnóstico de DM2. Los antecedentes familiares y las experiencias previas aparecieron junto con emociones como negación, tristeza o enfado. Los participantes describieron el diagnóstico como una situación de vida, no necesariamente como una ruptura dramática, y refirieron distintas estrategias frente a él: adaptación, aceptación o negación. Antes del diagnóstico no se identificaron acciones preventivas de autocuidado alimentario. Tras la confirmación clínica, los participantes declararon cambios en su alimentación, como el reducir grasas o azúcares de absorción rápida. Los patrones alimentarios se modificaron en horarios, volúmenes, densidad energética y selección de alimentos (Tabla 2). Algunos participantes refirieron dificultades específicas, como abandonar la frecuencia de comidas o controlar el consumo de dulces.

Tabla 2: Ejemplos de citas sobre la alimentación en el contexto del diagnóstico de DM2 según estructura de significados y código inicial

Estructura de significados	Cita ejemplificadora	Código inicial
Diagnóstico de DM2	"No me preocupé mucho, sin ninguna preocupación, de hecho, nunca me ha afectado" [Entrevista 1]	Ausencia de preocupación ante el diagnóstico.
	"Fue como negación...porque sabía que todo era iba a ser no en mi vida desde partir, o sea, desde el momento que me dijeron que tenía diabetes... Yo sabía que ahora venían puros no en la alimentación, no puede hacer esto., no, no comas esto no, no, no, no, no" (SIC) [Entrevista 3]	Percepción de restricciones asociadas al diagnóstico.
	"Más o menos lo presentía, sabía, porque tuve diabetes gestacional cuando tuve a mi hijo, ahí tengo antecedentes familiares, mi papá también; era esperado" [Entrevista 10]	Anticipación del diagnóstico por antecedentes previos.
Alimentación post diagnóstico de DM2	"Mi alimentación era... bueno comía harto… (risa). Bueno y no me preocupaba que, o sea, como no tenía conocimiento de que podía haber tenido diabetes, entonces no me preocupa de lo que comía, entonces era con azúcar, que ... cosas así, la verdad que no me preocupé" (SIC) [Entrevista 2]	Escasa preocupación por la alimentación antes del diagnóstico.
	"Normal, igual que ahora no ha cambiado mucho" [Entrevista 9]	Percepción de continuidad de los hábitos alimentarios.
	"Malísima, mucha comida chatarra eso fue creo y el cigarrillo, que eso fue lo que detonó todo" [Entrevista 11]	Reconocimiento de hábitos alimentarios poco saludables.
	"Desde que me diagnosticaron en la diabetes del 2015 con la pastilla engordado más, con la metformina. En cuanto a los alimentos dejé de comer dulce y grasas" [Entrevista 4]	Restricción de determinados alimentos después del diagnóstico.
	"Ahora me cuido, de lo que comía antes, ahora como en menos cantidad, porque yo como, por ejemplo, como después de las ocho de la noche; en la noche de amanecida me viene un reflujo, así que con eso quedo tranquilo, comiendo más temprano" (SIC) [Entrevista 5]	Modificación de cantidades y horarios de alimentación.
	"No, como siempre de todo, las legumbres, lo que no como mucho es el arroz y los tallarines, pero así los calditos me gustan, las cazuelas, todas esas cosas" [Entrevista 7]	Percepción de continuidad en la alimentación.
	"Bueno igual soy un poquito desordená, pero lo que no como son grasas, no como grasas, esas cosas, tanto pan, pero si el dulce me cuesta controlarlo" (SIC) [Entrevista 8]	Dificultades para modificar algunos hábitos alimentarios.

Percepciones sobre dificultades y adaptaciones en la dieta

Los participantes refirieron más dificultades que facilidades para llevar a cabo su dieta (Tabla 3). Los tiempos y horarios de alimentación surgieron como dificultades, al igual que mantener una frecuencia alimentaria y reducir los volúmenes de las preparaciones. Los participantes también señalaron que el entorno alimentario dificulta la selección de alimentos más saludables y describieron la comunicación de profesionales sanitarios como insuficiente para realizar una dieta acorde a sus necesidades (Tabla 3). Respecto a las adaptaciones, los participantes describieron modificaciones en el tamaño de las porciones y en las técnicas culinarias de preparaciones habituales, junto con ajustes en tiempos y horarios de alimentación. Algunos mencionaron los sellos "Altos en" como referencia para seleccionar alimentos (Tabla 3).

Tabla 3: Percepciones de dificultades y adaptaciones en la dieta según estructura de significados y código inicial

Estructura de significados	Cita ejemplificadora	Código inicial
Dificultades para realizar la dieta	"Mira yo a lo largo de todo este tiempo tuve muy mala experiencia con tus colegas [nutricionista], porque en tres oportunidades tuve nutricionista que después ya no lo fui a ver más, porque lo que te comentaba antes "todo era, no y no era un no", porque puedes reemplazarlo por esto por aquí o empecemos por acá, sino que no era al tiro inmediatamente, no o sea, "tú no puedes comer más pan"... una cosa así "tú no puedes comer" entonces y te entregaron una tremenda dieta...¿ya? tremenda, pero nadie se sienta a decir por qué o "puedes hacer esto y lo puedes complementar" ¿me entendiste? sino que te entregaban la hoja esa y que apenas se notaba y con un no. Entonces en lo personal a mí cuando me dicen, no, yo me cierro...a pesar de que yo sé que era por mi bien, pero era una cuestión que no me gusta, entonces prácticamente nunca hice caso a las dietas" (SIC) [Entrevista 3]	Rechazo de indicaciones nutricionales percibidas como restrictivas.
	"Sigo igual, al principio comía cada 4 horas y después no. Me rendí" [Entrevista 4]	Abandono de las modificaciones alimentarias.
	"Casi todos los días hijo, claro, todo procesado. En el fondo todos los alimentos. Todo, todo lo que tú compras en el supermercado son procesados [ultraprocesados]" (SIC) [Entrevista 1]	Persistencia del consumo de alimentos procesados.
	"Algún cambio no, no, porque como lo que es necesario. Por el asunto de la diabetes que hay que estar comiendo cada 4 horas, pero te imaginai estar comiendo cada 4 horas, estaría, pero fiuu [haciendo el gesto de estar obesa], o sea me tentaré con muchas cosas, pero no, tomo mi desayuno, después el almuerzo y después la once [merienda], nada más y siempre ha sido así" (SIC) [Entrevista 8]	Resistencia a modificar los horarios y la frecuencia de alimentación.
	"…tengo que comer más seguido y lo que si me doy cuenta, que muchas veces, cuando no tomo liquido o no como algo durante el mediodía, me siento, así como cansado; ese es el único problema que tengo con esto de la diabetes, que tengo que comer seguido y poco; tomo más líquido también" (SIC) [Entrevista 11]	Percepción de malestar asociada a la alimentación y la hidratación insuficientes.
Adaptaciones a la dieta	"…se come menos pero más seguido, con mayor frecuencia; uno vive con hambre" [Entrevista 1]	Aumento de la frecuencia de comidas y percepción de hambre.
	"Yo antes hacía pescado frito*, al mal el tiempo sopaipillas**, todas esas cosas comían, y otras cosas fritas, toda esa cosa yo… y ahora no, ahora hace tiempo tengo ganas de comer pescado frito, pero no, es cosa de no comer tan seguido, uno puede comer así a la plancha puede ser, pero no, no es igual, me gusta con masita, pero ahí queda harto aceite pegado" (SIC) [Entrevista 7]	Modificación de las técnicas de preparación de alimentos.
	"Emm...restringida, no incorporo alimentos como estos malos, no comer alimentos con azúcar, menos gaseosas, nada de bebidas" [Entrevista 4]	Restricción de alimentos y bebidas azucaradas.
	"Me cuido de comer tarde ahora también rara vez me voy a servir un trozo de carne asada con arroz con papas cosas así porque sé que no es buena la combinación, entonces trato de comer alguna ensalada. Siempre verde, ojalá" [Entrevista 6]	Selección de alimentos percibidos como más saludables.
	"… ahora yo leo las etiquetas; si veo que tiene mucho sodio, que tiene mucho ingrediente, trato de no comerla y si como poquito menos de lo que comía antes" [Entrevista 10]	Uso de etiquetas nutricionales para orientar la selección de alimentos.
	"Si, como menos. Como de todo, un poco de cada cosa; lo mismo que antes, solo que menos porción" [Entrevista 5]	Reducción de las porciones sin excluir alimentos.

Diagnóstico de DM2: desafíos en la gestión de la enfermedad y la adaptación de patrones alimentarios

La Tabla 4 presenta ejemplos de citas de discursos en donde se visualizan desafíos de convivencia que representan inquietud o alertas para la gestión de la enfermedad y una adaptación de patrones alimentarios a corto y mediano-largo plazo (cinco años).

Se exterioriza un pensamiento recurrente de temor o ansiedad frente a lo que sucederá, generando una preocupación vivencial que se comprende como una futura amenaza a su bienestar integral. Este sentir mayoritario de participantes, presenta discrepancia con personas que visualizan y piensan que el padecer DM2 no es una situación que les debe generar preocupación en su actual etapa de vida (Tabla 4).

Tabla 4: Diagnóstico de DM2 y desafíos en la gestión de la enfermedad y la adaptación de patrones alimentarios

Estructura de significados	Cita ejemplificadora	Código inicial
Desafíos derivados del diagnóstico de enfermedad a corto plazo	"Preocupación nomás, por lo que pueda pasar más adelante" [Entrevista 4]	Preocupación por las posibles consecuencias futuras.
	"Ninguno, normal nomás, vivo normal. No ando achacoso [preocupado]" [Entrevista 5]	Percepción de ausencia de preocupación inmediata.
	"No tengo. Más que la diabetes, yo como que le tengo más miedo a la hipertensión. Porque la hipertensión no sé, te puede generar un paro; una se ve un paro cardíaco o el famoso ACV que también está de moda hoy día" [Entrevista 6]	Mayor preocupación por las complicaciones de otra enfermedad crónica.
	"El controlarme, porque sé que tengo que controlarme con el asunto de la comida, porque sé que hay un minuto y ya digo, no, no, es que no puedo, o sea, ta bien, ya comí esto y esto otro, y ya, es como una frustración que tienes que frenar" (SIC) [Entrevista 8]	Frustración ante la necesidad de controlar la alimentación.
	"La azúcar procesada, si porque yo era fanático de los dulces, o sea, entre un asado y una torta [pastel], yo prefería la torta" (SIC) [Entrevista 11]	Dificultad para restringir el consumo de dulces.
Desafíos derivados del contexto de su enfermedad a largo plazo	"Igual como ahora no, no, no me proyecto ni peor ni mejor, o sea, mejorar, no, porque uno no va a mejorar de esto" [Entrevista 1]	Ausencia de expectativas de cambio en la evolución de la enfermedad.
	"Yo espero que cada vez vaya siendo menor, o sea, que yo cada vez tenga menos diabetes, mis niveles vayan bajando. Ahora como lo puedo ayudar, con más verduras cierto, no sé si tanta fruta porque la fruta igual tiene una cantidad importante de glucosa" [Entrevista 2]	Expectativa de mejorar el control glucémico mediante la alimentación.
	"Wow, lo he pensado. Mira, si no me… pero yo creo que va a ser peor. Porque no logro. Sé que si yo bajo de peso puedo revertir la enfermedad. Pero me ha costado harto, entonces creo que la única solución sería esa" [Entrevista 3]	Percepción de un pronóstico desfavorable asociado a dificultades para bajar de peso.
	"Como voy, normal. Sin ninguna proyección de enfermedad o como que me vaya a pasar algo...no voy a empeorar, porque me mantengo. Mi azúcar más alta ha sido de 180, así que normal" [Entrevista 4]	Expectativa de estabilidad de la enfermedad.
	"yo me proyecto bien si me sigo cuidando, en sentido de llevar una vida más sana. Cumplir con cumplir con mis medicamentos diariamente y en general ya una vida más sana lo que quiero hacer y no lo hago de flojo. Yo hace 6 años atrás más o menos dejé de ir a un gimnasio que tengo cerquita de a dos cuadras de mi departamento y dejé de ir porque no de repente uno llega a muerto, es muy estresante yo trabajo hasta las 6:30 de lunes a jueves. Pero quiero retomar eso, entonces mi proyección sería positiva" [Entrevista 6]	Expectativa de evolución favorable asociada al autocuidado.

La Tabla 4 presenta citas sobre preocupaciones y expectativas de los participantes respecto a su enfermedad y alimentación, a corto y largo plazo. Varios participantes expresaron temor o preocupación por lo que pueda ocurrir en el futuro, mientras que otros señalaron no sentir preocupación por la DM2 en su etapa actual (Tabla 4). Los participantes refirieron dificultades para adaptar su dieta y seguir las pautas alimentarias. Algunos expresaron frustración ante la dificultad

de mantener los cambios alimentarios en el tiempo, y otros señalaron que la disponibilidad de alimentos ultraprocesados dificulta su alimentación (Tabla 4). Un participante mencionó que prioriza otra enfermedad crónica por sobre la DM2. Respecto al futuro, algunos no esperaban cambios en su situación actual, mientras que otros creían que la DM2 disminuiría o desaparecería, y algunos mencionaron la intención de mantener cuidados en alimentación, actividad física y control de su enfermedad (Tabla 4).

DISCUSIÓN

Los hallazgos descriptivos permiten interpretar que el impacto del diagnóstico de DM2 en las vivencias, los desafíos y los patrones alimentarios de adultos y personas mayores se configura de manera individualizada, según la personalidad y el contexto sociocultural de cada persona. Esta experiencia biopsicosocial genera emociones diversas que se adaptan o modifican a lo largo de la enfermedad, en donde el diagnóstico no se significó necesariamente como ruptura dramática, sino como situación de vida. La alimentación, aunque reconocida como base del tratamiento no farmacológico, enfrenta dificultades de continuidad asociadas a la adaptación de nuevos patrones alimentarios, lo que complejiza la gestión de la enfermedad y sus cuidados.

Los resultados coinciden con estudios previos[10, 11] que identifican brechas para implementar un plan dietético: información limitada, escaso consumo de preparaciones caseras y rechazo a modificar el estilo de vida. Puder *et al.*[12] ya advertían barreras en pacientes y equipo sanitario, entrelazando creencias, frustración y falta de conocimientos. Para mejorar la adherencia, Cheng *et al.*[13]proponen un cuidado centrado en la persona, adaptado a sus necesidades y subjetividad.

Frente al diagnóstico de una enfermedad crónica, las personas procesan cambios físicos, cognitivos y emocionales, alterando sus relaciones sociales y sus historias de vida[14]. Participantes del estudio presentaron afectaciones emocionales de rechazo o ansiedad frente al diagnóstico, aunque este pensar no es colectivo en este grupo, ya que para algunos participantes era una situación esperada, debido a sus antecedentes familiares. El estudio de Mendoza *et al.*[15] entrega una notable reflexión sobre el rol de la personalidad en las conductas presentadas por personas con DM2, catalogando identidades más sociables y abiertas con una mejor aceptación al autocuidado o personas con temperamento tendiente al neuroticismo, por lo que el gestionar su enfermedad se complejiza. Por lo expuesto, la reacción de participantes frente al diagnóstico de DM2 está supeditada a las representaciones sociales y las articulaciones que estas propician de sus respectivas realidades. En este contexto, la dieta destinada a una persona con esta enfermedad tiende a percibirse como una barrera restrictiva, en la que se entremezclan factores culturales, emocionales e incluso económicos[16].

El diagnóstico de DM2 genera un punto de inflexión en la alimentación de participantes, con modificaciones a sus patrones alimentarios más clásicos, los que, sin embargo, no están exentos de dificultades para su aplicación. Modificaciones de hábitos o patrones alimentarios no se consiguen solo con la voluntad individual, ya que somos seres sociales y se requieren de redes de apoyo que sustenten los primeros momentos de adaptación alimentaria[17]. Comprender la necesidad de adecuar o mejorar los estilos de vida al confirmar el diagnóstico clínico, es una constante pugna que genera estrategias para no ser reconocidos en incumplimiento de patrones alimentarios lo que es un proceso lento y frustrante[18].Los discursos reconocen modificaciones en tiempos y horarios de comidas, así como en la calidad nutricional de alimentos consumidos, aunque estas acciones no son plenamente racionalizadas por los propios participantes.

La modificación en estilos de vida forma parte del seguimiento sociosanitario, y la forma en que se recibe la intervención alimentaria puede acercar o alejar a la persona de su autocuidado. La literatura coincide en la motivación, el fortalecimiento de conocimientos previos y las oportunidades sociales como claves para estilos de vida saludables[19, 20].

Los desafíos, dificultades y proyecciones de vida asociados a la DM2 se mencionan con diversos matices en los análisis discursivos, donde las emociones negativas respecto al futuro se vinculan nuevamente con la enfermedad, aunque se identifica la necesidad de adaptar la alimentación a un estilo de vida que permita su control. El temor a la enfermedad se acompaña de ciertas dificultades de autorregulación en patrones alimentarios, lo que profundiza algunas emociones. Interpretaciones de los resultados de estudio de Unni *et al*.[21]direccionan a que el control de la enfermedad por parte de los pacientes, está condicionadas por la autoconfianza y el tipo de estrategia y locus de control. Por otra parte, personas con un nivel educativo más bajo tienden a seguir de manera más estricta las indicaciones de tratamiento que aquellas con educación superior, quienes se autoperciben competentes para establecer las reglas que guían su gestión de la enfermedad[21]. Esto último si bien, no está en sintonía con los resultados del estudio, podría dar directrices de las respuestas de participantes del estudio, considerando que sobre el 70% de participantes presentaba educación universitaria o técnica. El autocontrol actúa como “puente” o “barrera” en ocasiones para personas con alguna enfermedad crónica, así como lo son las decisiones que se resuelven de manera autónoma o desde un grupo social para el tratamiento farmacológico o no farmacológico o también, de estilos de vida[22].

La natural diversidad de opiniones de participantes del estudio, relacionado con la mantención o adaptación de hábitos de vida y patrones alimentarios, refuerza el hecho de que la educación y solo la aceptación de la enfermedad, son insuficientes para un adecuado control. Aunque ya es conocido

desde hace tiempo la necesidad de un enfoque biopsicosocial para convivir de manera adecuada con enfermedades crónicas[23], los relatos de participantes invitan a reflexionar y replantear las estrategias usadas en la práctica clínica y colectiva para el fin de los propósitos de acompañamiento terapéutico. Participantes mencionan la necesidad de modificar conductas y patrones alimentarios, aunque en la práctica, se presentan actuaciones que no responden a los lineamientos de una alimentación saludable. Esto limita el logro de un punto de encuentro entre la comprensión del paciente (y su familia o comunidad) y el profesional que apoya su tratamiento sanitario.

Como equipo, queremos destacar dos aspectos de los hallazgos que, si bien no representan al pensar colectivo, merecen una reflexión detallada. El primero se refiere al rol de las acciones y actitudes del equipo sanitario. Desde la interpretación de los relatos, restringir el consumo de algunos alimentos fue un factor detonante para mantener, mejorar o limitar los patrones alimentarios. De allí se desprende que una mirada interdisciplinar es esencial para acompañar a la persona con DM2 hacia su autocuidado, y que los profesionales del área deberían desarrollar competencias en comunicación efectiva desde el modelo centrado en la persona, valorando aspectos objetivos y subjetivos del usuario y su entorno cercano[24]. Las modificaciones o mantenciones en el estilo de vida entremezclan contextos socioculturales y decisiones particulares, pero acciones asertivas de orientación sanitaria pueden marcar diferencias en la gestión de la enfermedad, en especial en pacientes altamente motivados a convivir de manera natural con ella. Según Carlsund *et al*.[25], a partir de los relatos de profesionales sanitarios, una buena coordinación y un manejo longitudinal de la atención permitirían mejorar los resultados en los usuarios, desde un enfoque educativo lúdico y orientado a generar vínculos en la comprensión y transmisión del mensaje. Esto excluye posturas prohibitivas y prescriptivas, que tienden a generar culpa, miedo y distanciamiento en el usuario.

El segundo aspecto se refiere a la esperanza como estrategia de afrontamiento. Algunos participantes confiaban en que la enfermedad "desaparezca". La esperanza actúa como estrategia de afrontamiento en enfermedades crónicas[26], lo que exige una comunicación y educación alimentaria acorde a la realidad del usuario, y modificaciones en el estilo de vida interpretadas como desafío y no como amenaza[27].

La dieta como terapia debe ser co-construida de manera colaborativa y con metas realistas, desde un enfoque de derechos, sin espacios para abordajes prescriptivos e informativos y que, por lo mismo, aflore una conexión interpersonal, el diálogo y la valoración de aspectos de la vida cotidiana como los patrones alimentarios, el ocio y el conocimiento popular[28].Comprendido desde la Teoría de la Autodeterminación, la calidad del acompañamiento, entendido como el apoyo a la autonomía, la competencia y la conexión interpersonal, desplaza a la cantidad de atenciones,

porque son precisamente esas condiciones relacionales las que permiten internalizar y sostener la motivación para el cambio dietético en diversas enfermedades crónicas[29, 30].

Como limitaciones del estudio, estos resultados no son fácilmente generalizables a otras comunidades, lo que condiciona la aplicación en otros contextos territoriales. El muestreo por conveniencia y la composición de la muestra, mayoritariamente con educación técnica o universitaria y en parte vinculada a un programa universitario de vida saludable, pudieron introducir sesgo de selección hacia perfiles más motivados y con mejor acceso a atención. Los datos provienen exclusivamente de relatos autorreferidos, por lo que pudieron estar sujetos a sesgo de memoria, dado el amplio rango de tiempo de diagnóstico (1 a 34 años), y de deseabilidad social. Los hallazgos reflejan significados y percepciones, no la ingesta real, y su transferibilidad a otros contextos debe considerarse con cautela, no obstante, se visualizan como una oportunidad y hasta necesidad de profundización, utilizando metodologías complementarias como el diseño mixto de investigación, en diversos contextos sociales y culturales de participantes.

CONCLUSIONES

El estudio mostró que el diagnóstico de DM2 impacta de manera individualizada en las vivencias, los desafíos y los patrones alimentarios de adultos y personas mayores. Las reacciones frente al diagnóstico variaron según la personalidad, los antecedentes familiares y el contexto sociocultural. Los patrones alimentarios se modificaron, adaptaron o mantuvieron tras la confirmación clínica, aunque los participantes reconocieron más dificultades que facilidades para sostener la dieta en el tiempo.

Esto sugiere que la práctica debería transitar desde enfoques prescriptivos hacia un acompañamiento centrado en la persona, que considere la subjetividad, el contexto sociocultural y las redes de apoyo. La dieta como terapia requiere co-construirse con metas realistas, fortaleciendo la motivación autónoma y la conexión interpersonal más que la entrega de indicaciones. Ello implica incorporar competencias de comunicación efectiva en la formación de profesionales de salud.

AGRADECIMIENTOS

A todos los participantes del estudio, así como a médicos, nutricionistas y otros profesionales que aportaron a una mejor comprensión del objeto de estudio.

Declaración de contribución de autores:

Troncoso-Pantoja C: aportes a la concepción y diseño de la investigación, obtención de resultados, análisis e interpretación de datos; redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito y aprobación de su versión final.

Palacios-Lermanda B y Muñoz-Echeverría C: concepción y diseño de la investigación, recolección de datos, análisis e interpretación de datos, revisión crítica del manuscrito y aprobación de su versión final.

Carrasco-Marín F y Martorell M: revisión crítica del manuscrito y aprobación de su versión final.

Los autores están en pleno conocimiento del contenido del manuscrito y autorizan su publicación en la Revista del Nacional (Itauguá).

Conflicto de interés

Los autores declarar no presentar conflictos de interés para el desarrollo de la investigación.

Fuente de financiamiento

El estudio fue autofinanciado por el equipo ejecutor.

Declaración de uso de Inteligencia Artificial

Durante la preparación de este manuscrito, los autores emplearon TurboScribe, versión de acceso libre (TurboScribe LLC), con el propósito de realizar la transcripción literal (verbatim) de las entrevistas, es decir, la conversión de audio a texto. Los autores supervisaron y editaron en todo momento el resultado generado y asumen plena responsabilidad por el contenido de esta publicación. Así mismo, declaran no haber usado información sensible de los participantes en ningún modelo de Inteligencia Artificial.

Disponibilidad de datos y materiales

El conjunto de datos subyacente a este artículo y el dictamen del Comité de Ética están disponibles en el repositorio abierto Figshare: https://doi.org/10.6084/m9.figshare.33511501, bajo los términos de Licencia Creative Commons Atribución 4.0Internacional (CC-BY 4.0)

Nota del editor jefe

Todas las afirmaciones expresadas, en este manuscrito, son exclusivamente las de los autores y no representan necesariamente las de sus organizaciones afiliadas, ni las del editor, los editores responsables y los revisores. Cualquier producto que pueda ser evaluado en este artículo, o afirmación que pueda hacer su fabricante, no está garantizado ni respaldado por el editor.

REFERENCIAS

1. Nielsen MH, Jensen AL, Pedersen ML, Seibæk L. Living with chronic obstructive pulmonary disease or type 2 diabetes in Greenland - a qualitative interpretive description study. Int J Circumpolar Health. 2024; 83(1):2296706. doi: 10.1080/22423982.2023.2296706

2. Giuseppe MD, Spatola C, Merlo EM, Silvestro O, Giorgianni CM, Juli G, *et al*. Research advances in clinical psychology of chronic diseases. Psychiatr Danub. 2025;37(Suppl 1):56-62. Disponible en: https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol37_noSuppl%201/dnb_vol37_noSuppl%201_56.pdf

3. Sharpe L, Michalowski M, Richmond B, Menzies RE, Shaw J. Fear of progression in chronic illnesses other than cancer: a systematic review and meta-analysis of a transdiagnostic construct. Health Psychol Rev. 2023;17(2):301-320. doi: 10.1080/17437199.2022.2039744

4. GBD 2021 Diabetes Collaborators. Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet. 2023;402(10397):203-234. doi: 10.1016/S0140-6736(23)01301-6

5. Tegegne BA, Adugna A, Yenet A, Yihunie Belay W, Yibeltal Y, Dagne A, *et al*. A critical review on diabetes mellitus type 1 and type 2 management approaches: from lifestyle modification to current and novel targets and therapeutic agents. Front Endocrinol (Lausanne). 2024;15:1440456. doi: 10.3389/fendo.2024.1440456

6. Romadlon DS, Tu YK, Chen YC, Hasan F, Kurniawan R, Chiu HY. Comparative effects of diabetes self-management programs on type 2 diabetes clinical outcomes: a systematic review and network meta-analysis. Diabetes Metab Res Rev. 2024;40(6):e3840. doi: 10.1002/dmrr.3840

7. Maina P, Pienaar M, Reid M. Self-management practices for preventing complications of type II diabetes mellitus in low and middle-income countries: a scoping review. Int J Nurs Stud Adv. 2023;5:100136. doi: 10.1016/j.ijnsa.2023.100136

8. Elesbão TN, Juzwiak CR. The diagnosis of celiac disease as a turning point in food choices and new foodways. Soc. Cult. 2024; 27: e77467. doi: 10.5216/sec.v27.77467

9. Long T, Zhang Y, Wu Y, Xing P, Zhang Y, Li M. Food choice decision-making profiles and health outcomes in adults with Type 2 Diabetes and overweight/obesity: a cluster analysis. Am J Health Promot. 2026;40(2):235-239. doi: 10.1177/08901171251371447

10. Rodrigues ES, Bezerra ENC, Sousa LRB, Pereira IC, Monte ZLO, Macedo JL, *et al*. Fatores que dificultam a adesão à terapia nutricional em indivíduos com diabetes mellitus tipo 2: uma revisão integrativa. Rev Bras Obes Nutr Emagrec. 2024; 18(112):143-51.

11. Casaña Mohedo J, Murillo-Llorente MT, Palau Ferre A, Faus M, Gómez Taylor B, Esteve Claramunt F, *et al*. Nutritional needs, dietary knowledge, and culinary skills in individuals with Diabetes Mellitus: a scoping review. Adv Nutr. 2026;17(5):100627. doi: 10.1016/j.advnut.2026.100627

12. Puder J, Keller U. Quality of diabetes care: problem of patient or doctor adherence? Swiss Med Wkly. 2003;133(39-40):530-534. doi: 10.4414/smw.2003.10290

13. Cheng Z, Xiao Q, Xu Y, Tan L, Qu W, Shen W, *et al*. Effectiveness of patient-centred care in self-management of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. BMC Health Serv Res. 2025;25(1):613. doi: 10.1186/s12913-025-12539-6

14. Ades R, Evans J, Heath J. What does qualitative evidence tell us about how having a diagnosis of type 1 diabetes mellitus impacts an individual's identity? a systematic review. J Health Psychol. 2026; 31(3):983-1000. doi: 10.1177/13591053251362032

15. Mendoza G, Rodríguez Y, Domínguez C, Juárez-Medina L, Villa-Rueda A, González-Ramírez J, *et al*. Personality traits and self-care behaviors in adults with type 2 Diabetes Mellitus. Diabetes Metab Syndr Obes. 2022; 15:1-6. doi: 10.2147/DMSO.S340277

16. Mohamed S, Thomas A, Masnoddin M, Rumaling MI, Salag MSS. The intersection of ethnocultural identity and glycemic management: a qualitative synthesis of dietary constructions among individuals with uncontrolled diabetes in asia. Int Rev Multidiscip Res. 2026;1(9):337-350. doi:10.67167/vertex.692

17. Rigby R, Williams L, Mitchell L, Ball L, Hamilton K. Understanding dietary behaviour change after a diagnosis of diabetes: a qualitative investigation of adults with type 2 diabetes. PLoS One. 2022; 17(12): e0278984. doi: 10.1371/journal.pone.0278984

18. Bekken T, Ottesen N, Glenton C, Nordheim LV. What motivates people with type 2 diabetes to maintain lifestyle changes and what challenges do they experience? a qualitative evidence synthesis. PLoS One. 2025; 20(9): e0332276. doi: 10.1371/journal.pone.0332276

19. McClinchy J, Dickinson A, Wills W. Do peer support groups facilitate nutrition information practice and nutritional self-management in people living with Type 2 Diabetes? J Hum Nutr Diet. 2025; 38(6): e70158. doi: 10.1111/jhn.70158

20. Bendixen BE, Wilhelmsen-Langeland A, Lomborg K, Måkestad E, Skogheim TL, Schønberg A, *et al*. Experiences with a Novel Micro-Choice-Based Concentrated Group Intervention for people with Type 2 Diabetes: a qualitative study. Sci Diabetes Self Manag Care. 2025; 51(1):36-46. doi: 10.1177/26350106241304422

21. Unni EJ, Young C, Rath TJ, Beverly EA. Navigating a new reality—exploring unmet psychosocial needs in adults newly diagnosed with Type 2 Diabetes. Diabetes. 2025;74(Suppl 1):616-P. doi: 10.2337/db25-616-P

22. Demir Çam S, Uzun S. Disease burden and symptom management in type 2 diabetic patients: a phenomenological study. Public Health Nurs. 2024;41(6):1291-1301. doi: 10.1111/phn.13404

23. Khazew HR, Faraj RK. Illness acceptance and its relationship to health-behaviors among patients with type 2 diabetes: a mediating role of self-hardiness. Curr Probl Cardiol. 2024;49(8):102606. doi: 10.1016/j.cpcardiol.2024.102606

24. Al Mahrouqi AS, Mallinson RK, Oh KM, Weinstein AA. Patients' and nurses' perceptions of diabetes self-management in oman: a qualitative study. Int J Environ Res Public Health. 2022; 19(11):6929. doi: 10.3390/ijerph19116929

25. Carlsund Å, Hörnsten Å, Hoosen F, Amoah S, Otten J. Supporting change in a complex reality: a qualitative study of specialist nurses' perceptions of counselling patients at risk of type 2 diabetes. Int J Nurs Stud Adv. 2026; 11: 100607. doi: 10.1016/j.ijnsa.2026.100607

26. Buichia-Sombra FG, Guerrero-Castañeda RF, Lara-Ponce E. Experience of living with type 2 diabetes in adults: systematic review of phenomenological studies. Cult Cuid. 2024;(69):47-66. doi:10.14198/cuid.22596

27. Lekha PPS, Azeez EPA. Psychosocial facilitators and barriers to Type 2 Diabetes management in adults: a meta-synthesis. Curr Diabetes Rev. 2024;20(8):110-123. doi: 10.2174/0115733998283436231207093250

28. Neri L, da Silva E. Editorial: Health education and type 2 diabetes. Front. Nutr. 2023;10:1325517. doi: 10.3389/fnut.2023.1325517

29. Sarfo JO, Obeng P, Kyereh HK, Ansah EW, Attafuah PYA. Self-Determination theory and quality of life of adults with diabetes: a scoping review. J Diabetes Res. 2023;2023:5341656. doi: 10.1155/2023/5341656

30. Saeedian Y, Agarwal A, Jansons P, Fuller-Tyszkiewicz M, Maddison R. Self-determination theory interventions in self-careof cardiovascular disease: a systematic review. Patient Educ Couns. 2025;137:108794. doi: 10.1016/j.pec.2025.108794