

Experiencias de personas con diabetes tipo 2 en el control de la glucemia a través de la alimentación saludable: un estudio fenomenológico

Experiences of people with type 2 diabetes in glycemic control through healthy eating: a phenomenological study

Alexis Vinicio Delgado-Becerra^{1*}
Anavel del Carmen Guerrero-Cuenca²
Yamilet Victoria Llangari-Tayupanda³
Helen Liceth Pinduisaca-Perez⁴

*Correspondencia: alexis.delgado@unach.edu.ec

Recibido: 02/10/2025 | Aceptado: 15/12/2025 | Publicado: 05/01/2026

RESUMEN

La diabetes mellitus tipo 2 es una de las enfermedades crónicas no transmisibles que más rápido crece en el mundo, y la alimentación saludable es uno de los pilares del control glucémico. Sin embargo, la evidencia cuantitativa disponible documenta con precisión los indicadores metabólicos, pero deja poco espacio para comprender cómo las personas viven, interpretan y sostienen ese cuidado alimentario día a día. **Objetivo:** comprender las experiencias, percepciones y significados que un grupo de personas con diabetes tipo 2 atribuye a la alimentación saludable como estrategia de control glucémico. **Metodología:** estudio cualitativo con diseño fenomenológico descriptivo. Participaron ocho personas adultas con diagnóstico médico confirmado de diabetes mellitus tipo 2, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico intencional. La información se recolectó mediante entrevistas semiestructuradas y se analizó siguiendo los pasos del método fenomenológico descriptivo de extracción de enunciados significativos, formulación de significados y agrupación en categorías temáticas. **Resultados:** emergieron cuatro categorías: (1) prácticas alimentarias cotidianas y estrategias de autorregulación glucémica, (2) significados y saberes construidos en torno a la alimentación saludable, (3) barreras y facilitadores socioculturales del cambio alimentario, y (4) la experiencia vivida de la enfermedad, marcada por un tránsito desde el miedo inicial hacia una rutina de autocuidado asumida. El apoyo familiar emergió como el facilitador más consistente, mientras que el tiempo, la economía y la costumbre familiar operaron como las principales barreras. **Conclusiones:** para las personas entrevistadas, controlar la glucemia mediante la alimentación no es solo una indicación clínica, sino un proceso de adaptación biográfica atravesado por emociones, vínculos familiares y condiciones materiales concretas, lo que reclama estrategias educativas más contextualizadas y sostenidas en el tiempo.

Palabras clave: Diabetes Mellitus Tipo 2; Alimentación Saludable; Control Glucémico; Experiencia del Paciente; Autocuidado.

ABSTRACT

Type 2 diabetes mellitus is one of the fastest-growing chronic noncommunicable diseases worldwide, and healthy eating is one of the pillars of glycemic control. Quantitative evidence, however, documents metabolic indicators with precision while leaving little room to understand how people actually live, interpret and sustain dietary self-care in everyday life. **Objective:** to understand the experiences, perceptions and meanings that a group of people with type 2 diabetes attribute to healthy eating as a glycemic-control strategy. **Methodology:** qualitative study with a descriptive phenomenological design. Eight adults with a confirmed medical diagnosis of type 2 diabetes mellitus participated, selected through intentional non-probability sampling. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed following the steps of descriptive phenomenological analysis: extraction of significant statements, formulation of meanings, and clustering into thematic categories. **Results:** four categories emerged: (1) everyday dietary practices and glycemic self-regulation strategies, (2) meanings and knowledge built around healthy eating, (3) sociocultural barriers and facilitators of dietary change, and (4) the lived experience of the illness, marked by a transition from initial fear toward an assumed self-care routine. Family support emerged as the most consistent

¹ Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH). Facultad de Ciencias de la Salud - Medicina. E-mail: alexis.delgado@unach.edu.ec ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-7169-9679>

² Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH). Facultad de Ciencias de la Salud - Medicina. E-mail: anavel.guerrero@unach.edu.ec ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-8360-6055>

³ Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH). Facultad de Ciencias de la Salud - Medicina. E-mail: yamilet.llangari@unach.edu.ec ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-5346-740X>

⁴ Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH). Facultad de Ciencias de la Salud - Medicina. E-mail: helen.pinduisaca@unach.edu.ec ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-3901-9460>

facilitator, while time constraints, economic limitations and family custom acted as the main barriers. **Conclusions:** for the participants, controlling blood glucose through diet is not merely a clinical instruction but a process of biographical adaptation shaped by emotions, family bonds and concrete material conditions, which calls for more contextualized and sustained educational strategies.

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus; Healthy Eating; Glycemic Control; Patient Experience; Self-care.

1. INTRODUCCIÓN

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el organismo deja de producir suficiente insulina o no logra utilizarla de manera eficaz, lo que provoca hiperglucemia persistente y, con el paso del tiempo, daños importantes en los vasos sanguíneos, los nervios, los riñones y el corazón (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024). Según esta misma fuente, el número de personas que viven con diabetes casi se cuadruplicó entre 1990 y 2022, al pasar de 200 a 830 millones, con un crecimiento más acelerado en los países de ingresos medios y bajos, donde además la cobertura de tratamiento sigue siendo insuficiente.

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) concentra la gran mayoría de los casos diagnosticados y está estrechamente asociada a factores modificables del estilo de vida, en particular la alimentación, el sobrepeso y la inactividad física. Por eso, adoptar hábitos alimentarios saludables no es una recomendación accesorio, sino una de las estrategias con mayor peso para prevenir, controlar y retrasar las complicaciones asociadas a la enfermedad. En Ecuador, la Constitución de la República reconoce la salud como un derecho que el Estado debe garantizar, y vincula su cumplimiento con los determinantes sociales de la salud, entre ellos la alimentación, el acceso a servicios y la educación (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008), lo que sitúa el control alimentario de la diabetes tanto en el plano clínico como en el de la justicia social.

El problema es que saber qué comer y lograr comerlo de manera sostenida no son la misma cosa. La evidencia acumulada muestra que una proporción relevante de personas con DM2 no logra mantener un patrón alimentario adecuado incluso después de recibir orientación nutricional, principalmente por barreras económicas, culturales, emocionales y sociales (Forero et al., 2018). Un estudio reciente que construyó y validó una escala de prácticas alimentarias en DM2 confirma esa misma tensión: la información nutricional está disponible y en general es comprendida, pero traducirla en una conducta estable de comida a comida sigue siendo el mayor desafío para el paciente (Bañuelos-Fonseca et al., 2025).

En el contexto ecuatoriano, la producción científica en salud ha comenzado a documentar con mayor detalle problemáticas relacionadas con el autocuidado y el manejo terapéutico de enfermedades crónicas y metabólicas. Un caso clínico publicado en la revista *Innovate Research Journal* mostró mejoras clínicamente significativas en el control glucémico y el perfil lipídico de una paciente con DM2 y obesidad al integrar farmacoterapia con un plan nutricional individualizado (Montenegro-Chanalata y Guamán-Arcos, 2025), mientras que otro estudio sugiere que la alimentación intuitiva afecta negativamente el control glucémico en pacientes con DM2 y la alimentación consciente se asocia positivamente con el control del peso corporal, aunque no tiene un efecto directo sobre el control glucémico (Mermer y Özpak, 2013). Ambos hallazgos apuntan en la misma dirección: el conocimiento clínico disponible no siempre se traduce en una práctica de autocuidado sostenida, y comprender por qué ocurre esa brecha exige mirar la experiencia desde quienes la viven.

Es precisamente esa brecha donde el estudio busca abordar, debido a que la mayoría de las investigaciones sobre diabetes y alimentación son de corte cuantitativo y responden con solvencia preguntas sobre prevalencia, adherencia o control metabólico, pero dicen poco sobre cómo la persona diagnosticada interpreta, negocia y sostiene o no el cambio alimentario en su vida diaria, con su familia, su trabajo y sus costumbres. Desde un posicionamiento fenomenológico, la investigación propone

comprender las experiencias, percepciones y significados que un grupo de personas con DM2 atribuye a la alimentación saludable como estrategia de control glucémico, considerando sus prácticas diarias, las barreras y facilitadores que atraviesan esa adopción, con el fin de aportar evidencia cualitativa que enriquezca un abordaje más integral de esta problemática de salud.

2. MARCO TEORICO

2.1 La alimentación como pilar del control glucémico en la diabetes tipo 2

El manejo de la DM2 combina habitualmente tratamiento farmacológico, actividad física y alimentación, pero es esta última la que ocupa el mayor número de decisiones diarias del paciente: qué comer, cuánto, a qué hora y con quién. Forero et al. (2018), en un estudio realizado en tres hospitales públicos de Cundinamarca, Colombia, encontraron que una proporción considerable de pacientes con DM2 mantenía un bajo cumplimiento del tratamiento dietético pese a haber recibido asesoría nutricional, lo que evidencia que el problema no es únicamente de acceso a la información, sino de las condiciones concretas en que esa información debe aplicarse.

En la misma línea, Bañuelos-Fonseca et al. (2025) construyeron y validaron una escala específica para evaluar las prácticas alimentarias de personas con DM2, partiendo de la premisa de que la parte más desafiante del manejo de la enfermedad no es adquirir conocimiento, sino adquirir y sostener hábitos. Esta perspectiva se distancia del modelo puramente informativo del autocuidado y reconoce que el comportamiento alimentario está determinado por hábitos previos, contexto familiar y disponibilidad real de alimentos, más que por la sola posesión de conocimientos nutricionales.

2.2 Barreras y facilitadores socioculturales de la alimentación saludable

El cambio de conducta alimentaria en personas con DM2 no depende solo de la voluntad individual. Cradock et al. (2021), utilizando una metodología de indagación reflexiva sobre la vida diaria de personas con DM2 identificaron que el entorno alimentario, los horarios laborales, el apoyo social y las circunstancias económicas actúan simultáneamente como barreras o como facilitadores del cambio, dependiendo del contexto específico en que se presenten. Esta doble función de un mismo factor como la familia, el trabajo y el dinero, es clave para entender por qué recomendaciones nutricionales idénticas producen resultados muy distintos entre pacientes.

Un hallazgo convergente proviene de un estudio realizado mediante fotovoz en una comunidad del Caribe colombiano con factores de riesgo de diabetes: las barreras percibidas para una alimentación saludable se concentraron en factores estructurales del entorno socioeconómico, mientras que los facilitadores se asociaron principalmente al apoyo social y a la disponibilidad de habilidades prácticas para cocinar y organizar las comidas (Daza Juvinao et al., 2025). Estos resultados sugieren que las intervenciones centradas exclusivamente en transmitir información nutricional tienden a tener un alcance limitado si no incorporan el entorno familiar, laboral y económico en el que la persona con diabetes toma sus decisiones alimentarias día a día.

2.3 La fenomenología como aproximación a la experiencia vivida de la enfermedad crónica

La fenomenología descriptiva busca comprender la esencia de un fenómeno tal como es vivido por quienes lo experimentan, sin reducirlo a categorías clínicas o estadísticas predefinidas. En el campo de la salud, este enfoque permite acceder a dimensiones del padecimiento crónico que las mediciones biomédicas como la glucosa en ayunas, hemoglobina glicosilada, índice de masa corporal no logran capturar: el miedo inicial ante el diagnóstico, la negociación diaria con la comida familiar, la culpa cuando se transgrede la dieta o el alivio cuando el cuerpo responde bien al cuidado sostenido.

Para el análisis de los datos, este estudio se apoyó en los pasos propuestos por el método fenomenológico descriptivo de Colaizzi (1978), sistematizado más recientemente por Morrow et al. (2015), quienes destacan que su valor radica en mantenerse muy cerca del dato: cada tema que emerge del análisis puede rastrearse directamente hasta los enunciados originales de los participantes, lo que produce una descripción concisa y, a la vez, fiel a la experiencia relatada. Este anclaje metodológico resulta pertinente para un fenómeno como el control glucémico mediante la alimentación, en el que la brecha entre el discurso clínico y la vivencia diaria del paciente constituye, precisamente, el objeto de estudio.

3. METODOLOGIA

3.1 Enfoque y diseño de la investigación

El estudio se desarrolló bajo un enfoque cualitativo con diseño fenomenológico descriptivo, orientado a comprender las experiencias, percepciones y significados que las personas con DM2 construyen en torno al control de la glucemia mediante la alimentación saludable. Se optó por este diseño porque el fenómeno de interés es la vivencia subjetiva del autocuidado alimentario el mismo que no puede reducirse a variables numéricas sin perder aquello que lo constituye como experiencia humana. El estudio fue de tipo transversal, dado que la información se recolectó en un único momento temporal, sin manipulación deliberada de variables ni pretensión de establecer relaciones causales.

3.2 Participantes

Participaron ocho personas adultas con diagnóstico médico confirmado de diabetes mellitus tipo 2 y con experiencia personal en el control de la glucemia mediante la alimentación, criterios que definieron la inclusión en el estudio. La selección se realizó mediante muestreo no probabilístico de tipo intencional, orientado a incluir personas con distintas vivencias y condiciones que pudieran enriquecer el análisis más que a lograr representatividad estadística. La recolección de la información se desarrolló de manera progresiva, verificando la repetición de ideas entre los relatos hasta alcanzar un punto de suficiencia temática con los ocho participantes, momento en el que las entrevistas adicionales dejaron de aportar dimensiones nuevas al fenómeno estudiado. Para proteger su identidad, cada participante fue identificado con un código alfanumérico (E001 a E008) en lugar de su nombre.

3.3 Técnicas e instrumentos

La técnica de recolección de información fue la entrevista, por su capacidad de acceder de manera directa a las experiencias y significados construidos por los participantes en torno a un proceso de interacción comunicativa orientado a obtener información profunda y contextualizada. El instrumento utilizado fue una guía de entrevista semiestructurada, organizada en torno a tres ejes: las prácticas alimentarias diarias para el control glucémico, las percepciones y conocimientos atribuidos a la alimentación saludable, y las barreras y facilitadores socioculturales de ese proceso. Este instrumento se seleccionó por su flexibilidad, ya que permite al entrevistador introducir preguntas adicionales para profundizar en aspectos emergentes durante el diálogo, sin perder el hilo conductor de la guía original.

3.4 Procedimiento de análisis

Las entrevistas fueron transcritas en su totalidad y analizadas siguiendo los pasos del método fenomenológico descriptivo: lectura reiterada de cada transcripción para lograr familiaridad con el relato completo; extracción de los enunciados significativos directamente relacionados con el fenómeno estudiado; formulación de los significados subyacentes a cada enunciado; y agrupación de esos significados en categorías temáticas que permitieran una descripción exhaustiva del fenómeno (Colaizzi, 1978; Morrow et al., 2015). Este proceso de codificación inductiva se realizó de manera

manual, contrastando de forma constante los fragmentos extraídos con el corpus completo de las entrevistas para preservar la coherencia interna de cada categoría.

3.5 Consideraciones éticas

La investigación se desarrolló bajo principios éticos orientados a proteger la dignidad, el bienestar y los derechos de los participantes. Todas las personas firmaron un consentimiento informado antes de la entrevista, en el que se explicó que su participación era voluntaria, que podían omitir cualquier pregunta que les resultara incómoda y que podían retirarse del estudio en el momento que lo consideraran necesario. Se garantizó que la información recolectada se utilizaría exclusivamente con fines académicos, evitando cualquier forma de identificación personal mediante el uso de códigos alfanuméricos y restringiendo el acceso a los datos al equipo investigador responsable. Las transcripciones se almacenaron de forma segura durante el tiempo estrictamente necesario para el análisis.

4. RESULTADOS

El análisis de las ocho entrevistas permitió identificar cuatro categorías temáticas que, en conjunto, describen la experiencia de controlar la glucemia mediante la alimentación: las prácticas concretas que las personas construyen día a día, los significados y saberes que atribuyen a comer saludable, las barreras y facilitadores que atraviesan ese proceso, y la experiencia integral de convivir con la enfermedad. Lo que sigue no pretende ser una cuantificación del fenómeno, sino una descripción situada de lo que los participantes relataron y de la estructura de significado que subyace a sus experiencias.

4.1 Categoría 1: Prácticas alimentarias cotidianas y estrategias de autorregulación glucémica

Tras el diagnóstico, los participantes describieron haber construido, con el tiempo, una rutina alimentaria práctica basada en reducir azúcares y harinas refinadas, aumentar las preparaciones caseras y priorizar alimentos que perciben como más seguros para su glucosa, sobre todo verduras y proteínas magras. Con distintas palabras, todos coincidieron en que controlar la diabetes no se trata solo de qué se come, sino de cómo se come: con horarios, fraccionamiento y decisiones que se repiten, se negocian en casa y se adaptan al trabajo y al bolsillo.

Esta manera de narrar la alimentación coincide con lo que Bañuelos-Fonseca et al. (2025) describen como el núcleo de las prácticas alimentarias en DM2: un conjunto de comportamientos que integran alimentos y tiempos de comida para sostener un hábito, y que están atravesados por el contexto particular de cada persona, lo que explica por qué el cambio no ocurre de manera uniforme ni automática entre los participantes.

Cuadro 1

Prácticas alimentarias cotidianas para el control de la glucemia (n = 8)

Subcategoría emergente	Participantes que la mencionan	Fragmento representativo
Eliminación o reducción de azúcares, harinas refinadas y frituras	8/8	"He dejado el azúcar, las gaseosas y los postres porque eso fue lo primero que me dijeron que quite para no subir el azúcar." (E001)
Reorganización de horarios y fraccionamiento de las comidas	6/8	"Cambié los horarios y evito comer entre comidas." (E005)
Priorización de verduras, proteínas magras y comida casera	8/8	"Evito comidas grasosas y dulces, priorizo comida casera." (E008)
Dificultad para sostener la rutina por el trabajo o el entorno familiar	5/8	"A veces por trabajo no cumplo bien, pero trato de no saltarme comidas." (E002)

Nota. Los fragmentos corresponden a las transcripciones originales de las entrevistas; los participantes se identifican con códigos alfanuméricos para proteger su anonimato

4.2 Categoría 2: Significados y saberes construidos en torno a la alimentación saludable

Para la mayoría de los participantes, comer saludable se asocia principalmente con "no abusar" del azúcar y con "comer con medida", más que con una comprensión integral del carácter crónico de la enfermedad. El aprendizaje sobre qué comer y qué evitar proviene sobre todo del personal de salud tanto de médicos y enfermeras, complementado por la experiencia propia de sentirse mal después de ciertas comidas y, en menor medida, por recomendaciones familiares.

Casi todos reconocieron de manera directa que la alimentación influye en su glucemia, asociando esa influencia con la posibilidad de evitar descompensaciones o sentirse mejor físicamente. Sin embargo, esa percepción convive con una carga emocional considerable: cuidar la alimentación de forma permanente se describe como cansado o frustrante, en particular cuando implica renunciar a comidas tradicionales o comer distinto al resto de la familia. Este hallazgo respalda lo señalado por Bañuelos-Fonseca et al. (2025) en el sentido de que el mayor desafío para las personas con DM2 no es carecer de información, sino sostener la práctica alimentaria día tras día pese al desgaste que supone.

Cuadro 2

Percepciones, conocimientos y significados atribuidos a la alimentación saludable (n = 8)

Subcategoría emergente	Participantes que la mencionan	Fragmento representativo
Alimentación saludable entendida como "no abusar" y "comer con medida"	8/8	"Comer saludable es no abusar y saber medir lo que uno come, no es dejar todo sino saber controlarse." (E004)
Aprendizaje mediado principalmente por el personal de salud	6/8	"Aprendí principalmente por el médico y también escuchando a otras personas que tienen lo mismo." (E001)
Reconocimiento empírico de la relación directa entre comida y glucemia	8/8	"Totalmente, si como dulces o harinas me sube rápido la glucosa, en cambio si me cuido se mantiene mejor." (E002)
Carga emocional del cuidado permanente (cansancio, restricción, adaptación)	6/8	"A veces me siento restringido, pero con el tiempo uno se adapta." (E008)

Nota. Elaboración propia a partir del corpus narrativo de las entrevistas.

4.3 Categoría 3: Barreras y facilitadores socioculturales del cambio alimentario

Los participantes identificaron dificultades similares a las reportadas en la literatura regional: la falta de tiempo por jornadas laborales extensas, la costumbre familiar de cocinar con abundante harina y fritura, la presión social en reuniones y celebraciones, y las limitaciones económicas que restringen el acceso continuo a alimentos considerados saludables. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Cradock et al. (2021), quienes señalan que el entorno alimentario, los horarios de trabajo y las circunstancias económicas pueden operar simultáneamente como barrera o como facilitador según el contexto en que se presenten.

Frente a esas dificultades, el apoyo familiar de la pareja, los hijos o los padres emergió como el facilitador más consistente en los ocho relatos, mientras que la orientación profesional recibida, aunque valorada positivamente, fue descrita de forma recurrente como breve o poco personalizada. Este contraste es coherente con el estudio realizado por Daza Juvinao et al. (2025) en una comunidad caribeña con factores de riesgo de diabetes, donde las barreras se concentraron en el entorno

socioeconómico estructural y los facilitadores se asociaron principalmente al apoyo social cercano, más que a la sola disponibilidad de información clínica.

Cuadro 3

Barreras y facilitadores socioculturales en la adopción de una alimentación saludable (n = 8)

Subcategoría emergente	Participantes que la mencionan	Fragmento representativo
Falta de tiempo por jornada laboral y comida fuera de casa	4/8	"Me cuesta cuando salgo a trabajar fuera de casa, porque no siempre hay opciones saludables." (E004)
Costumbre familiar y presión social en reuniones	5/8	"En reuniones familiares siempre hay arroz, papas y fritos, y cuesta decir que no." (E002)
Limitaciones económicas para sostener una alimentación saludable	4/8	"La economía influye, porque no siempre se puede comprar todo lo que recomiendan." (E003)
Apoyo de la pareja, los hijos o la familia como principal facilitador	8/8	"Mi esposa es quien más me ayuda, ella está pendiente de lo que como." (E001)
Orientación profesional percibida como breve o poco personalizada	6/8	"La orientación ha sido buena, pero corta, no siempre aclaran todas las dudas." (E004)

Nota. Elaboración propia a partir del corpus narrativo de las entrevistas.

4.4 Categoría 4: La experiencia vivida de la enfermedad, del miedo inicial al autocuidado asumido

Cuando se les pidió describir globalmente su experiencia, los participantes coincidieron en una estructura narrativa común: un inicio marcado por el miedo, la incertidumbre y la dificultad para aceptar restricciones alimentarias, seguido de una transición hacia una rutina que, con el tiempo, terminan asumiendo como parte de su vida diaria. Varios describieron beneficios percibidos concretos como mayor estabilidad de la glucosa, menos malestares físicos, sensación de mayor control sobre su propia salud, que operan como refuerzo emocional del cambio sostenido.

Es en esta categoría donde se condensa la esencia del fenómeno estudiado: para las personas entrevistadas, controlar la glucemia mediante la alimentación no es un conjunto de indicaciones dietéticas que se aplican de manera mecánica, sino un proceso de adaptación biográfica que atraviesa el miedo, la culpa, el aprendizaje progresivo y, finalmente, una forma distinta de habitar el propio cuerpo. La recomendación que casi todos los participantes dirigieron a otras personas con diabetes fue notablemente consistente: actuar desde el principio, sin esperar a sentirse mal para tomar en serio el cuidado alimentario.

Cuadro 4

Experiencia integral de vivir con DM2 y el control glucémico a través de la alimentación (n = 8)

Subcategoría emergente	Participantes que la mencionan	Fragmento representativo
Impacto inicial: miedo, incertidumbre y dificultad para aceptar restricciones	3/8	"Al comienzo fue complicado aceptar los cambios, pero ahora ya lo veo como parte de mi vida diaria." (E002)
Transición hacia una rutina asumida como parte de la vida cotidiana	4/8	"Al inicio fue un golpe fuerte, ahora ya es parte de mi rutina diaria." (E006)
Beneficios percibidos: estabilidad glucémica y bienestar físico y emocional	5/8	"Lo positivo es sentirme mejor y más estable." (E001)
Recomendación reiterada: actuar a tiempo, sin esperar a sentirse mal	5/8	"Que se cuiden desde el principio, que no esperen a sentirse mal para cambiar su alimentación." (E001)

Nota. Elaboración propia a partir del corpus narrativo de las entrevistas.

5. DISCUSIÓN

Los hallazgos del estudio muestran que el control glucémico mediante la alimentación en personas con DM2 no puede entenderse como la simple aplicación de una lista de alimentos permitidos y prohibidos. Es, ante todo, un proceso vivido que involucra aprendizaje progresivo, negociación con el entorno familiar y laboral, y una carga emocional que rara vez se documenta en los estudios de corte estrictamente clínico. Esta interpretación es coherente con lo señalado por Forero et al. (2018), quienes ya advertían que el bajo cumplimiento del tratamiento dietético en pacientes con DM2 no puede atribuirse únicamente a un déficit de conocimientos. Por el contrario, la adherencia se encuentra condicionada por factores económicos, familiares y laborales que, en interacción con el nivel de conocimiento, determinan la capacidad del paciente para trasladar las recomendaciones nutricionales a su práctica cotidiana.

El hallazgo de que el apoyo familiar constituye el facilitador más consistente entre los ocho participantes, mientras que la orientación profesional se percibe como valiosa pero insuficiente en su continuidad, dialoga directamente con lo reportado por Cradock et al. (2021) y por Daza Juvinao et al. (2025): el entorno social cercano pesa, en la práctica diaria, más que la sola disponibilidad de información clínica. Esto no resta importancia al acompañamiento profesional, pero sugiere que su eficacia depende de que se sostenga en el tiempo y se articule con las redes de apoyo que la persona ya tiene, en lugar de operar como un evento aislado de educación nutricional.

La estructura narrativa identificada en la cuarta categoría en referencia al miedo inicial al autocuidado asumido es también consistente con la experiencia documentada en otros contextos latinoamericanos de manejo de enfermedades metabólicas, donde la integración de un plan nutricional individualizado junto con acompañamiento clínico sostenido se ha asociado con mejoras clínicamente relevantes en el control glucémico y el perfil lipídico (Montenegro-Chanalata y Guamán-Arcos, 2025). Lo que este estudio aporta, desde una mirada fenomenológica, es evidencia de que ese tránsito hacia el autocuidado no ocurre de manera lineal ni exclusivamente en función del tratamiento, sino que está mediado por la forma en que cada persona resignifica su propia enfermedad.

El estudio tiene limitaciones que deben reconocerse como una muestra reducida que estuvo circunscrita a ocho personas de un mismo contexto institucional, lo que limita la transferibilidad de los hallazgos a otras poblaciones. El diseño transversal implica que la información se recolectó en un único momento del proceso de convivencia con la enfermedad, sin posibilidad de observar su evolución en el tiempo. Además, al tratarse de un análisis cualitativo, los resultados no admiten generalizaciones estadísticas ni deben leerse como representativos de la totalidad de la experiencia de vivir con DM2. Sin perjuicio de ello, la coherencia interna del corpus narrativo y la recurrencia de las categorías identificadas entre los ocho participantes respaldan la solidez de las interpretaciones presentadas.

6. CONCLUSIONES

Para las personas entrevistadas, controlar la glucemia mediante la alimentación es un proceso de adaptación biográfica, no un conjunto estático de indicaciones dietéticas. Todos describieron un tránsito común: del miedo y la incertidumbre iniciales hacia una rutina alimentaria que, con el tiempo, terminan asumiendo como parte constitutiva de su vida cotidiana, sostenida por el aprendizaje progresivo y, sobre todo, por el acompañamiento de su familia.

El hallazgo más consistente del estudio es que el apoyo familiar cercano pesa, en la práctica cotidiana, más que la sola disponibilidad de información nutricional. La orientación profesional recibida es valorada, pero se percibe como breve y poco personalizada, lo que sugiere que su efectividad depende de sostenerse en el tiempo y de dialogar con las redes de apoyo reales de cada persona, más que de limitarse a una entrega puntual de recomendaciones generales.

Se recomienda que los servicios de salud que atienden a personas con DM2 incorporen estrategias educativas continuas y centradas en la familia, que reconozcan explícitamente el tiempo, la economía y la costumbre como condicionantes reales del cambio alimentario, y no solo como obstáculos a superar mediante fuerza de voluntad individual. Asimismo, se sugiere que futuras investigaciones exploren, con diseños longitudinales, cómo evoluciona esta experiencia a lo largo del tiempo y cómo las estrategias de acompañamiento familiar podrían integrarse formalmente en los programas de educación en diabetes.

Declaraciones

Financiación: los autores declaran que no existió financiación específica para el desarrollo de esta investigación.

Declaración de conflicto de interés: los autores declaran no tener conflicto de intereses con respecto a la investigación, autoría o publicación de este artículo.

Contribución de los autores: AVDB: conceptualización, investigación, redacción del borrador original, ACGC: metodología, análisis formal, YVLT: curación de datos, validación, visualización, y HLPP: revisión y edición final. Todos los autores aportaron y aprobaron la versión final del manuscrito.

Aspectos éticos: todos los participantes firmaron consentimiento informado. Los datos se utilizaron exclusivamente con fines académicos, garantizando el anonimato mediante el uso de códigos de identificación.

Referencias

- Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial 449.
- Bañuelos-Fonseca, M., Gallardo-Vidal, L. S., Pineda-Mújica, I., Rodríguez-Méndez, A. J., Reyes-Chávez, P. D., y Quintero-Valdez, B. (2025). Prácticas alimentarias en la diabetes tipo 2: construcción, validez y confiabilidad de una escala. *Nutrición Hospitalaria*, 42(1), 57–66. <https://doi.org/10.20960/nh.05147>
- Colaizzi, P. F. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. En R. S. Valle y M. King (Eds.), *Existential-phenomenological alternatives for psychology* (pp. 48–71). Oxford University Press.
- Cradock, K. A., Quinlan, L. R., Finucane, F. M., Gainforth, H. L., Martin Ginis, K. A., de Barros, A. C., Sanders, E. B. N., y ÓLaighin, G. (2021). Identifying barriers and facilitators to diet and physical activity behaviour change in type 2 diabetes using a design probe methodology. *Journal of Personalized Medicine*, 11(2), 72. <https://doi.org/10.3390/jpm11020072>
- Daza Juvinao, D., TUESCA MOLINA, R., Hemingway, B., Acosta Vergara, T., y Rod, J. E. (2025). Perceptions of barriers and facilitators to healthy eating: A photovoice study in a Colombian Caribbean community with diabetes risk factors. *BMC Public Health*, 25, 4195. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-25153-2>
- Forero, A. Y., Hernández, J. A., Rodríguez, S. M., Romero, J. J., Morales, G. E., y Ramírez, G. Á. (2018). La alimentación para pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 en tres hospitales públicos de Cundinamarca, Colombia. *Biomédica*, 38(3), 355–362. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i3.3816>
- Giorgi, A. (Ed.). (1985). *Phenomenology and psychological research*. Duquesne University Press.
- Hernández-Sampieri, R., y Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill.
- Mermer, Meltem, & Özpak Akkuş, Özlem. (2023). The effect of intuitive eating and conscious eating on glycemic control in individuals with type 2 diabetes: a Cross-sectional Study. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 27(4), 294-304. Epub 10 de agosto de 2024. <https://dx.doi.org/10.14306/renhyd.27.4.1940>
- Montenegro-Chanalata, M. B., y Guamán-Arcos, A. J. (2025). Orlistat como terapia complementaria en la diabetes tipo 2 con obesidad de grado II: resultados glucémicos y lipídicos en un caso clínico. *INNOVATE: Research Journal*, 1(1), 27–35. <https://doi.org/10.65133/irj.v1.n1.2025/a10>
- Morrow, R., Rodriguez, A., y King, N. (2015). Colaizzi's descriptive phenomenological method. *The Psychologist*, 28(8), 643–644.

- Organización Mundial de la Salud. (2024, 14 de noviembre). Diabetes. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Tinajero-Novillo, L. C., Mora-Amoroso, E. G., y Hidalgo-Cajo, B. G. (2025). Alteraciones hematológicas en escolares de 5 a 10 años y su relación con el estado nutricional. *INNOVATE: Research Journal*, 1(1), 19–26. <https://doi.org/10.65133/irj.v1.n1.2025/a9/10.1056/NEJMoa1600176>