



UNIVERSIDAD ACADEMIA HUMANISMO CRISTIANO  
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

**“Cuando la Glucosa aumenta y el Músculo se debilita:  
Diabetes Mellitus Tipo II y Sarcopenia en Adultos Mayores de  
Villa Primavera, la Pintana”**

Autoras/es: Bravo Kollmann, Nicolás Alberto  
Riquelme Zabala, Rayén Camila Anaís  
Profesor/a guía: Guerra Fuentes, Carolina Andrea.

Seminario de Grado para optar al grado de Licenciado/a en Nutrición y Dietética

Santiago, año 2025

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
INVESTIGACIÓN .....	3
Criterios de Inclusión.....	3
Criterios de Exclusión .....	3
ANÁLISIS .....	5
OBJETIVO GENERAL.....	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	6
DOLOR Y DETERIORO FÍSICO .....	7
MANTENIMIENTO DE LA AUTONOMÍA, PÉRDIDA DE FUERZA Y CANSANCIO .....	7
TRISTEZA O DESANIMO POR PERDIDA DE CAPACIDADES .....	8
REDES DE APOYO .....	9
SÍNTESIS DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS Y SU SIGNIFICADO .....	12
CONCLUSIÓN .....	13
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	14
ANEXOS .....	19

## INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus tipo II (DM2) es una de las enfermedades metabólicas más extendidas a nivel mundial, con un impacto significativo en la morbilidad, esta patología se desarrolla de manera gradual a lo largo de los años, desencadenando la pérdida de secreción de insulina de las células B pancreáticas, por lo que la glucosa continúa en el torrente sanguíneo, produciendo una hiperglucemia.

Los síntomas de una hiperglucemia son las llamadas 4 P, poliuria (aumento de orina), polifagia (aumento de la sensación de hambre), polidipsia (aumento de la sensación de sed) y pérdida de peso repentina.

“Al 2024, en Chile cerca del 14% de la población presenta diabetes, la gran mayoría son pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2”.<sup>1</sup>

Como consecuencia de la Diabetes se desarrolla sarcopenia, esta una enfermedad que se caracteriza por la pérdida de masa y fuerza musculares, presenta un alto riesgo en esta población (dos veces más riesgo) y un alto impacto a nivel funcional, especialmente en adultos mayores. Además, plantea enormes retos en el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de esta enfermedad concomitantemente.

“La prevalencia mundial para la sarcopenia oscila entre 10 y 27%<sup>4</sup>. En Chile, se ha reportado que la prevalencia de sarcopenia es de 19,1% en > 60 años (alcanzando 39,6% en > 80 años)<sup>5</sup>. Como vemos, existe una gran variabilidad en las prevalencias de esta condición, que aumentaría con la edad, por lo que la problemática se agudiza en poblaciones más longevas”.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> [Diabetes en Chile: cerca del 14% de la población sufre esta enfermedad crónica. \(2024, julio 3\). UCSC. https://ucsc.cl/medios-ucsc/noticias/diabetes-en-chile-cerca-de-un-14-de-la-poblacion-sufre-esta-enfermedad-cronica/](https://ucsc.cl/medios-ucsc/noticias/diabetes-en-chile-cerca-de-un-14-de-la-poblacion-sufre-esta-enfermedad-cronica/)

<sup>2</sup> (S/f). Scielo.cl. Recuperado el 31 de mayo de 2025, de

[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872021001201817](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872021001201817)

La Villa Primavera, comuna de La Pintana, se observa una población envejecida, con determinantes sociales de la salud que agravan los efectos de estas patologías. La coexistencia de DM2 y sarcopenia representa un problema social porque afecta la funcionalidad motriz, la autovalencia y la calidad de vida de los adultos mayores, además de generar una alta carga económica y de cuidado para familias y el sistema de salud.

Desde la perspectiva académica, se trata de un problema insuficientemente explorado en la investigación nacional, particularmente en poblaciones comunitarias y en contextos socioeconómicamente vulnerables. Si bien existe literatura internacional sobre los factores de riesgo compartidos entre DM2 y sarcopenia, se requiere comprender cómo los propios adultos mayores perciben y resignifican su experiencia de vivir con ambas condiciones.

La relevancia teórica radica en aportar al conocimiento interdisciplinar de la nutrición y ciencias sociales, al vincular el paradigma cualitativo interpretativo con fenómenos de salud en el envejecimiento. La relevancia práctica consiste en generar información que sirva de base para intervenciones comunitarias, programas de educación terapéutica y estrategias de autocuidado en adultos mayores con patologías crónicas.

## INVESTIGACIÓN

El equipo de estudiantes de la carrera Nutrición y Dietética de la Universidad Academia Humanismo Cristiano realizó una investigación con las personas mayores de la Villa Primavera, la Pintana.

Edad	Patología	Género	Técnica De Recolección	Duración	Fecha
69 años	DM2 - SARCO	FEMENINO	Entrevistas semiestructuradas	05:37 min	08/10/25
75 años	DM2 - SARCO	FEMENINO		27:08 min	08/10/25
77 años	DM2 - SARCO	FEMENINO		06:10 min	08/10/25
78 años	DM2 - SARCO	FEMENINO		12:33 min	09/10/25
83 años	DM2 - SARCO	FEMENINO		06:05 min	09/10/25
93 años	DM2 - SARCO	FEMENINO		11:02 min	09/10/25

### Criterios de Inclusión

- Personas de 60 a 75 años, autovalentes o con dependencia leve.
- Diagnóstico médico confirmado de Diabetes Mellitus tipo II y/o Sarcopenia
- Usuario de la Villa Primavera, la Pintana,
- Disposición y capacidad de participar voluntariamente en una entrevista en profundidad.
- Consentimiento informado firmado.
- Ambos sexos

### Criterios de Exclusión

- Personas con deterioro cognitivo moderado o severo que impidan la comunicación efectiva, evaluado de forma preliminar mediante observación o referencias familiares.
- Presencia de enfermedades crónicas en etapa terminal u hospitalización activa.
- Dificultad para participar por barreras idiomáticas, auditivas o comunicacionales severas sin apoyo disponible.

El equipo comenzó la selección de terreno, para el cual se tuvo en consideración los criterios de inclusión y exclusión de los usuarios. Donde se les recomendó el uso de la Villa Primavera, ubicada en la Pintana. Considerando que como universidad existe convenio.

Edward Toro, Encargado Territorial en la Universidad Academia Humanismo Cristiano, compartió con los investigadores, los datos de Jacqueline Trabajadora Social de Villa Primavera, a quien se le envió una carta de presentación del estudio con respaldo académico y el consentimiento informado. Luego se coordinó fecha y hora de la visita al lugar.

La Estrategia de muestreo utilizada es teórica, considerando el marco teórico y metodológico, además de la selección de patologías por conveniencia correspondiente al tema central de la investigación Diabetes Mellitus tipo 2 y Sarcopenia.

Modificaciones existentes, las edades de los participantes, esto se debió a la disponibilidad de los usuarios. Cambio de territorio donde se efectuaría la investigación, por la falta de respuestas por parte de Villa Primavera, se buscaron otras alternativas como ELEAM, el cual cumplía con los criterios de exclusión, usuarios tienen deterioro cognitivo moderado que impide la comunicación efectiva al realizar las entrevistas por los investigadores.

Hubo que insistir en Villa Primavera para recibir respuestas y poder efectuar entrevistas.

Se realizaron 8 entrevistas semiestructuradas (instrumento de entrevistas ver anexo 1) y se presentó el consentimiento informado (ver anexo 2) garantizando la confidencialidad y anonimato, además de que fueron entrevistas grabadas de las cuales 6 entrevistas (ver anexo 3) fueron consideradas para la investigación, ya que las entrevistas descartadas los usuarios se encontraban descompensados y solo querían hablar de sus problemas personales.

El equipo identificó que durante las entrevistas la información resultaba repetitiva y en el análisis de datos no encontraron nuevos códigos emergentes por lo que la información era consistente entre los participantes.

## ANÁLISIS

<b>Tipo de enfoque</b>	Cualitativo exploratorio
<b>Diseño del estudio</b>	Descriptivo, interpretativo
<b>Análisis de datos</b>	Transcripción y limpieza de datos - Codificación axial selectiva y abierta – Uso de Atlas.ti 25 para análisis
<b>Técnica de recolección</b>	Entrevistas semiestructuradas
<b>Categorías emergentes y/o apriorísticas del marco teórico</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Diabetes Mellitus tipo 2</li><li>2. Sarcopenia</li><li>3. Funcionalidad Motriz y Calidad de vida.</li></ol>
<b>Consideraciones éticas</b>	Consentimiento informado firmado, resguardo de anonimato, protección de datos sensibles.

Según *Denzin y Lincoln* (2018), el paradigma cualitativo permite abordar fenómenos complejos desde una perspectiva holística, reconociendo que la realidad es construida socialmente y está mediada por la interpretación de los sujetos. Este enfoque privilegia la profundidad sobre la amplitud, permitiendo el análisis de dimensiones subjetivas, culturales y emocionales que no podrían ser plenamente captadas mediante un enfoque cuantitativo. Además, el paradigma interpretativo sostiene que el conocimiento se genera a partir del significado que las personas atribuyen a su realidad, lo cual se alinea con el propósito de esta investigación: comprender las interrelaciones entre enfermedades crónicas, estilos de vida, apoyo familiar, barreras de acceso a la educación terapéutica y otros determinantes sociales de la salud.

## **OBJETIVO GENERAL:**

Comprender la percepción de las y los adultos mayores con Sarcopenia y Diabetes Mellitus tipo II, de 60 a 95 años, usuarios de la Villa Primavera, la Pintana, considerando sus efectos en la funcionalidad motriz y calidad de vida.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar los factores de riesgo comunes entre la Sarcopenia y la diabetes Mellitus tipo II en la experiencia de vida de las y los adultos mayores de 60 a 95 años.
2. Describir la percepción de las y los adultos mayores de 60 a 95 años sobre el nivel de sarcopenia y el control metabólico en adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo II.
3. Indagar en las percepciones, experiencias y significados que atribuyen las y los adultos mayores de 60 a 95 años, sobre su funcionalidad motriz y la relación médico-paciente en el manejo de su enfermedad.
4. Indagar en las percepciones, experiencias y significados que atribuyen los adultos mayores de 60 a 95 años, al desarrollo simultáneo de la sarcopenia y la Diabetes Mellitus tipo II en su vida cotidiana.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:**

¿Cómo es la percepción de las y los adultos mayores de 60 a 95 años, de ambos sexos, usuarios de la Villa Primavera, la Pintana, que viven con Sarcopenia y Diabetes Mellitus tipo II, en relación con su funcionalidad motriz y calidad de vida?

## **DOLOR Y DETERIORO FÍSICO**

Ambas patologías contribuyen al dolor y deterioro físico, limita movilidad e incrementa la pérdida de masa muscular

"Pero siempre sigo con los dolores en los hombros. Y en las manos. Y se me duermen las manos. Cuando tomo, a veces voy a almorzar, tomo un tenedor o el cuchillo o la cuchara, se me empieza como acalambrar las manos." (Participante E4, entrevista personal, 08.10.2025)

Se refleja la **dimensión 1 de la investigación. Percepción de la enfermedad y síntomas (DM2 y sarcopenia).**

Para los usuarios de la Villa Primavera, vivir con ambas patologías es sinónimo de dolor y deterioro físico, ya que al vivir prolongadamente con las enfermedades y no tener conocimiento de sobre causa o manejo hace que las personas acepten o se resignen ante la enfermedad y sus consecuencias.

El equipo encontró una contradicción implícita, si bien se reconoce el deterioro, al asumirlo como parte de tener la enfermedad, reduce la motivación a buscar soluciones y tratamientos para estos mismos.

El envejecimiento trae consigo mismo el deterioro biológico debido a las determinantes sociales de la salud, como estilo de vida, hábitos alimentarios, actividad física y presencia de enfermedades. Confirmando que, en este caso, al tener diabetes Mellitus tipo 2 de base, incide en el aumento de limitaciones físicas, específicamente pérdida de función y masa muscular propiciando el desarrollo de sarcopenia. Como consecuencia se desencadenan dolores musculares, que dificultan realizar actividades cotidianas.

## **MANTENIMIENTO DE LA AUTONOMÍA, PÉRDIDA DE FUERZA Y CANSANCIO**

La pérdida de fuerza y masa muscular son propios de la sarcopenia, causando pérdida funcional, esto afecta directamente la capacidad de las personas mayores al realizar actividades de la vida cotidiana

"Sí, no, yo me hago mi diligencia solita. Si tengo que hacer algo, voy, voy, que ande cansada, ande cansada, me la hago. Me hago la diligencia, me hago todo lo que tengo que hacer. Yo me baño, me hago todo solita." (Participante E4, entrevista personal, 08.10.2025).

"Sí, he notado muchos cambios con el paso del tiempo. Antes tenía más fuerza para hacer mis cosas, como levantarme de la cama o caminar largas distancias, pero ahora me canso más rápido y siento que mis piernas ya no me responden igual."(Participante E1, entrevista personal, 09.10.2025)

El mantenimiento de la autonomía es parte de la adaptación a los cambios físicos tales como la pérdida de fuerza y cansancio continuo propio de la edad y de las comorbilidades.

El mantenimiento de la autonomía se contradice con las limitaciones para realizar actividades domésticas, si bien ambas tienen en común la pérdida de fuerza y el cansancio, esto demuestra que no todos los usuarios actúan de la misma manera ante su deterioro físico. Es ahí cuando aparece la resiliencia como mecanismo para adaptarse a los cambios físicos.

Así es como se empieza a visibilizar la **dimensión 2: Funcionalidad Motriz y Calidad de vida.**

La funcionalidad motriz se define como la capacidad fisiológica para realizar actividades normales de la vida diaria de forma segura e independiente y sin fatiga excesiva (Rikli & Jones, 2013). Esta capacidad es fundamental para mantener la autonomía en la vejez; sin embargo, se ve gravemente comprometida por la presencia de sarcopenia.

Al tener estas comorbilidades, sumado al envejecimiento promueve el aceleramiento del deterioro funcional reduciendo la movilidad, aumenta la percepción de dolor corporal, factores determinantes en el deterioro de la calidad de vida percibida en esta población.

En el caso de los usuarios de la Villa Primavera la funcionalidad motriz se ve medianamente afectada ya que, a pesar de los dolores y complicaciones al realizar sus actividades físicas, ellos aún son capaces de hacer sus propias tareas y mantener su cuidado personal

## **TRISTEZA O DESANIMO POR PERDIDA DE CAPACIDADES**

La falta de educación formal en salud y el cumplimiento parcial de indicaciones médicas por los pacientes, aumentan la pérdida de capacidades y el desánimo, afectando la adherencia a la alimentación y el ejercicio.

"Me encuentro aburrida, sin ganas de nada. Cuando salgo me dice Maritza, anda con cuidado. Y a veces ando bien, camino rápido. Pero de repente ya ando así que no tengo fuerza para nada. Y voy con paso lento y aburrida. No me dan ni ganas de caminar." (Participante E4, entrevista personal, 08.10.2025).

Esto es causa de la falta de educación formal en salud, si los profesionales del área no cumplen con entregar indicaciones fáciles de entender y apropiadas para el usuario según sus necesidades, puede que haya cumplimiento parcial o incumplimiento de las indicaciones medicas relacionadas a la alimentación y ejercicio, desencadenando la tristeza o desanimo por perdida de capacidades.

Aparece la **dimensión 3: Calidad de vida y estado emocional**.

La tristeza y el desánimo por perdida de capacidades afecta su autoestima lo que en el tiempo lleva al aislamiento y soledad por parte de las personas mayores, por esto valoran a las visitas de personas externas a la villa, y a pesar de la resiliencia frente al envejecimiento, también en algunos casos esta resiliencia los lleva a realizar prácticas de autocuidado por experiencia personal.

La evidencia habla de que la calidad de vida se basa en la percepción del bienestar físico, psíquico y social del individuo, por lo que hay coherencia entre la evidencia y los resultados de esta investigación, debido a que el estado de ánimo y la calidad de vida son bidireccionales, uno afecta directamente el otro. En este caso el decaimiento de los usuarios desencadenado por su deterioro físico afecta su manera de percibir la vida.

## **REDES DE APOYO**

Familia, amigos y espiritualidad compensan parcialmente la falta de apoyo institucional, pero no lo reemplaza.

"Lo único que no hago es lavar, porque la mamá de mi tutora... Ella me lava la ropa, yo lavo las poleras, los calzoncitos, los satélites. Todos lo chico los lavo yo acá en el lavadero. Y ella me lava los pantalones, las sábanas, cosas más grandes me las lava ella." (Participante E4, entrevista personal, 08.10.2025)

Si bien se identifica que los adultos mayores sienten valoración del consultorio y programas comunitarios, también se destaca la falta de apoyo institucional. Sienten cercanía con instituciones locales como CESFAM, fundaciones, etc. Y distancia con instituciones grandes como políticas publicas, son percibidas como inalcanzables.

"Que me llegara la muerte nomás, esperar. Pero como soy hija de Dios, tengo fe en Él. Nada más". (Participante E3, entrevista personal, 09/10/25).

Entre las redes de apoyo incluyendo la religión como compañía, intentan llenar el vacío que dejan las instituciones.

La religión funciona como una fuente de contención emocional y la necesidad de pertenencia, si bien ayuda al usuario a sentirse acompañado, también podría limitarlo a buscar soluciones concretas para su estado de salud. Lo cual limita la educación terapéutica y aumenta las prácticas de autocuidado.

Finalmente, se confirma que el usuario para llevar de mejor manera su día a día necesita redes de apoyo presentes, que cuiden y ayuden con sus tareas cotidianas que ya no son capaces de hacer y que lo acompañen en el proceso de su enfermedad.

1. Respondiendo al Objetivo Específico 1: *Identificar los factores de riesgo comunes entre la sarcopenia y la diabetes mellitus tipo II en la experiencia de vida de las y los adultos mayores de 60 a 95 años.*
  - Los relatos de los participantes de cierta forma confirman que el envejecimiento actúa como un factor basal, sumando a los determinantes sociales como los hábitos alimentarios y la actividad física, propicia al deterioro físico y biológico. Se identificó que la presencia de DM2 incide directamente en el aumento de limitaciones físicas y la pérdida de masa muscular, facilitando el desarrollo de sarcopenia. Los adultos mayores perciben estos factores a través de síntomas compartidos como el dolor muscular, calambres y debilidad generalizada.
2. Respondiendo al Objetivo Específico 2: *Describir la percepción de las y los adultos mayores de 60 a 95 años sobre el nivel de sarcopenia y el control metabólico en adultos mayores con diabetes mellitus tipo II.*
  - Si bien la percepción predominante es de resignación y aceptación del deterioro. Los adultos mayores asocian su estado metabólico y muscular con un “dolor y deterioro físico” inevitable. Existe una falta de conocimiento profundo sobre las causas y manejo de este, lo que conlleva a normalizar la pérdida de fuerza como una consecuencia ineludible de la enfermedad, reduciendo la motivación para buscar tratamientos activos y efectivos.

3. Respondiendo al Objetivo Específico 3: *Indagar en las percepciones, experiencias y significados que atribuyen las y los adultos mayores de 60 a 95 años, sobre su funcionalidad motriz y la relación médico-paciente en el manejo de su enfermedad.*
  - Se evidencia una brecha en la educación formal en salud, la falta de indicaciones claras y comprensibles por parte del equipo de salud y médico afecta la adherencia al tratamiento, lo que a su vez impacta negativamente en la funcionalidad motriz. A pesar de las dificultades físicas, los adultos mayores valoran su autonomía, intentando realizar sus actividades cotidianas como un acto de resiliencia frente a indicaciones médicas o limitaciones percibidas.
4. Respondiendo al Objetivo Específico 4: *Indagar en las percepciones, experiencias y significados que atribuyen los adultos mayores de 60 a 95 años, al desarrollo simultáneo de la sarcopenia y la Diabetes Mellitus tipo II en su vida cotidiana.*
  - La coexistencia de DM2 y sarcopenia se traduce en una experiencia cotidiana marcada por el cansancio y la tristeza, lo que genera un círculo vicioso donde la pérdida de capacidades físicas provoca desánimo y aburrimiento, lo que a su vez fomenta el aislamiento social y la falta de deseo por moverse o caminar.

Respondiendo a la pregunta de investigación: *¿Cómo es la percepción de las y los adultos mayores de 60 a 95 años, de ambos sexos, usuarios de la Villa Primavera, la Pintana, que viven con sarcopenia y Diabetes Mellitus tipo II, en relación con su funcionalidad motriz y calidad de vida?*

- La percepción de los adultos mayores de Villa Primavera, La Pintana se construye sobre una tensión existente entre el deterioro físico y la voluntad de autonomía. Si bien reconocen explícitamente la pérdida de fuerza, el cansancio rápido y los dolores constantes que limitan su movilidad, su autovaloración de la calidad de vida depende de su capacidad para mantenerse independientes, la funcionalidad motriz en este caso específico se ve medianamente afectada; aunque realizan sus tareas, hábitos con dolor y fatiga, el hecho de poder completarlas o realizarlas sin ayuda externa es fundamental para su autoconcepto. Sin embargo, esta calidad de vida se ve mermada emocionalmente por sentimientos de soledad y tristeza derivados de la consciencia de sus pérdidas.

## SÍNTESIS DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS Y SU SIGNIFICADO

Partiendo por la identificación de la resignación como barrera terapéutica, ya que los adultos mayores asumen su dolor y el deterioro como partes inherentes de “tener la enfermedad”. Este significado que atribuye a su padecimiento es crítico, ya que desincentiva la búsqueda de mejoras, lo que de cierta forma va perpetuando el ciclo de la sarcopenia y el descontrol metabólico.

La resiliencia en el autocuidado es otra contradicción en el comportamiento de los adultos mayores, ya que, por un lado, muestran esta resiliencia frente a la enfermedad al forzarse a mantener la autonomía en actividades domésticas; por otro, la falta de adherencia a indicaciones médicas formales sugiere que esta autonomía no siempre se alinea con prácticas de autocuidado clínico-efectivas.

Por último, la sustitución de redes de apoyo ante la percepción de una falta de apoyo institucional, percibido de cierta forma como distante o insuficiente la mayoría de las veces. Los adultos mayores reconfiguran sus redes de apoyo en relación a su entorno, preferencias y comodidades, volcándose hacia la familia, y de una manera muy significativa hacia la espiritualidad y religión.

La espiritualidad como contención institucional, siendo un elemento emergente el rol de la religión no solo como fe, sino como sustituto funcional del sistema de salud y social. La frase - *“Que me llegara la muerte nomás, esperar. Pero como soy hija de Dios, tengo fe en Él. Nada más”*. (Participante E3, entrevista personal, 09/10/25), refleja cómo la espiritualidad llena el vacío de soledad y falta de respuestas institucionales, actuando como contención emocional pero también limitando potencialmente la búsqueda de soluciones médicas concretas.

Algo clave es la “paradoja” de la autonomía, ya que se identificó otra contradicción implícita no anticipada, como el esfuerzo de mantener la autonomía a toda costa, coexiste con una “tristeza por pérdida de capacidades” que lleva al aislamiento, es decir, son funcionalmente autónomos en lo básico, pero socialmente restringidos por su propia percepción de fragilidad.

Por último, pero no menos importante, es en relación con la complejidad en la recolección de datos como hallazgo metodológico siendo la necesidad de descartar ciertas entrevistas porque los adultos mayores se encontraban descompensados o solo deseaban hablar de problemas personales. Esto emerge como un dato cualitativo en sí mismo ya que la necesidad de contención emocional que esta población muestra, supera a menudo su capacidad de participar en intervenciones estructuradas de salud.

## CONCLUSIÓN

La investigación reveló una profunda comprensión de cómo perciben los adultos mayores de Villa Primavera, La Pintana, la coexistencia de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) y Sarcopenia. Los descubrimientos demuestran, sin duda, que la experiencia de estas condiciones va más allá de lo biológico, basada en una lucha constante entre el deterioro físico lento y la firme intención de mantener la independencia.

Se notó una tendencia de aceptar el dolor y la pérdida de capacidad funcional. Las personas, a menudo, dan por hecho estos problemas como consecuencias inevitables de "tener la enfermedad" o simplemente envejecer, esto desmotiva la búsqueda activa de tratamientos, lo que agrava un ciclo pernicioso de deterioro metabólico y muscular.

Se encontró una diferencia notable entre la capacidad física real y la autonomía percibida. Aunque los adultos mayores hacen sus tareas diarias como una muestra de resistencia y para proteger su propia imagen, esta práctica, generalmente, causa un esfuerzo físico y emocional importante, lo que une la independencia funcional elemental con un dolor profundo por la pérdida de habilidades.

La coexistencia DM2 y sarcopenia crea un círculo vicioso, la fatiga, y flaqueza, alimentan el desgano, aburrimiento y el aislamiento social. La calidad vida baja, no solo por el dolor físico, sino por la soledad, y darse cuenta de la fragilidad.

Ante un apoyo institucional lejano, o quizás escaso, los adultos mayores buscan contención en su familia, y con mucha urgencia, en la espiritualidad. La religión es como sustituta del sistema de salud y lo social, llenando huecos de soledad, a pesar de que esto podría parar la búsqueda de soluciones médicas directas, confiando el destino a la fe ("hija de Dios").

Existe una desconexión, entre guías médicas y la comprensión de las personas. Falta educación, específica sobre el manejo de ambas enfermedades, perjudicando el tratamiento, la alimentación y ejercicio, que hace peor la pérdida motora.

El análisis revela, en este grupo particular, que la contención emocional demandada a menudo supera la capacidad para participar en tratamientos de salud bien definidos. Debido a esto, el tratamiento de la DM2 y la sarcopenia, cuando hay vulnerabilidad social, necesita ir más allá de lo biomédico, integrando métodos que validen la vivencia personal del paciente, fortalezcan los lazos comunitarios y, replanteen la enfermedad para romper la resignación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ayala, M. (2021, enero 19). *Paradigma interpretativo*. Liferder. <https://www.liferder.com/paradigma-interpretativo-investigacion/>

(S/f). Scielo.cl. Recuperado el 31 de mayo de 2025, de [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872021001201817](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872021001201817)

Robles-Robles, M., Yáñez-Yáñez, R., & Cigarroa, I. (2021). Relación entre sarcopenia y calidad de vida en personas mayores chilenas autovalentes y dependientes leves de dos ciudades del sur de Chile. *Revista Salud Uninorte*, 37(2), 422-441.

(S/f). Mdpi.com. Recuperado el 3 de abril de 2025, de <https://www.mdpi.com/2072-6643/15/19/4149>

Ai, Y., Xu, R., & Liu, L. (2021). The prevalence and risk factors of sarcopenia in patients with type diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 13(1), 93. <https://doi.org/10.1186/s13098-021-00707-7>

Jácome, M. S. R., & Villacís, M. V. G. (2023). Importancia nutricional en el manejo de sarcopenia en adultos mayores.

Navarro-Falcón, Magnolia, Jáuregui-Lobera, Ignacio, & Herrero-Martín, Griselda. (2020). Trastornos de la Conducta Alimentaria y Diabetes Mellitus: tratamiento nutricional. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(9), 1040-1058. Epub 06 de diciembre de 2021. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3837>

Bravo, Carolina, Godoy, José, Sánchez, Yanara, & Riveros, María Jesús. (2021). Asociación entre el nivel de autovalencia y el estado nutricional en adultos mayores chilenos. *Revista chilena de nutrición*, 48(5), 741-747. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182021000500741>

Pabón Poches, Daysy Katherine, Delgado Meza, Jesús Armando, Bachelot Aceros, Laura Juliana, Lara Gómez, Yuliana Andrea, & Nova Ardila, Andrea Margarita. (2025). Estado Cognitivo en Adultos Mayores Institucionalizados: Comparación a Partir de la Red de Apoyo Disponible. *Psykhe (Santiago)*, 34, 05. Epub 19 de enero de 2025. <https://dx.doi.org/10.7764/psykhe.2022.54807>

*Diabetes en Chile: cerca del 14% de la población sufre esta enfermedad crónica.* (s/f). Ucscl. Recuperado el 3 de abril de 2025, de <https://ucsc.cl/medios-ucsc/noticias/diabetes-en-chile-cerca-de-un-14-de-la-poblacion-sufre-esta-enfermedad-cronica/>

Tovar, D. E. D., Henao, D. M. M., Falla, C. D. F., & Cardona, Y. T. (2021). Factores que determinan el déficit de educación terapéutica en diabetes mellitus tipo 2. *Medicina & Laboratorio*, 25(3), 619-632.

Blanco Aspiazú, Miguel Angel, Salazar Alvarez, Yohana, Morales, Héctor Andrés, & Ramírez Chávez, Justo. (2010). Ventajas y desventajas del modelo de historia clínica en medicina interna. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 9(2), 211-218. Recuperado en 03 de abril de 2025, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2010000200011&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000200011&lng=es&tlng=es).

National Statistics Institute Demographic and Vital statistics (INE). Gob. Chile. 2017. <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/censos-de-poblacion-y-vivienda/poblacion-y-vivienda>

Bellieni A, Fusco D, Sanchez AM, Franceschini G, Di Capua B, Allocca E, et al. Different impact of definitions of sarcopenia in defining frailty status in a population of older women with early breast cancer. *J Pers Med*. 2021; 11: 243.

Ramos A, Asensio A, Núñez S, Millán I. Prevalence and risk factors associated to malnutrition in elderly inpatients. *An Med Interna (Madrid)*. 2004; 21: 263-268.

Choi KM. Sarcopenia and sarcopenic obesity. *Korean J Intern Med*. 2016; 31: 1054-1060.

Gonzalez N, Pena-D'ardailon F, Duran, S. Characterization of food intake and nutrient in elderly Chilean adults. *Rev Chil Nutr*. 2016; 43: 346-352

Misra A, Chowbey P, Makkar BM, Vikram NK, Wasir JS, Chadha D, et al. Consensus Group. Consensus statement for diagnosis of obesity, abdominal obesity and the metabolic syndrome for Asian Indians and recommendations for physical activity, medical and surgical management. *J Assoc Physicians India*. 2009; 57: 163-170.

Taylor, S. J., Bogdan, R., & DeVault, M. L. (2015). *Introduction to qualitative research methods: A guidebook and resource* (4th ed.). Wiley.

Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice* (4th ed.). SAGE Publications.

Flick, U. (2015). *Introducción a la investigación cualitativa* (5.<sup>a</sup> ed.). Morata.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2018). *The SAGE handbook of qualitative research* (5th ed.). SAGE Publications.

Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods* (4th ed.). SAGE.

Taylor, S. J., & Bogdan, R. (2015). *Introduction to qualitative research methods* (4th ed.). Wiley.

Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. Basic Books.

OMS. (2015). *World report on ageing and health*. <https://www.who.int>

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.

*Duración de una entrevista de trabajo: ¿Qué esperar?* (s/f). Trabajandoenti.com. Recuperado el 31 de mayo de 2025, de <https://www.trabajandoenti.com/blog/duracion-entrevista-trabajo-que-esperar>

*Normas éticas para la Investigación Clínica*. (s/f). Uchile.cl. Recuperado el 1 de junio de 2025, de <https://uchile.cl/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/publicaciones/normas-eticas-para-la-investigacion-clinica>

Del estudio, 2. Propósito u. Objetivo. (s/f). *Ejemplo: Estamos investigando sobre el medicamento X para la enfermedad Z. Le invitamos a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar sobre la investigación con alguien que se sienta cómodo*. Ispch.cl. Recuperado el 1 de junio de 2025, de [https://www.ispch.cl/sites/default/files/modelo\\_consentimiento\\_informado\\_0.pdf](https://www.ispch.cl/sites/default/files/modelo_consentimiento_informado_0.pdf)

Becker, H. (2011). *Manual de Escritura para Científicos Sociales*. Madrid, Buenos Aires: Siglo XXI.

Creswell, J. W. (2009). *Investigación Cualitativa y Diseño Investigativo. Selección entre cinco tradiciones*. SAGE.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ª ed.). McGraw +Hill.

Hernández Muñoz, A.E., Rangel Alvarado, M.A., Olgúin, D.L., Herrera Hernández, E., Ugalde Barrón, S., Navarro Ruiz, N.E., Hernández Muñoz, K.M. (2024). Elaboración y redacción de un artículo científico en áreas médicas: recomendaciones metodológicas y narrativas para su publicación. *Digital Ciencia*, 17(1).

Becker, H. (2011). *Manual de Escritura para Científicos Sociales*. Madrid, Buenos Aires: Siglo XXI.

Creswell, J. W. (2009). *Investigación Cualitativa y Diseño Investigativo. Selección entre cinco tradiciones*. SAGE.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ª ed.). McGraw +Hill.

Hernández Muñoz, A.E., Rangel Alvarado, M.A., Olgúin, D.L., Herrera Hernández, E., Ugalde Barrón, S., Navarro Ruiz, N.E., Hernández Muñoz, K.M. (2024). Elaboración y redacción de un artículo científico en áreas médicas: recomendaciones metodológicas y narrativas para su publicación. *Digital Ciencia*, 17(1).

Casals, C., Casals, A., Suárez-Cadenas, E., Aguilar-Trujillo, M. P., Estébanez-Carvajal, F. M., & Vázquez-Sánchez, M. A. (2017). Relación entre calidad de vida, actividad física, alimentación y control glucémico con la sarcopenia de adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. *Nutrición Hospitalaria*, 34(5), 1198-1204. <https://doi.org/10.20960/nh.1070>

Cruz-Jentoft, A. J., Bahat, G., Bauer, J., Boirie, Y., Bruyère, O., Cederholm, T., ... & Zamboni, M. (2019). Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*, 48(1), 16-31. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy169>

Mesinovic, J., Zengin, A., De Courten, B., & Ebeling, P. R. (2019). Sarcopenia and type 2 diabetes mellitus: a bidirectional relationship. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 12, 1057-1072. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S186600>.

Rikli, R. E., & Jones, C. J. (2013). *Senior fitness test manual* (2nd ed.). Human Kinetics.

The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)

## **ANEXOS**

Anexo 1. **Instrumentos:** Guía de entrevista basada en cinco dimensiones.

### **Dimensión 1: Percepción de la enfermedad y síntomas (DM2 y sarcopenia).**

*Fundamento: Comprensión fenomenológica de la experiencia de enfermedad (Mereau-Ponty, 1962; Kleinman, 1988)*

1. ¿Cómo describiría su estado de salud actual?
2. ¿Ha notado cambios en su fuerza o masa muscular con el paso del tiempo?
3. ¿Qué significa para usted vivir con diabetes?

### **Dimensión 2: Funcionalidad Motriz y Calidad de vida.**

*Fundamento: Modelo de salud funcional de la OMS y el concepto de capacidad intrínseca del envejecimiento (OMS, 2015).*

1. ¿Cómo afectan sus condiciones actuales (DM2/Sarcopenia) su día a día?
2. ¿Qué tipo de ejercicio o actividad física realiza diariamente?
3. ¿Qué actividades de la vida diaria se le dificultan hoy en día?

### **Dimensión 3: Calidad de vida y Estado emocional.**

*Fundamento: Calidad de vida relacionada con la salud (WHOQOL) y enfoque biopsicosocial.*

1. ¿Qué cosas le generan satisfacción o bienestar actualmente?
2. ¿Siente que estas condiciones han cambiado su forma de vivir?
3. ¿Cómo se siente emocionalmente desde que convive con estas enfermedades?

#### **Dimensión 4: Autocuidado y Educación terapéutica.**

*Fundamento: Teoría del autocuidado de Orem y educación terapéutica centrada en el paciente (IDF, 2020).*

1. ¿De qué manera cuida su salud física?
2. ¿Qué tipo de indicaciones o recomendaciones sobre alimentación y ejercicio ha recibido?
3. ¿De qué manera ha aprendido a cuidar su diabetes o fuerza muscular?

#### **Dimensión 5: Apoyo familiar, comunitario o institucional.**

*Fundamento: Determinantes sociales de la salud y red de apoyo (OMS, 2010)*

1. ¿Quiénes le acompañan o apoyan en su cuidado diario y de qué forma lo hacen?
2. ¿Cómo se relaciona con su familia o vecinos en este proceso?
3. ¿Qué tipo de apoyo ha recibido desde centros de salud, programas comunitarios u otras instituciones?

## **Anexo 2. Consentimiento informado**

### **Introducción**

Nosotros como estudiantes del área de la salud de la carrera de nutrición, estamos desarrollando una investigación sobre cómo la Sarcopenia y la Diabetes Mellitus tipo 2 afecta en la vida cotidiana de las personas adulto mayor desde los 60 a los 75 años.

Para esto queremos realizar una entrevista semi estructurada, donde usted nos pueda contar acerca de su experiencia con ambas patologías.

### **Objetivo:**

Comprender la percepción de las y los adultos mayores con Sarcopenia y Diabetes Mellitus tipo II, de 60 a 75 años, de ambos sexos, en Villa Primavera, La Pintana. Considerando sus efectos en la funcionalidad motriz y calidad de vida.

Esta investigación es una sesión donde se incluirá una serie de preguntas abiertas para que usted pueda contarnos su experiencia con Diabetes Mellitus tipo 2 y sarcopenia (pérdida de masa muscular y fuerza muscular), cómo eso ha afectado en su cotidianidad y calidad de vida.

Las personas que participarán en esta investigación son adultos mayores de 60 a 75 años, con capacidad cognitiva para responder una encuesta de forma clara, sumado al diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo dos y signos o diagnóstico de sarcopenia (pérdida de masa muscular y fuerza muscular).

Su participación es voluntaria. Usted puede elegir si desea o no participar de esta investigación. De igual manera si acepta participar y más tarde cambia de idea o ya no quiere seguir respondiendo preguntas, puede comunicarlo y damos por terminada la entrevista.

Durante la investigación la visitaremos solo una vez, durará de 30 a 60 minutos, le realizaremos un par de preguntas que según si usted se siente cómodo o no, será grabado el audio, jamás se grabará su rostro o se revelará su identidad.

Las preguntas son sobre la percepción (como usted se siente) de la enfermedad y sus síntomas, capacidad para hacer cosas en su casa o actividades que usted podía realizar antes y ahora no, calidad de vida y estado emocional, apoyo familiar, comunitario o institucional.

En caso de malestar, cansancio, agobio o incomodidad, se dará por terminado el estudio o su participación.

Confidencialidad: la identidad de los participantes no será revelada, la información recolectada será para único uso de la investigación, solo los investigadores tendrán accesibilidad.

En caso de no desear ser parte del estudio puede dejar de participar en cualquier momento. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.