

***“NO PENSÉ QUE ME IBA A LLEGAR, ESO ES POR PURO Y NETO
DESCUIDO”***
**VIVENCIAS DE ADULTOS MAYORES CON DIAGNOSTICO DE DIABETES
TIPO 2**

ANDRY HASBLEIDY SABOGAL PEDRAZA

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA COLECTIVA
BOGOTA D.C
AÑO 2013**

***“NO PENSÉ QUE ME IBA A LLEGAR, ESO ES POR PURO Y NETO
DESCUIDO”***
**VIVENCIAS DE ADULTOS MAYORES CON DIAGNOSTICO DE DIABETES
TIPO 2**

ANDRY HASBLEIDY SABOGAL PEDRAZA

Trabajo de Grado

**ASESOR
LILIANA QUEVEDO LEÓN
ENFERMERA, MAESTRIA EN SALUD FAMILIAR Y ATENCION PRIMARIA
EN SALUD**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA COLECTIVA
BOGOTA D.C
AÑO 2013**

Nota de aceptación:

Firma del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Bogotá D.C Mayo 2013

DEDICATORIA

- A Dios por permitirme vivir cada día para poder culminar mis estudios, por no dejarme decaer en los momentos más difíciles de mi vida, por ser mi bastón y ser la fortaleza que necesito cada día para salir adelante.
- A mis papas por ese apoyo incondicional que me brindaron todo el tiempo, por sus sabios consejos, por estar cada día en este proyecto de vida, su voz de aliento para que se hiciera realidad. A ti mamá que has sido la luz de mi vida por darme la seguridad, las virtudes, por la educación que me brindaste.
- A Luis, por su constante compañía, por sus palabras de aliento en los momentos de oscuridad y por compartir estos momentos conmigo.
- A mis amigas y mis compañeras, que me colaboraron y estuvieron pendientes de que este sueño se hiciera realidad.

AGRADECIMIENTOS

- Agradezco a Dios por guiarme cada día, cada instante en las actividades diarias que realizo.
- A la profesora Liliana Quevedo por brindarme sus conocimientos y su experiencia, por su apoyo, motivación, acompañamiento, por el tiempo dedicado y la paciencia en el transcurso de esta investigación.
- A la institución que aceptó mi propuesta, me abrió sus puertas y me permitió realizar esta investigación con los adultos mayores.
- A los adultos mayores por permitirme compartir un momento agradable con ellos, del cual me enseñaron que la experiencia, la vivencia de la vida es muy valiosa, que se debe saber escuchar consejos.
- A la Facultad de Enfermería por brindarme herramientas y elementos para poder culminar este proyecto.
- A todas las personas que han hecho que esta investigación se llevara a cabo.

NOTA DE ADVERTENCIA

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de grado. Solo velara que no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque los trabajos de grado no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellos el anhelo de buscar la verdad y la justicia”.

*Artículo 23 de la Resolución N° 13 de Julio de 1946
Pontificia Universidad Javeriana*

CONTENIDO

INTRODUCCIÒN	15
1. DEFINICIÒN DEL PROBLEMA.....	16
1.1 ANTECEDENTES	16
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÒN.....	23
1.3 DEFINICIÒN OPERATIVA DE TÉRMINOS	25
1.3.1 VIVENCIAS.....	25
1.3.2 ADULTO MAYOR.....	27
1.3.3 DIABETES TIPO 2.....	27
2. OBJETIVOS.....	28
2.1 General	28
2.2 Específicos.....	28
3. PROPÒSITOS	29
4. MARCO REFERENCIAL.....	30
4.1 ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL.....	30
4.2 ENFERMEDADES CRÒNICAS NO TRANSMISIBLES.....	33
4.3 DIABETES: HISTORIA, EPIDEMIOLOGÍA Y DEFINICIÒN.....	36
4.4 VIVENCIAS	42
4.5 MANEJO DE LA DIABETES EN EL SISTEMA DE SALUD.....	44
5. DISEÑO METODOLOGICO.....	46

5.1 TIPO DE ESTUDIO	46
5.2 ESCENARIO DE LA INVESTIGACION	46
5.3 PARTICIPANTES DEL ESTUDIO	46
5.4 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DEINFORMACION	47
5.5 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	47
5.6 ORGANIZACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	49
5.6.1 Organización de los datos	49
5.6.2 Surgimiento de categorías y codificación.....	49
5.6.3 Interpretación de los datos	50
5.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	50
6. ANALISIS DE LA INFORMACION.....	51
6.1 ANTES: UN TOTAL DESCUIDO	52
6.1.1. QUE SABIAN:	52
6.1.3 QUE HACIAN	54
ACTUARES, SENTIRES Y PADECERES.....	55
6.2. DURANTE: COMO SE VIVE CON LA DIABETES.....	55
6.2.1 COMO INTERVENÍAN	55
6.2.2 <i>EL SABER POPULAR</i>	57
6.2.3 CUALES ERAN SUS SENTIMIENTOS	57
6.2.4 PADECERES DE LA ENFERMEDAD	60
APREHENDERES, PROYECTARES Y ACONSEJARES.....	63
6.3. DESPUES: SABER ESCUCHAR	63
6.3.1 QUE SE APRENDIO	63
6.3.2 <i>COMO SE VEN EN UNOS AÑOS</i>	65
6.3.3 <i>QUE ACONSEJAN:</i>	66
7 CONCLUSIONES	67
8. RECOMENDACIONES.....	69

BIBLIOGRAFIA.....	70
ANEXO NO 1	79
ANEXO NO 2.....	81
CUADRO 1. MATRIZ DE ANÁLISIS.	82
CUADRO 2. CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES.....	82

INTRODUCCIÓN

La presencia de adultos mayores se hace cada vez más evidente en el mundo como consecuencia del aumento en la esperanza de vida y la disminución en las tasas de fecundidad, cambio que repercute en el aumento de las enfermedades crónicas, como las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial, la diabetes tipo 2, las enfermedades respiratorias, entre otras.

La Diabetes tipo 2, es una de las enfermedades crónicas que en mayor proporción afecta al adulto mayor, su mayor prevalencia se encuentra en Asia y Europa, en Colombia es la quinta causa de muerte. Es considerada un problema de salud pública por los costos en el tratamiento y la presencia de complicaciones agudas y crónicas que afectan la calidad de vida de las personas que la padecen.

La presente investigación cualitativa describe las vivencias de siete adultos mayores de 60 años, hombres, con diagnóstico médico de diabetes que se encuentran asistiendo a una institución de primer nivel de atención y vinculados al programa de diabetes, a través de los permisos correspondientes se utilizó la entrevista semiestructurada para la obtención de la información, se organizaron los datos y mediante una matriz de análisis se organizó la información para dar respuesta a los objetivos planteados.

En cuanto a los resultados obtenidos se encontró que los adultos mayores no conocían nada de la enfermedad, lo veían en los demás pero al no tenerla no se preocupaban por ella, piensan que es una enfermedad que se da por descuido en los hábitos de vida, como la alimentación, el sedentarismo, dan a conocer como era su vida antes de presentar la enfermedad la buena comida, los dulces, el trago, la rumba, quedando la satisfacción que disfrutaron. Una vez descubierto la enfermedad se da inició a los cambios de estilos de vida donde empieza el proceso de aceptación de la enfermedad, iniciando cambios en la dieta y el inicio de medicamentos lo que genera a su vez sentimientos de miedo, ansiedad y depresión.

Los consejos que dan es que cada persona debe cuidarse con sus hábitos alimenticios, mientras se está joven hacer conciencia de que es una enfermedad que puede llegar en cualquier momento y que es silenciosa, afectando los aspectos físicos, sociales y emocionales de la vida.

1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES

El aumento de adultos mayores en el mundo cada día se hace más evidente tanto en países desarrollados, como en países en vías de desarrollo.

En los países desarrollados se han alcanzado altos niveles de vida, reducción de desigualdades económicas, desigualdades sociales y al igual que en los países en vías de desarrollo el avance de la tecnología médica y el control de las enfermedades crónicas han desencadenado un descenso de la mortalidad¹ se ha presentado reducción en las tasas de fecundidad y aumento en la esperanza de vida², factores que han contribuido a que la población adulta mayor cada día sea más evidente.

Ser adulto mayor hace parte de las fases del ciclo vital individual, es un proceso universal que afecta a todos los seres vivos, no todos envejecen al mismo tiempo, ni de la misma forma; se caracteriza por una serie de cambios tanto físicos y psicológicos de los cuales hay pérdida progresiva de adaptación del organismo, el cuerpo presenta afecciones anómalas internas o externas y la sociedad hace parte de ese cambio³.

Actualmente los datos de la Organización Mundial de la Salud informa que: “La población mundial de 60 años o más es de 650 millones”⁴, en comparación con el siglo XX en la década de los 50 hubo un número estimado de 400 millones de adultos mayores⁵, se prevé que entre el periodo 2000 y 2050, la proporción de los adultos mayores de 60 años en el mundo se duplicará, pasando del 11% al 22%, datos que evidencian, como los adultos mayores se duplicarán en 50 años. Se calcula que para el año 2025 existirán alrededor de 1200 millones

¹ALBALÁ C, Lebrão ML, DIAZ, León EM, et al “Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada” En: Revista Panamericana de Salud Pública(2005).Vol17(5/6): Pág. 307

²VELÁSQUEZ URIBE, M.T “Envejecimiento de la población”, en Revista Ciencias 75,(Septiembre 2004), pág. 28-34, disponible en : <http://www.ejournal.unam.mx/cns/no75/CNS07504.pdf>. Consultado Septiembre del 2012

³MARIN, J.M “Envejecimiento”, en Revista Salud Publica Educación Salud” (en línea), Vol. 3, (1),núm:28-33, (2003), disponible en <http://webs.uvigo.es/mpsp/rev03-1/envejecimiento-03-1.pdf>. Consultado: septiembre 2012

⁴ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD “Campaña de la OMS por un envejecimiento activo”. (2001) (en línea), disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/index.html>. Consultado septiembre 2012

⁵ALONSO GALBÁN Patricia, SANSÓ SOBERATS Félix J, et al “Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor”, en Revista Cubana Salud Pública , (2007enero-marzo), volumen.33 núm. 1 (en línea), disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n1/spu10107.pdf> _consultado en septiembre 2012

de adultos mayores y para el año 2050 alcanzarán los 2000 millones⁶. Lo anterior deja ver como el número de adultos mayores se triplicarán en un período de más o menos 75 años.

Para el sistema de salud esta transición demográfica tiene sus repercusiones, en los países desarrollados se pasó de controlar las enfermedades infecto – contagiosas manejar enfermedades crónicas que se presentan en el adulto mayor. En los países en vías de desarrollo no se ha terminado de controlar las enfermedades propias de la infancia para dar paso al control de las enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, enfermedad renal, enfermedades pulmonares obstructivas, entre otras, lo cual representa nuevos costos y genera reforzar nuevas políticas de atención. Por lo general, las enfermedades diagnosticadas en los adultos mayores no son curables y, si no se tratan adecuada y oportunamente, tienden a provocar complicaciones y secuelas que dificultan la independencia y la autonomía de las personas⁷.

En investigaciones realizadas se encontró un estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe.

Su objetivo fue identificar entre determinadas enfermedades crónicas, la presencia de discapacidad en adultos mayores de 60 años entre ellas la diabetes, la cual busca mirar de acuerdo a la discapacidad el tipo de patología que tipo de discapacidad presenta, estudio que fue patrocinado por la Organización Panamericana de la salud en un estudio multicentrico de salud, bienestar y envejecimiento SABE, con el fin de recopilar información acerca de la calidad de vida del adulto mayor llegando la conclusión ABVD se exploró si la persona consideraba que las dificultades de los adultos mayores para realizar AIVD es decir prepararse una comida caliente, controlar el dinero, salir solo a la calle, subir a o descender de un vehículo, hacer las compras de los alimentos, son las primeras en aparecer, se deben establecer mecanismos de seguimiento que permitan detectar tempranamente este tipo de discapacidad.⁸.

⁶ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD “Envejecimiento y ciclo de vida” . (27 de Septiembre 2011).(En línea), disponible en: <http://www.who.int/ageing/es/index.html> Consultado septiembre 2012

⁷ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.”Estrategia regional y Plan de Acción para Un Enfoque Integrado Sobre la Prevención y el Control de la Enfermedades Crónicas”2007 Pág. 6. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/OPS_Estrategia_Regional_plan_accion_sobre_ENT_SP_2006.pdf

⁸MENÉNDEZ, J. *et al.* Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública. 2005;17(5/6):353–61.. Disponible en : <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26272.pdf> Consultado septiembre del 2012

En investigaciones realizadas con adultos mayores y enfermedades crónicas, por la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana en el año 2010, tuvieron como objetivo reconocer las características del proceso de comunicación del equipo de salud con el adulto mayor con hipertensión arterial y llegaron a la conclusión que la empatía, el ser escuchadas sus inquietudes, tener una comunicación corta, una información incompleta y descontextualizada porque no se tiene en cuenta los cambios funcionales como (deterioro sensorial, pérdida de la visión y la audición), así mismo el nivel educativo y las condiciones socioeconómicas, la infraestructura del centro donde se llevó el estudio no tiene los medios necesarios para brindar educación apropiada son elementos que no permiten que haya una comunicación adecuada con el adulto mayor⁹.

En un estudio realizado por la facultad de psicología de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali hace una publicación acerca de enfermedades crónicas en el adulto mayor en Cali. Con el objetivo de describir como se representa la enfermedad crónica en la ciudad de Cali, el cual busca mostrar los diferentes estilos de vida de las personas, como han sido aceptados lo diferentes tipos de tratamiento y como ha venido siendo aceptado los programas diferentes programas de salud, del cual llegan a la conclusión que la enfermedad crónica continúa siendo un problema en los adultos mayores a pesar de los avances tecnológicos y su presencia está relacionada, no sólo con la disminución de la funcionalidad del ser humano, sino también, con el control y la prevención de las enfermedades y la dificultad para acceder a los sistemas de salud.¹⁰

Con respecto a las enfermedades crónicas, la Diabetes Tipo 2 es una de las que más afecta al adulto mayor, representa una causa importante de morbi-mortalidad ocasionando infarto agudo de miocardio, invalidez, presentando complicaciones como insuficiencia renal crónica, retinopatía, neuropatía y secuelas de enfermedades cerebro vasculares, entre otras¹¹.

⁹FIRIGUA MONTERO, Daniela. Características del Proceso de Comunicación Equipo De Salud- Adulto Mayor Con De Hipertensión Arterial. Programa De Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Institución Primer Nivel De Atención. Bogotá. Trabajo de Grado. Enfermera Profesional. Bogotá, D. C. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería Clínica. Abril 2010, p. 25-26.

¹⁰Durán A, *et al.*; "Enfermedad crónica en adultos mayores" Univ. Méd. Bogotá (Colombia), Diciembre del 2009 51 (1): 16-28. Disponible en:

<http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/V51n1/Universitas%20M%E9dica%20Vol.%2051%20No.%201/Enfermedad%20C%F3nica.%20P%20E1q.%2016-28.pdf>consultado septiembre 2012

¹¹DIEZ MEJÍA, Bertha Ligia. (2006 marzo) "Consideraciones acerca de la diabetes mellitus tipo 2"Revista Investigación y Educación en Enfermería- Medellín, vol. XXIV N°1.

Según la Organización Mundial de la Salud, en el 2012 hubo más de 347 millones de personas con diabetes tipo 2 en el mundo, convirtiéndose en una epidemia mundial relacionada con el rápido aumento de sobrepeso, obesidad e inactividad física, en cuanto a la mortalidad en 2004 aproximadamente fallecieron 3,4 millones de personas como consecuencia de esta enfermedad¹².

Se registra que la prevalencia reside de la diabetes aumento en los adultos mayores, con una prevalencia que puede llegar a superar el 20% en mayores de 75 años y se estima que la prevalencia en mayores de 65 años es 10 veces mayor a la que se registra en personas menores de 45 años. Un ejemplo de ello es España con un prevalencia de adultos mayores de 65 años la prevalencia de la diabetes supera el 25-30%¹³.

La diabetes se ha convertido en un problema de salud pública debido a su significativo aumento; la prevención y el tratamiento de esta enfermedad se considera ahora una de las prioridades en países donde antes la mayoría de los recursos se destinaban a los problemas materno infantiles¹⁴ De estas estadísticas es importante rescatar que la diabetes es uno de los problemas de salud que debe tener un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno para evitar sus complicaciones y una menor mortalidad.

Sin lugar a dudas sus complicaciones agudas y crónicas, que son causa de hospitalización, incapacidad, menor productividad laboral y muerte prematura¹⁵, tiene repercusión familiar, social y económica, teniendo en cuenta que la diabetes tipo 2 se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte en muchos países¹⁶.

En Colombia para el año 1980 se presentaron 2.082 defunciones comparadas con 7.449 defunciones para el año 2006, lo que equivale a un incremento

¹² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (Septiembre de 2012) "Diabetes. Nota descriptiva N°312 , Datos fundamentales Día Mundial de la Diabetes 14 de noviembre.", (En línea), disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>

¹³ DELGADO, Elías. Hospital Universitario de Asturias, Oviedo. Epidemiología "Las estimaciones internacionales indican que la prevalencia de diabetes se duplicará en los próximos años" Revista Reesmggrafvol 7 núm. 2 (En línea), disponible en: http://www.economiadelasalud.com/ediciones/72/08_pdf/analisisepidemiologia.pdf

¹⁴ ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE DIABETES (2006) "Guías Alad De Diagnóstico, Control Y Tratamiento De La Diabetes Mellitus Tipo 2, Epidemiología de la diabetes tipo 2 en Latinoamérica" Capítulo 1, pág. 5-7. (En línea), disponible en: http://www.revistaalad.com.ar/guias/GuiasALAD_DMTipo2_v3.pdf

¹⁵ REGLA CAROLINO, IdalinaDiair. *et al.* "Factores De Riesgo En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2" Rev. Latino-am Enfermagem. (2008 marzo-abril:) Vo16 núm...(2).

¹⁶ GUZMÁN-JUÁREZ, Nora y MADRIGAL-BUJAJIDAR, Eduardo. "Revisión de las características clínicas, metabólicas y genéticas de la diabetes mellitus" Asociación Mexicana de Bioquímica Clínica, A.C. Bioquímica, México Red de revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (abril-junio, 2003) Vol. 28, Núm. 2, pp. 14-23.

porcentual del 250% en un periodo de 27 años, la edad en la que ocurre es en personas mayores de 40 años y en especial en la zona urbana.

La mayor mortalidad se registra en la zona urbana con una tasa del 17,3 por cada 100.000 habitantes, y en la rural del 4,7 por cada 100.000.

La prevalencia de diabetes en la población de 18 a 69 años es de 3,5%, lo que indica que más de un millón y medio de colombianos padecen esta enfermedad. La diabetes ocupó la quinta posición dentro de las diez primeras causas de mortalidad y es una enfermedad que se encuentra en aumento, triplicando su incidencia¹⁷.

La prevalencia de la diabetes tipo2 en Bogotá, a finales de los años ochenta en el área urbana mostraba una prevalencia de 7,3% en hombres y de 7,4% en mujeres, comparada con el año 2009 en los hombres se encontró la misma prevalencia y en mujeres un incremento al 8.7%, entre personas de 25-64 años cabe resaltar que el cambio poblacional comparados en el siglo XX a el siglo XXI son significativos ¹⁸¹⁹

Un estudio realizado en Cuba entre Enero y Julio del 2008, en pacientes con diagnóstico de Diabetes tipo 2, con edades entre los 35 y 64 años de edad, demuestra que una persona con diabetes que adquiere los conocimientos y educación necesarios sabe qué hacer para evitar la aparición de complicaciones tanto agudas como crónicas y cómo atacar a tiempo cualquier problema que se pueda presentar²⁰.

Teniendo en cuenta lo descrito se evidencia que la diabetes tipo 2 es una enfermedad que debe ser tratada constantemente, del cual enfermería ha estado altamente comprometida, y como se han mostrado las estadísticas es una enfermedad que va en constante crecimiento, debido al aumento de la esperanza de vida, a los hábitos de vida inadecuados que viven las personas y los adultos mayores, que con el pasar del tiempo la enfermedad va generando vivencias que son esas experiencias percibidas durante el transcurso de la vida, como tal deja una enseñanza, un sentimiento de lo vivido y del cual

¹⁷REPUBLICA DE COLOMBIA. Ministerio De La Protección Social. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Bogotá, D.C; ASIS - Análisis de la situación de salud en Colombia, (2002-2007). "Tomo III: Morbilidad y mortalidad de la población colombiana. Colombia.". Pág. 307 p(En línea), disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ASIS-Tomo%20III--Morbilidad%20y%20mortalidad%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20colombiana.pdf> Consultado septiembre 2012

¹⁸ ASCHNER, P. "Epidemiología de la diabetes en Colombia" Hospital Universitario San Ignacio. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá (Colombia) Avances Diabetología. 2010. p.26., p. 95-100.

¹⁹Ibíd., ASCHNER, P. p.96, 97.

²⁰ SÁNCHEZ BELKIS, M Vicente."Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes con diabetes tipo 2" Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cienfuegos, Cuba (2010) vol. 8, núm. 6, pp. 21-27

pueden hablar de ello, como lo describe Ortega y Gasset “*experiencia de lo vivido*”²¹.

Se considera que la vivencia es intransferible, dada sólo por quien la experimenta, no permite replicaciones o imitaciones, es única y comprensible solo con la ayuda y participación de quien la experimenta para expresar emociones y saberes que hace parte del acto vivencial e incluye componentes cognitivos: “*Depende no sólo de la naturaleza de la situación misma, sino de la medida en que el individuo entiende y se percata de ella*”²².

Es decir es el entorno que influye en esa vivencia para que sea percibida, las vivencias o parte de ellas son almacenadas y pueden ser activadas o expresadas ante situaciones que contengan elementos similares a las que originalmente las desencadenaron²³.

La vivencia está condicionada por la cultura, la sociedad, y las redes vinculares que se establecen en la misma; “*la vivencia, se manifiesta no como funciones de su vida anímica personal, sino como un fenómeno de significación y valor sociales*”²⁴.

La base de esta investigación son las vivencias de la diabetes en el adulto mayor, cabe resaltar que existen varias investigaciones realizadas por la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana, sobre vivencias de adultos mayores, estudios como: “*Vivencias del apoyo familiar*”²⁵, “*Donde fuimos a parar*”²⁶ donde muestran vivencias de maltrato familiar en adultos mayores.

²¹ ORTEGA Y GASSET. El raciovitalismo Dpto. de Filosofía. Filosofía II curso 2007 / 2008 I.E.S. Pintor Juan Lara disponible en: www.elprofedetica.es/docs/pau/ortegaygasset.pdf y en www.rae.es/

²² Hernández, A. (La vivencia como categoría de análisis para la evaluación y el diagnóstico del desarrollo psicológico. *PsicoPediaHo* (2010, 24 de junio). y,12(129). Disponible en: <http://psicopediahoy.com/vivencia-como-categoria-de-analisis-psicologia/>

²³ *Ibid.*, Hernández, A. P, 8.

²⁴ *Ibid.*, Hernández, A.p 4.

²⁵ BORJA HERNÁNDEZ, Diana Paola; SERRATO TRIANA, Silvia Arabelly y SOTO MENDOZA, Luisa Fernanda *Vivencias del apoyo familiar, programa ambulatorio de adultos mayores, ciudad Bolívar (trabajo de grado)*, Enfermera Profesional Bogotá (Agosto noviembre del 2009)., Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería.

²⁶ MUÑOZ RICAUTE, Lina Marcela y NUÑEZ MENDEZ, Yenifer. () “*Donde fuimos a parar*” *Vivencias del maltrato familiar de adultos mayores institucionalizados en el centro de protección social “CPS” Localidad de San Cristóbal, (trabajo de grado)*, junio 2011 Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería.

De los estudios realizados es importante resaltar la investigación acerca de vivencias de la persona con diabetes realizada a personas mayores de 50 años inscritas al programa de control de diabetes en el Hospital San Pedro y San Pablo en la Virginia, Risaralda. En el cual se encontraron malas prácticas de autocuidado con la enfermedad, un inadecuado hábito alimenticio, se encontró que los pacientes asumen que la enfermedad han cambiado sus vidas, ejercen prácticas de autocuidado a partir de lo que han vivido, donde la mayoría refirieron problemas a nivel personal y de dependencia de sus familiares, se encontraron aprendizajes de la enfermedad y aprendieron a vivir con ella, conocerla para saber sobrellevarla y aconsejan a otros empezar a cuidarse²⁷.

Un estudio demuestra que el enfoque educativo debe englobar los aspectos subjetivos y emocionales que influyen en la atención al tratamiento, yendo más allá de los procesos cognitivos, es decir el conocimiento que tienen sobre la enfermedad, del que se busca hacer al individuo más participativo y por tanto resalta que es importante conocer y comprender, con más detenimiento, las experiencias vividas, pues el paciente diabético *“atribuye a las experiencias vividas por la enfermedad no apenas un significado, sino un sentido que se relaciona con su modo de existir”*. Por tanto para que el proceso educativo sea eficaz, es necesario conocer las creencias los sentimientos, los pensamientos, las actitudes y los comportamientos de los pacientes, en fin, lo que los sujetos aprenden de su medio ambiente y a través de sus relaciones con otros individuos.²⁸.

En la literatura existen otros estudios que hablan sobre las vivencias en diabetes con otros grupos poblacionales, hay dos investigaciones que resaltan los pensamientos, actitudes y muestra sentimientos de rabia, odio, miedo por la enfermedad y cada persona da a conocer la percepción de la enfermedad; el primer estudio muestra: *“Las dificultades de los pacientes diabéticos para el control de la enfermedad: Sentimientos y comportamientos”*, estudio realizado en (Sao Paulo) Brasil, en el año 2007 con personas entre 25 y 76 años de edad alfabetizados. Los resultados mostraron que son innumerables las dificultades relacionadas al seguimiento del tratamiento por rechazo y negación de la condición de enfermo, e infiere que el enfoque de la aproximación educativa no debe restringirse apenas a la transmisión de conocimientos;

²⁷ SEPULVEDA, Leidy Paola *“Aprendí a vivir con ella” vivencia de la persona con Diabetes la Virginia Risaralda,* (trabajo de grado), Bogotá. (2007), Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería.

²⁸ SIQUEIRA PÉRES, Denise. *“Dificultades De Los Pacientes Diabéticos Para El Control De La Enfermedad: Sentimientos Y Comportamientos”* Rev Latino-am Enfermagem (2007) vol. 15(6) disponible en : http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/es_07.pdf

también es importante que englobe aspectos emocionales, sociales y culturales que influyen en el seguimiento del tratamiento²⁹.

Y el segundo estudio muestra: “Los sentimientos de las mujeres después del diagnóstico de diabetes tipo 2” realizado en el año 2008, en Brasil con mujeres entre 49 y 76 años de edad que presentaron bajo nivel de escolaridad, se llegó a la conclusión que el comportamiento de las mujeres después del diagnóstico de la diabetes fue asociado a una serie de sensaciones y de reacciones que interfieren en la adherencia al tratamiento y necesitan ser entendidas por el equipo de salud. En un proceso educativo, no basta con ofrecer información, porque el comportamiento humano es extremadamente complejo, yendo más allá de los aspectos cognoscitivos, y está arraigado en las esferas afectivas y emocionales³⁰.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

En Colombia el aumento de adultos mayores se hace evidente al igual que lo es a nivel mundial, de la misma forma como se hace evidente el incremento de enfermedades crónicas y dentro de ellas la diabetes, esta enfermedad como muchas de las enfermedades crónicas necesitan de un tratamiento médico instaurado, pero también de cambios en los hábitos de vida de las personas que la padecen por lo que en muchas ocasiones se hace difícil su control, es una enfermedad que si no se controla presenta complicaciones que afectan la calidad de vida de la persona.

El conocer las vivencias de los adultos mayores frente a la enfermedad será de gran importancia ya que permite reorientar el cuidado hacia este grupo poblacional y nos permite acercarnos al conocimiento de lo que para el adulto mayor significa vivir con ella.

Conociendo que vivencian los adultos mayores frente a la enfermedad permite plantear nuevas estrategias de acercamiento, de educación, de manejo frente a la enfermedad.

Ayudar a las personas con diabetes a obtener el conocimiento en las habilidades necesarias para manejar su condición basado en el conocimiento de las vivencias permite mejorar el cuidado, muchas veces se atribuye que la

²⁹SIQUEIRA PÉREZ Denise, “Dificultades De Los Pacientes Diabéticos Para El Control De La Enfermedad: Sentimientos Y Comportamientos” Op. Cit , P 2.

³⁰SIQUEIRA PÉREZ ,Denise. FRANCO, Laércio Joel y DOS SANTOS, ManoelAntônio. (2008) “Los Sentimientos De Las Mujeres Después Del Diagnóstico De Diabetes Tipo 2” Rev Latino-am Enfermagem vol16(1) disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/es_15.pdf.

falta de conocimiento de la enfermedad no permite que haya un adecuado manejo de ésta³¹³².

Teniendo en cuenta este panorama se hace importante conocer las vivencias frente a la enfermedad, es importante resaltar que esta investigación ha tomado y adoptado la propuesta de vivencias en salud, del profesor Daniel Eslava de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana quien desde el año 2002 plantea el conocer las vivencias en un Antes, Durante y Después y que se encuentran plasmados en múltiples trabajos en diferentes situaciones de salud.

El antes se compone de saberes, pensares, haceres, el durante de actuare, sentires, padecer y el después de aprehenderes, proyectares, aconsejares, que ayudaran a vislumbrar las vivencias con respecto a la diabetes tipo 2 en un grupo de adultos mayores.

Con este interés se busca identificar y describir las vivencias del adulto mayor ante la diabetes, conociendo estos aspectos se puede contribuir a reorientar el cuidado de enfermería en pro de un mayor bienestar en el adulto mayor, pues se ha visto que es un problema real y de salud pública en el cual están involucrados los enfermeros como personal de salud responsable del cuidado.

Esto permite tener un mayor conocimiento acerca de la enfermedad en este grupo etéreo, indagar las vivencias en los adultos mayores permite identificar experiencias vividas acerca de la diabetes tipo 2, para que como profesionales de la salud desde el campo de enfermería se obtenga un mayor conocimiento y pueda ser aplicado en el cuidado brindado y se pueden plantear intervenciones de cuidado para un manejo adecuado de la enfermedad, logrando disminuir las complicaciones lo que en forma indirecta conlleva a una mejor calidad de vida de los adultos mayores, sus familias y contribuye a disminuir los costos en salud.

Se ha demostrado que la educación en salud constantemente permite que haya una adecuada información, y educación sobre la enfermedad y sus cuidados del cual enfermería hace parte, y que está demostrado en un estudio sobre educación permanente en salud, permitió conocer que las actualizaciones constantes del equipo de salud fortalecieron el compromiso

³¹SÁNCHEZ BELKIS, M Vicente, ZERQUERA TRUJILLO Gisela, PERAZA ALEJO Dania: En "Calidad de vida en el paciente diabético", Medisur: Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos, ISSN-e 1727-897X, Vol. 6, N°. 3, 2008, págs. 22-28

³² REPUBLICA DE COLOMBIA Ministerio de la Protección Social. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública, Op. Cit, P, 112.

profesional y el desarrollo de la conciencia del grupo favoreciendo el progreso de la integración entre universidad, servicio y comunidad, facilitando el planeamiento y la organización del programa educativo,³³ que para el caso, el conocer las vivencias del adulto mayor con Diabetes tipo 2 contribuirá al conocimiento y por ende a su aplicación en el cuidado brindado a este grupo etéreo.

Cabe resaltar que la práctica realizada con adultos mayores en V semestre con diagnóstico de diabetes tipo 2 y la presencia de la enfermedad en varios integrantes adultos mayores de la familia me llevaron a plantearme varios interrogantes: ¿Cómo se vive la enfermedad?, ¿Qué piensa el adulto mayor con respecto a su enfermedad?, ¿Qué sentimientos se generan hacia ésta? entre otros... fueron aspectos que me motivaron trabajar el tema, teniendo en cuenta que la diabetes como lo muestran las estadísticas es una enfermedad que va en aumento, así como el grupo de adultos mayores que va en crecimiento, sin dejar de lado las múltiples complicaciones que se pueden llegar a presentar y que pueden repercutir en la calidad de vida del adulto mayor, su familia y la sociedad.

La presente investigación contribuye al conocimiento y el conocer como los adultos mayores vivencian la enfermedad, permitirá contribuir para el mejoramiento en educación en salud en las instituciones, ya que se logran identificar las debilidades referidas por los adultos mayores, que no permite que haya una adecuada aceptación, manejo y control de la enfermedad.

Por tanto surge la pregunta ¿Cuáles son las vivencias del adulto mayor con diagnóstico de Diabetes tipo 2, que asisten a una institución de salud de primer nivel de atención en la ciudad de Bogotá?

1.3 DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS

1.3.1 VIVENCIAS

Las vivencias son experiencias percibidas durante el transcurso de nuestra vida, como tal deja una enseñanza, un sentimiento de lo vivido y del cual

³³ SEABRA RODRIGUES, Andreia Cristina. *et al.* "A proposal of continuing health education to update health team professionals in diabetes mellitus" *Rev Esc Enferm USP* 2010";vol 44 num (2):pp 524.

pueden hablar de ello, como lo describe Ortega y Gasset “*experiencia de lo vivido*”³⁴

Para la presente investigación las vivencias son experiencias vividas por los adultos mayores con respecto a la diabetes tipo 2y se compone de experiencias antes de conocer la enfermedad (saberes, pensares, haceres), experiencias durante la enfermedad (actuares, sentires, padeceres) y por ultimo sus aprehenderes, proyectares y aconsejares con respecto a la enfermedad*

MOMENTOS	COMPONENTES	
ANTES	Saberes	Conocer que conocimientos y que comprendían los adultos mayores antes de presentar la diabetes.
	Pensares	Que pensamientos, que conceptos surgían con la enfermedad y de ver a otras personas que presentaban la diabetes.
	Haceres	Es conocer cuáles fueron sus estilos de vida, hábitos alimenticios, actividad física, antes de presentar la enfermedad.
DURANTE	Actuares	Hace referencia de cuáles fueron las intervenciones, los cambios en su vida, que tuvo el adulto mayor al tener conocimiento de que presentaba la enfermedad.
	Sentires	Se busca conocer cuál es la sensación, conmoción, que sentimientos generaron tener la diabetes, al ser diagnosticada y en el trayecto de que presenta la enfermedad.
	Padeceres	Es conocer lo que ha tenido que pasar el adulto mayor desde que fue descubierta su enfermedad, que sufrimientos, que ha tenido que soportar, aguantar, resistir, tolerar, sobrellevar con la diabetes.
DESPUES	Aprehenderes	Se busca conocer cuáles son los aprendizajes y conocimientos que ha generado la enfermedad desde que fue diagnosticada.
	Proyectares	Es conocer que planificaciones, ideas tienen los adultos mayores con la enfermedad, como va a continuar sus vidas, con la enfermedad.
	Aconsejares	Identificar que quieren recomendar, advertir, sugerir, los adultos mayores de las experiencias que les ha dejado la enfermedad.

³⁴ORTEGA Y GASSET. El raciovitalismoOp. Cit, P 6,

* Propuesta de vivencias en salud, planeada del profesor Daniel Eslava de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana quien desde el año 2002 plantea el conocer las vivencias tomando en cuenta estos momentos y sus respectivos componentes.

1.3.2 ADULTO MAYOR

La política nacional de envejecimiento y vejez 2007 – 2019 define al adulto mayor como: “Personas mayores mujeres y hombres que tienen 60 años o más o mayores de 50 años si son poblaciones de riesgo por ejemplo indigentes o indígenas)”³⁵.

Para la presente investigación los adultos mayores serán las personas que tienen 60 años de edad o más.

1.3.3 DIABETES TIPO 2

La Asociación Latinoamericana de Diabetes define la diabetes tipo 2 como: *“Un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina”*³⁶

La Asociación Colombiana de Diabetes la define como: *“Una enfermedad crónica e incurable, caracterizada por la presencia de concentraciones elevadas de glucosa en sangre, causada por la falta de producción de insulina y/o por un defecto de la acción de la misma. Al sobrepasar un determinado límite, esa hiperglucemia puede producir síntomas y pone a la persona en riesgo de desarrollar complicaciones agudas y crónicas”*.³⁷

³⁵COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. (diciembre de 2007) “Política nacional de envejecimiento y Vejez, 2007-2019”.

³⁶ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE DIABETES “Guías Alad De Diagnóstico, Control Y Tratamiento De La Diabetes Mellitus Tipo 2, Epidemiología de la diabetes tipo 2 en Latinoamérica” (2006) Capitulo 1, pág. 5-7. (En línea), disponible en: http://www.revistaalad.com.ar/guias/GuiasALAD_DMTipo2_v3.pdf

³⁷Asociacion Colombiana de Diabetes: tema central 2que es la diabetes” Publicado 2011-04-18 Disponible en :http://www.asodiabetes.org/noticias_detalle.php?Id_Noticia=114

Para la presente investigación se tomarán los adultos mayores con diagnóstico médico de diabetes tipo 2.

2. OBJETIVOS

2.1 General

- ❖ Describir las vivencias de adultos mayores con diagnóstico de diabetes tipo 2.

2.2 Específicos

- ❖ Identificar los saberes, pensares y haceres de los adultos mayores antes de conocer el diagnóstico de diabetes tipo 2.
- ❖ Identificar los actuares, sentires y padeceres de los adultos mayores frente al diagnóstico de diabetes tipo 2.
- ❖ Identificar los aprehenderes, proyectares y aconsejares de los adultos frente a la diabetes tipo 2.

3. PROPÓSITOS

- Dar a conocer los resultados a las instituciones de salud, los resultados para implementar estrategias desde enfermería que permiten reorientar el cuidado hacia este grupo poblacional y nos permite conocer las vivencias para a través de ellas educar a los adultos mayores.
- Demostrar a las entidades de salud que es importante escuchar y prestar atención a la información que el adulto mayor brindan frente a las dificultades que se le presentan frente al manejo de la enfermedad, para así cada vez implementar los planes de manejo.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL

Los adultos mayores en el mundo se han incrementado. Asia es el continente con más adultos mayores, cuenta con 326 millones entre hombres y mujeres, se estima que para el año 2050 el número de adultos mayores ascenderá a 1.200 millones, cerca de 23% de la población total del continente.

Se estima que China contará con 437 millones de personas mayores de 60 años para el año 2050, Japón en el año 2005 contó con 128 millones de habitantes, con una proyección del 42% de adultos mayores para el año 2050³⁸. Sigue Europa con 111.490 millones de personas con 60 años y más en el año 2008 lo cual representó el 22,5% de la población total y se estima que para el 2050 esta cifra llegará al 35,2%. En países como Italia los adultos mayores representan el 25,8%, y en Alemania un 25,2%³⁹.

En un estudio realizado por el Instituto Nacional francés de Estudios Demográficos, señalan que África en el año 2010 contó con 56 millones de adultos mayores de 60 años es decir el 5,5% y se prevé que esta población se cuadruplicara a 215 millones en el año 2050⁴⁰.

Los estadounidenses mayores de 65 años ascendieron a 40.3 millones en abril de 2010, lo que constituye el 13% de la población del país, esto representó un aumento de 5.3 millones de personas en relación con las cifras censales del año 2000⁴¹. En Estados Unidos y Canadá la transición de la edad avanzada está en marcha y se prevé el incremento sostenido de los adultos mayores (65 y más años). En Estados Unidos 35 millones de personas, el 12,4% de la población tienen más de 65 años, y 9.3 millones (3.33%) más de 80 años. En

³⁸ Instituto del Tercer Mundo (autoría; canal, "Asia: La celeridad del envejecimiento", en Revista Globalhoy nº3 – 4,), (2 de Mayo de 2005) (en línea) disponible en <http://www.gloobal.net/iepala/gloobal/fichas/ficha.php?entidad=Textos&id=929> Consultado septiembre 2012

³⁹ JIMÉNEZ LARA, A y QUEZADA GARCÍA, M. Consorcio Eurosocial Salud, 2008., "Extensión de la protección social en salud a poblaciones en condiciones especiales de vulnerabilidad (adulto mayor y dependencia) Documento Técnico", (En línea), disponible en: http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Doc_Adultos_MAYores.pdf

⁴⁰ BALI, GuinGuin. Una ventana a África (24/08/2012), "África deberá enfrentar un rápido envejecimiento de su población" disponible en: <http://www.guinquinbali.com/index.php?lang=es&mod=news&cat=2&id=3163>

⁴¹ AOL LATINO NOTICIAS "Experimenta EE.UU. acelerado envejecimiento demográfico"(30/11/11), (en línea) disponible en: <http://noticias.aollatino.com/2011/11/30/experimenta-ee-uu-acelerado-envejecimiento-demografico/>

Canadá hay tres millones de personas mayores de 65 años y un millón tienen más de 80 años⁴².

La esperanza de vida en Asia y Europa es cerca de 60 y 65 años, en África es de los 52 años⁴³. A diferencia de la esperanza de vida en Norteamérica y Latinoamérica que es de 76 años, en el que las mujeres viven 78 años y los hombres 73 años.

Para el año 2005 en América Latina la población total representó 546,7 millones de personas, y del grupo de edad de 60 años representó el 8,8% de la población, al igual que en el resto del mundo hay un notable incremento de la población adulta mayor, se prevé que para el año 2025 representara el 14,5% de la población y hacia el año 2050 se calcula que la población mayor de 60 años supondrá el 23,6% del total⁴⁴.

El país latinoamericano con una esperanza de vida más alta es Costa Rica, que alcanza los 79 años, y la más baja Guayana con 60 años, el resto de países oscilan entre 62 y 78 años de edad⁴⁵.

En Colombia para el 30 de Junio de 2005 según el Departamento Nacional de Estadística (DANE), la población total era de 42.888.592 millones y el porcentaje para la población de 65 y más años fue del 6.31%, de los cuales el 2.86% eran hombres y 3.45% mujeres, la población mayor de 75 años correspondió al 2.4%. La población adulta mayor se concentraba en los departamentos de Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Santander, Atlántico, Bolívar y Tolima. La esperanza de vida para la población colombiana corresponde a los 75 años⁴⁶.

Colombia al igual que el resto de países muestra una disminución importante en la fecundidad, por lo que se espera que para el año 2050 el total de la población sea cercano a los 72 millones y con más del 20% por encima de los 60 años de edad. Al igual que lo que ha sucedido en muchos países las

⁴² HEALY, Robert G. "El envejecimiento de la población en América del Norte: una oportunidad para la creación de empleos mediante el comercio continental" Estudios demográficos y Urbanos, 2005, septiembre-diciembre, vol20, número 003, pp605-617.

⁴³ GORMAN, Mark. La tercera edad y el desarrollo: ¿La última minoría?

⁴⁴ JIMÉNEZ LARA, A y QUEZADA GARCÍA, M. Consorcio Eurosocial Salud, "Extensión de la protección social en salud a poblaciones en condiciones especiales de vulnerabilidad (adulto mayor y dependencia) Documento Técnico" 2008., (En línea), disponible en: http://www.gerontologia.org/porta1/archivosUpload/Doc_Adultos_MAYores.pdf

⁴⁵ CARACOL RADIO (mayo 21 de 2009), entretenimiento, "OMS: La esperanza de vida en Colombia es de 75 años": (En línea), disponible en: <http://www.caracol.com.co/noticias/entretenimiento/oms-la-esperanza-de-vida-en-colombia-es-de-75-anos/20090521/nota/815731.aspx>

⁴⁶ REPUBLICA DE COLOMBIA. Departamento Administrativo Nacional De Estadística. Censo general "Población adulto mayor" 2005 (En línea), Disponible en: http://www.colombialider.org/wp-content/uploads/2011/03/censo_2005_DANE-poblacion_adulto_mayor.pdf

principales causas del envejecimiento poblacional han sido el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la mortalidad, el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, el descenso de las tasas de fecundidad, el mejoramiento de las condiciones sanitarias y la atenuación del ritmo de incremento de la población⁴⁷.

En Bogotá se concentra el 63,12% de la población adulta mayor (65 y más años), con un porcentaje de 5,91% hombres y 8,48% mujeres para un total de 14,39% de población adulta en el censo del año 2005.⁴⁸

Desde la cronología y la funcionalidad los científicos sociales especializados en el estudio del envejecimiento describen, tres grupos de adultos mayores: “Viejo joven” que comprende entre 60 y 74 años son activos, vitales y vigorosos, “viejo” de 75 a 84 años, estos dos comprenden la tercera edad y “viejo de edad avanzada”, comprende de 85 años en adelante, representa la cuarta edad; es muy probable que se sientan débiles, presenten enfermedades incapacitantes que le dificulten la realización de las actividades de la vida diaria⁴⁹. Este mismo artículo informa que dependiendo de las patologías que presente un “viejo-viejo” puede estar más enfermo o presentar discapacidad, que un “viejo de edad avanzada” debido a las complicaciones de salud de esta persona.

La Ley 1276 del 2009 define adulto mayor como: *“Aquella persona que cuenta con sesenta (60) años de edad o más. A criterio de los especialistas de los centros de vida, una persona podrá ser clasificada dentro de este rango, siendo menor de 60 años y mayor de 55, cuando sus condiciones de desgaste físico, vital y psicológico así lo determinen”*⁵⁰. Por medio de esto podemos determinar que el adulto mayor es aquella persona que llega a una edad entre 55 a 65 años y más.

Teniendo en cuenta lo anterior se observa que el grupo de adultos mayores se hace más significativo al igual que el número de ellos con diabetes tipo 2 y por ende objeto importante en el cuidado de enfermería.

⁴⁷ARANGO, Victoria Eugenia y RUIZ, Isabel Cristina. “Diagnóstico De Los Adultos Mayores De Colombia” Fundación Saldarriaga. (En línea), disponible en: <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPoliticasyPoliticasy%20Poblacionales/Envejecimiento%20y%20Vejez/Documentacion/F2n/A31ACF931BA329B4E040080A6C0A5D1C>

⁴⁸ REPUBLICA DE COLOMBIA, Departamento Administrativo Nacional De Estadística (2005) Op, cit,

⁴⁹FERNÁNDEZ Alba y MANRIQUE-ABRIL, R. FG (2010) “Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor” Enfermería global Vol. 9, Núm. 2 : #19.

⁵⁰ REPUBLICA DE COLOMBIA. CONGRESO NACIONAL DE LA REPÚBLICA. “ Ley 1276 DE 2009 (enero 5) Diario Oficial No. 47.223 de 5 de enero de 2009” Bogotá.

4.2 ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

Un aspecto importante que viene con el envejecimiento e inherentes al adulto mayor son las enfermedades crónicas, la Organización Mundial de la Salud las define como: “Afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta”⁵¹, a medida que la población envejece, hay un aumento significativo de la prevalencia de enfermedades crónicas e incapacitantes, las enfermedades diagnosticadas en los adultos mayores por lo general no son curables y, si no se tratan adecuada y oportunamente, tienden a provocar complicaciones y secuelas que dificultan la independencia y la autonomía de las personas ⁵².

Existen cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles: Las enfermedades cardiovasculares son las principales enfermedades que generan mayor efecto en el estado funcional y el uso de los servicios de salud, seguido por el cáncer; enfermedades respiratorias crónicas como la neumopatía obstructiva crónica o el asma y la diabetes⁵³.

Durante el año 2005 la diabetes causó 35 millones de defunciones y representa el 60% del total mundial de defunciones, el mayor registro se identifica en países de ingresos bajos y medianos con aproximadamente 16 millones y corresponde a personas menores de 70 años, siendo este el 80% de las muertes por enfermedades no transmisibles y se prevé que aumente otro 17% en los próximos 10 años⁵⁴. Se estima que para el año 2020 las enfermedades no transmisibles llegarán al 60% de la carga de enfermedad y sería la causa de un 73% de las muertes en el mundo⁵⁵. Las enfermedades crónicas no transmisibles se han convertido también en un problema que afecta a las poblaciones pobres y desfavorecidas agravando las desigualdades en materia de salud entre los países y dentro de ellos⁵⁶.

En la propuesta realizada por la Mercosur y países asociados sobre enfermedades no transmisibles revelan que la Región de las Américas representan mayor aumento en morbilidad, discapacidad y mortalidad

⁵¹ Organización mundial de la Salud, nota descriptiva Septiembre de 2011 Op. Cit, P1

⁵² MENÉNDEZ, J. *et al.* Op., Cit., P 370

⁵³ MENÉNDEZ, J. *et al.* Op., Cit., P 368.

⁵⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 61ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD, Punto 11.5 del orden del día provisional, 18 de abril de 2008 “Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial” Disponible en : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_8-sp.pdf

⁵⁵ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. Mercosur/ rms/p.acordo n 15/06, PROPUESTA, Grupo de Trabajo, “Enfermedades No Transmisibles MERCOSUR y Países Asociados”. Disponible en : <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/porto-alegre-propuesta.pdf>

⁵⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 61ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD, Op,CIT., p 5,6.

prematura, y la prevalencia de factores de riesgo es muy alta causado por “*la transición nutricional caracterizada por los malos hábitos alimenticios*” por ejemplo el escaso consumo de frutas y verduras, granos integrales, cereales y legumbres y consumo alto de alimentos procesados y relacionada con la actividad física del cual la población no realiza ni un mínimo de 30 minutos diarios de actividad física, situaciones que llevan a un aumento significativo de sobrepeso y obesidad, afectando principalmente a poblaciones pobres, desempleados, poblaciones con menor educación; aumentando el factor de riesgo para presentar una enfermedad crónica no transmisible. A esto hay que sumarle que los procesos de globalización y urbanización no facilitan la actividad física en el tiempo libre y los cambios tecnológicos traen presencia de trabajo laboral sedentario⁵⁷.

Las enfermedades no transmisibles tienen factores de riesgo comunes, presentes en sus historias naturales, un ejemplo el tabaquismo es un factor de riesgo de enfermedad coronaria; accidente vascular encefálico, cáncer pulmonar y bronquitis crónica, el consumo excesivo de alcohol es factor de riesgo de enfermedad coronaria, diabetes y cirrosis hepática. Esto indica que prevenir un factor de riesgo, contribuye a prevenir varias enfermedades no transmisibles en forma simultánea⁵⁸.

Por otra parte la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud considera ocho factores de riesgo claves para la prevención y control de estas enfermedades como son: El consumo de tabaco, consumo excesivo de alcohol, inactividad física, bajo consumo de frutas y verduras, presión arterial elevada, sobrepeso/obesidad, diabetes y colesterol elevado⁵⁹.

La Organización Mundial de la Salud refiere que los determinantes sociales de salud y la equidad están en estrecha relación, que la enfermedad en el mundo puede ser explicada en términos de las diferencias entre grupos con mayores y menores ingresos; las investigaciones demuestran que las diferencias en el estado de salud entre ciertos grupos son menores en aquellas sociedades donde la posición socio económica es menor, los derechos, y las oportunidades están más igualitariamente distribuidos; y el progreso en equidad en salud no puede alcanzarse si es que no se abordan en su conjunto la relación entre

⁵⁷ Organización Panamericana de Salud, MERCOSUR op. Cit. P 8

⁵⁸ Ibid, MERCOSUR p10

⁵⁹ Ibid MERCOSUR p 12

contexto económico y social, los estilos de vida y variables medio ambientales, sus causas en salud y vulnerabilidad⁶⁰.

La organización Panamericana de la Salud, resalta los factores determinantes que ayudan a comprender la clave de las enfermedades crónicas, y representan factores de riesgo biológico derivados del deterioro del cuerpo humano los cuales son modificables y no modificables, los primeros son aquellos que se pueden manejar mediante las instituciones de salud y los segundos ya se encuentran establecidos y no se pueden modificar, los factores conductuales que hace parte de las actividades de la vida cotidiana de las personas como el sedentarismo, y por último los factores determinantes que se relacionan con las condiciones sociales, la política, la educación, el acceso a los servicios de salud y por último la influencia del entorno internacional, relacionado con la globalización, las migraciones, entre otros⁶¹ (Ver Gráfica 1).

La Organización panamericana de la salud propone que la prevención y control eficaz en costos y en prácticas para que pueda prevenirse o retrasarse la aparición de las enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cáncer y la diabetes tipo 2, debe incluir una serie de intervenciones para la detección temprana mediante:

- Cambios en el régimen alimentario y el modo de vida;
- Métodos de tamizaje para determinar el riesgo o la manifestación temprana de las enfermedades;
- Tratamiento de las lesiones precursoras o el tratamiento temprano de la enfermedad; y las intervenciones farmacológicas.

Este informe de la Organización Panamericana de la Salud, destaca que debe realizarse un tamizaje oportunista para detectar estados de pre diabetes en las personas excedidas de peso de 45 años de edad o más.

Para las personas con diabetes, las intervenciones incluyen el control de la glucemia, garantizando el suministro de insulina a las personas que la

⁶⁰ Ibid.p.15

⁶¹ Ibid.p.17

necesitan, el control de la presión arterial (con o sin medicación) y el cuidado de los pies para prevenir las amputaciones⁶².

Grafica 1: Factores determinantes, clave de las enfermedades crónicas



Tomada de: Organización Panamericana de la Salud 2007 "Estrategia regional y Plan de Acción para Un Enfoque Integrado Sobre la Prevención y el Control de la Enfermedades Crónicas" Página 6.

4.3 DIABETES: HISTORIA, EPIDEMIOLOGÍA Y DEFINICIÓN

La Diabetes es una enfermedad que se ha venido estudiando desde hace miles de años, el registro más antiguo de esta enfermedad se encuentra en el papiro de Ebers (1535 A.C.) en esta época fue caracterizada por los grandes flujos de

⁶² ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. "Estrategia regional y Plan de Acción para Un Enfoque Integrado Sobre la Prevención y el Control de la Enfermedades Crónicas" 2007 Pág. 6. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/OPS_Estrategia_Regional_plan_accion_sobre_ENT_SP_2006.pdf

orina, hacia los años 600 A.C. se encuentra atribuido al hindú Susruta donde describe la enfermedad de dulce asociada a la vida sedentaria.

Otro griego Claudio Galeano la atribuía a un agotamiento de los riñones, los principales síntomas la polifagia, polidipsia y poliuria fueron identificados por los Chinos en los años 600. Por otra parte el médico árabe Avicena (Ib. Sina: 980 a 1037) le atribuye la exposición teórica del papel del hígado y el sistema nervioso al origen de la diabetes. Para el siglo XVI Thomas Wills instituye degustar la orina como una prueba diagnóstica, recomienda dietas hipocalóricas y restringidas a ciertos alimentos como parte del tratamiento.

Para el siglo XIX Appolinaire Bouchardat recomienda a sus pacientes diabéticos ejercicio, Arnoldo Cantari y Bernard Naunyn son médicos quienes recomiendan dietas con restricción calórica. Para el siglo XX Frederick M Allen, E.P. Joslin emplean dietas rigurosas y ejercicio. Para los años 80 se enfatiza la importancia de la fibra, la dieta y el control glicémico cuyas recomendaciones ya hacían parte de American Diabetes Association.⁶³

A Areteo de Capadocia (S.II D.C.) se le atribuye el termino diabetes que en termino griego significa: Dia: A través; Betes: pasar, también se le atribuye el descubrimiento de diabetes de la orina dulce “mellitus” que en latín significa miel.

El continente con mayor población de diabetes es Asia, teniendo los países con mayor población con diabetes, India que tuvo para el año 2000 31.7 millones de personas con diabetes y para el 2030 se estima que tendrá 79,4 millones, sigue China con 20,8 millones de personas con diabetes para el año 2000 y con 42,3 millones de personas en el 2030. Entre Asia y Australia para el año 2000 hubo 82,7 millones de habitantes con diabetes y para el año 2030 se estima que habrá 180,5 millones. En Europa para el año 2000 hubo 33,3 millones de personas con la enfermedad y para el 2030 se estima que habrá 48 millones de habitantes con esta enfermedad. En África para el año 2000 hubo 7 millones de personas con diabetes y para el 2030 habrá un total de 18,2 millones⁶⁴.

En América las personas con diabetes sumaban 55 millones en el año 2000 y se prevé 83 millones en el año 2030 lo que representa un incremento casi del 50% en las personas que padecen esta enfermedad, según la Federación

⁶³ CHAQUETE, Erwin; NUÑO GONZALES, Patricia y PANDURO CERDA, Arturo. “Perspectiva histórica de la diabetes Mellitus, comprendiendo la enfermedad”,(2001,marzo) En Revista Investigación en salud, Red de revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal año2001, vol. III pp 5-10.

⁶⁴ DELGADO, Elías. Hospital Universitario de Asturias, Oviedo. Epidemiología “Las estimaciones internacionales indican que la prevalencia de diabetes se duplicará en los próximos años” Revista Reesmgrafvol 7 núm. 2 (En línea), disponible en: http://www.economiadelasalud.com/ediciones/72/08_pdf/analisisepidemiologia.pdf

Internacional de Diabetes⁶⁵. En Latinoamérica existen alrededor de 15 millones de personas con Diabetes cuya cifra llegará a 20 millones en 10 años, la prevalencia en mayores de 60 años es del 20%, la prevalencia de complicaciones como retinopatía corresponde entre 16 y 21%, nefropatía el 12% y 23% y la de neuropatía entre 25 y 40%.⁶⁶ De los países en América los Estados Unidos es el tercer país con más presencia de diabetes contando para el año 2000 con 17,7 millones de personas con la enfermedad y para el 2030 se prevé 30,3 millones de habitantes.

En Colombia para el año 2006, la diabetes tipo 2 ocupó la quinta posición dentro de las diez primeras causas de mortalidad, es una enfermedad que se encuentra en aumento, triplicando su incidencia; para el año 1980 se presentaron 2.082 defunciones y para el 2006 se presentaron 7.449 lo que equivale a un incremento porcentual del 250% en un periodo de 26 años, la edad en la que ocurre es en personas mayores de 40 años y se presenta de mayor forma en la zona urbana⁶⁷.

Las estadísticas realizadas en Bogotá para el año 2009 entre personas de 25-64 años, mostraba una prevalencia en hombres de 7,4% y de 8,7% en mujeres con Diabetes tipo 2⁶⁸.

Para la Organización Mundial de la Salud *“La Diabetes es una enfermedad crónica, causada por deficiencia congénita y/o adquirida en la producción de insulina por el páncreas o ineffectividad de la insulina producida. Esta deficiencia determina un crecimiento de la glucosa en sangre, que provoca a su vez daños en diferentes sistemas corporales, especialmente nervios y vasos sanguíneos”*⁶⁹.

Por otra parte La Asociación Colombiana de Diabetes la define como: *“Un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina”*⁷⁰.

⁶⁵ Organización Mundial de la Salud (2012) “día Mundial de la Diabetes: una enfermedad que aumenta en las Américas” (En línea), disponible en:

https://new.paho.org/pan/index.php?option=com_content&task=view&id=381&Itemid=259

⁶⁶ Asociación Latinoamericana de Diabetes (2006). OP. Cit P 6.

⁶⁷ REPUBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Bogotá, D.C; El Ministerio;(2011). ASIS - Análisis de la situación de salud en Colombia, Op cit , pag307.

⁶⁸ P. Aschner, Op. Cit, P 98, 99.

⁶⁹ GODÍNEZ GUTIÉRREZ, Sergio Arturo. (2001, marzo) “Definición y diagnóstico” En Revista Investigación en salud, Red de revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal ,vol. III pp 11-17.

⁷⁰ Asociación Latinoamericana de Diabetes (2006) Op. Cit, P9

Con grandes estudios la patogenia de la diabetes tipo 2 “es la *disminución progresiva de la función secretora de la célula beta del páncreas, lo que en presencia de resistencia tisular a esta hormona, los niveles de insulina circulantes no son suficientes para regular el metabolismo de modo adecuado*”⁷¹. Los síntomas son una serie de *síndromes metabólicos consistente en hiperglucemia, glucosuria, polifagia, polidipsia, poliuria, y alteraciones en el metabolismo de los lípidos y de las proteínas*⁷². Estos síntomas no son diagnosticados inmediatamente en el cual hay deterioro de algunos órganos del cuerpo generando complicaciones.

La incidencia de diabetes tipo 2 va en aumento cada año, las razones de este incremento como se mencionó anteriormente están asociadas a múltiples factores de riesgo como hábitos nutricionales no saludables, sedentarismo, obesidad, envejecimiento de la población, intolerancia a la glucosa, hipertensión arterial, e hipercolesterinemia, entre otros⁷³, casi siempre relacionados con el estilo de vida de la sociedad contemporánea, factores epidemiológicos, demográficos y genéticos.⁷⁴

Las causas que desencadenan la diabetes tipo 2 son desconocidas, pero se cree que la principal influyente son los antecedentes familiares es decir se encuentra involucrada la genética cuyo genes implicados en esta patología son DR2 y DR4, los cuales llevan a una intolerancia a la glucosa⁷⁵, sin dejar atrás los factores nutricionales y ambientales. En cuanto a los factores de riesgo se incluyen obesidad, dislipidemia, hipertensión arterial, historia familiar de diabetes, entre otros⁷⁶⁷⁷⁷⁸.

Desde la Ley 100 del 23 de diciembre de 1993 de la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, en el artículo 173

⁷¹ GONZÁLEZ SUÁREZ; Roberto Pedro PERICH AMADOR; Celeste Arranz Calzado,(2010)“Trastornos metabólicos asociados con la evolución hacia la diabetes mellitus tipo 2 en una población en riesgo” Revista Cubana de Endocrinología; vol21num (2);pp110-125.

⁷² SALAZAR ÁLVAREZ, Yohana. (2011); “Uso de la metformina en la diabetes mellitus tipo II”. Revista Cubana de Farmacia; vol45 núm.(1); pp 157-166.

⁷³ RODRÍGUEZ CONSTANTÍN A y RODRÍGUEZ, Beyrís . Insuficiencia renal crónica en pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 en un área de salud [artículo en línea]. MEDISAN 2009;13(6) http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_6_09/san08609.htm

⁷⁴ LEDÓN LLANES, LoraineMSc. Lic. (enero-abril 2012)” Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad” Revista Cubana Endocrinología vol.23 no.1 Ciudad de la Habana.

⁷⁵ Asociación Latinoamericana de Diabetes (2006) Op. Cit, P, 10- 11

⁷⁶ GUZMÁN-JUÁREZ, Nora y MADRIGAL-BUJADAR, Eduardo. (abril-junio, 2003); “Revisión de las características clínicas, metabólicas y genéticas de la diabetes mellitus” Bioquímica, Asociación Mexicana de Bioquímica Clínica, A.C. México. Red de revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal; Vol. 28, Núm. 2, pp. 14-23.

⁷⁷ Asociación Latinoamericana de Diabetes (2006) Op, Cit P 14-15.

⁷⁸ URZUA Alfonso; CHIRINO Alejandra y Valladares, (2011) “Auto reporte de la calidad de vida relacionada con la salud en diabetes mellitus tipo2” Revista médica de Chile vol139: pp, 313-320.

habla de las funciones del Ministerio de Salud de “*formular y adoptar políticas, estrategias, programas y proyectos para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental que apruebe el Congreso de la República*”⁷⁹.

A partir de esta ley parte la Resolución 412 del 2000 la cual “*establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública*”. A partir de esto se establecieron las Guías de Atención para el manejo de enfermedades de interés en salud pública y en el artículo 10 contempla las guías de enfermedades de interés en salud pública dentro de la cual se encuentra la guía de atención de la diabetes tipo 2⁸⁰ y los criterios que presenta la guía para el diagnóstico son los mismos usados por la Asociación Latinoamericana de Diabetes⁸¹.

El principal objetivo del tratamiento es la prevención de complicaciones crónicas y agudas^{82,83}, cuyo propósito es mantener el control metabólico y comprende, básicamente, la terapia no medicamentosa y medicamentosa, siendo la primera relacionada a los cambios de comportamiento asociados a alimentación saludable y actividad física. Desde un manejo adecuado de la dieta e incremento del ejercicio, hasta el uso de uno o más agentes hipoglucemiantes y finalmente, combinaciones de éstos con insulina⁸⁴.

El tratamiento inicial para un paciente diabético está dirigido a la obtención de un óptimo nivel educativo que le permita tener “*los conocimientos necesarios para poder llevar a cabo un buen control metabólico de la enfermedad*”. Por tanto es de importancia la colaboración de la familia, el médico y los miembros del equipo de salud. Se deben tener en cuenta una serie de factores como la edad, las condiciones de trabajo y el cronograma de estudio o trabajo, actividad física, patrones de alimentación, situación social, factores culturales y presencia de complicaciones de la diabetes.

⁷⁹ REPUBLICA Colombia Congreso de la república “LEY 100 DE 1993 (Diciembre 23) Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993. Artículo 173.”

⁸⁰ REPÚBLICA Colombia Ministerio De Salud “Resolución Numero 412 De 2000 (Febrero 25”).

⁸¹ REPÚBLICA Colombia Ministerio de la Protección Social “Programa de Apoyo a la Reforma de Salud/PARS “Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública, Guía de atención.”

⁸² URZUA Alfonso, Op. Cit. P 318

⁸³ IdalinaDiarr Regla Carolino, Carlos Op, Cit 12-13

⁸⁴ GOMES-VILLAS BOAS, Lilian Cristiane, *et al.* (2012 ene-feb.) “Relación entre apoyo social, adhesión al tratamiento y control” metabólico de personas con Diabetes Mellitus” Rev. Latino-Am. Enfermagem vol20 núm. (1):08,(En línea) Disponible en : www.eerp.usp.br/rlae

Los cambios en el estilo de vida constituyen el pilar fundamental para el manejo no farmacológico de la diabetes, especialmente los relacionados con los hábitos alimentarios, la actividad física y los hábitos saludables⁸⁵⁸⁶. Es necesario llevar una adecuada alimentación y que debe ser personalizada y adaptada a las condiciones de vida del paciente, cada individuo debe recibir instrucciones de acuerdo a los factores anteriormente mencionados.

El tratamiento farmacológico debe incluir los antidiabéticos orales o insulina para el control de la glucemia, este debe ser ajustado y requiere una valoración constante, en la actualidad se considera emplear la dosis clínicamente útil de cada medicamento, para disminuir reacciones adversas⁸⁷. Sin olvidar que se debe conjugar un estilo de vida saludable, una adecuada alimentación y realización de actividad física, el solo tratamiento con medicamentos no es suficiente para el control de la diabetes tipo 2.

El no llevar un adecuado tratamiento a corto plazo origina complicaciones agudas amenazantes para la vida como: Cetoacidosis diabética, estado hiperosmolar no catódico e hipoglucemia⁸⁸⁸⁹⁹⁰⁹¹ y a largo plazo la diabetes genera complicaciones crónicas como la retinopatía, nefropatía, neuropatía que se pueden clasificar en microvasculares⁹²⁹³⁹⁴⁹⁵.

Se considera que la enfermedad cardiovascular es la principal causa de mortalidad de las personas con diabetes, la hipertensión y la dislipidemia también son factores de riesgo⁹⁶⁹⁷.

El pie diabético es una de las complicaciones que causan mayor morbilidad, discapacidad, mortalidad y eleva los costos para el sistema de salud⁹⁸. De esta forma se ve afectada la calidad de vida no solo del paciente, sino también de

⁸⁵ REPÚBLICA de Colombia Ministerio de la Protección Social” Guías de promoción de la salud. Óp. , Cit p. 395

⁸⁶ *Ibíd.* , Guías de promoción de la salud. p 398

⁸⁷ *Ibíd.* Guías de promoción de la salud. P,399

⁸⁸ *Ibíd.* Guías de promoción de la salud. p, 400

⁸⁹ *Ibíd.* Guías de promoción de la salud. P, 405

⁹⁰ Asociación Latinoamericana de Diabetes (2006) Op, Cit P, 14-16-

⁹¹ *Ibíd.* , Asociación Latinoamericana de Diabetes P 17.

⁹² MENDIVIL ANAYA, Carlos Olimpo. (2007); “Guías De Práctica Clínica Basadas En La Evidencia Sobre El Tamizaje, Diagnóstico Y Tratamiento De La Diabetes Mellitus Tipo II” División de Lípidos y Diabetes Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. (En línea), disponible en: www.diabetes.unal.edu.co/Guias_DM2.pdf

⁹³ *Ibíd.*, Guías De Práctica Clínica Basadas En La Evidencia Sobre El Tamizaje, Diagnóstico Y Tratamiento De La Diabetes Mellitus Tipo II P. 407

⁹⁴ *Ibíd.* p Guías De Práctica Clínica Basadas En La Evidencia Sobre El Tamizaje, Diagnóstico Y Tratamiento De La Diabetes Mellitus Tipo II, P 412

⁹⁵ MENDIVIL ANAYA Carlos Op, Cit, P.

⁹⁶ REPÚBLICA DE COLOMBIA Ministerio de la Protección Social” Guías de promoción de la salud. Op , Cit p. 416

⁹⁷ *Ibíd.*,p.417

⁹⁸ *Ibíd.*,p.418

su familia y repercute a nivel social ya que el adulto mayor puede llegar a perder su autonomía y productividad.

4.4 VIVENCIAS

Cada experiencia que se vive cada día lleva a la formación de la personalidad y el carácter, al desarrollo como personas y seres humanos, las cuales conlleva a que el ser humano sea responsable de sus actos, a enfrentar las decisiones que son tomadas por cada uno.

El diagnóstico de diabetes frecuentemente envuelve diversos sentimientos y reacciones emocionales que necesitan ser comprendidos y tratados por el equipo de salud. En un estudio realizado sobre los sentimientos y reacciones emocionales de las mujeres después del diagnóstico de diabetes tipo 2, realizado en el año 2008, en Brasil con mujeres entre 49 y 76 años de edad que presentaron bajo nivel de escolaridad, hace reflexionar sobre una asistencia más eficiente y humanizada y da a conocer las vivencias, buscando una atención integral a la persona que convive con diabetes, el estudio permite ver los sentimientos y reacciones emocionales que las entrevistadas experimentaron y mencionaron inmediatamente después del diagnóstico de diabetes, fueron “rabia”, “revuelta”, “tristeza”, “miedo”, “choque” y “susto”.

Esto señala la existencia de conflictos psicológicos intensos que aumentan la vulnerabilidad a los síntomas de estrés, depresión y ansiedad. Los pacientes que están en esa etapa (rabia/ revuelta) pueden presentar comportamientos de rebeldía y un constante cuestionamiento, en esa etapa el paciente frecuentemente se queja de todo, considera que nada está bien, puede volverse muy exigente, irritable y hostil⁹⁹.

Este mismo estudio muestra que enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes afecta la vida como un todo, cambiando dramáticamente la rutina diaria de las personas diabéticas y de sus familias, donde se generan sentimientos y emociones como miedo, culpa, vergüenza, rabia, preocupación y arrepentimiento¹⁰⁰.

En un artículo mediante la revisión bibliográfica realizada en el año 2000 identifican publicaciones relevantes sobre diabetes, muestra que la enfermedad se asocia a efectos adversos psicológicos, particularmente la depresión y se

⁹⁹Denise Siquiera Pérez, “los sentimientos de las mujeres después del diagnóstico de diabetes tipo 2” Op , Cit P 2

¹⁰⁰Ibíd.Los Sentimientos De Las Mujeres Después Del Diagnóstico De Diabetes Tipo 2” P3-4

generan preocupaciones, hay alteración de la percepción del auto-cuidado, de la capacidad funcional, el apoyo social y el funcionamiento sexual.¹⁰¹

Otro estudio realizado en Brasil (Sao Paulo), en el año 2007 con pacientes entre 25 y 76 años de edad alfabetizados, muestra que es fundamental la educación en salud que considera la vivencia de los pacientes, pues muchas veces las informaciones son ofrecidas de forma vertical, sin permitir una buena participación de los pacientes y sin considerar lo que ellos saben y lo que desearían saber. Este mismo estudio muestra los sentimientos frente a la experiencia del uso diario de la insulina, como: “odio”, “pavor” y “mal humor”. Otros pacientes se auto-describieron como “olvidadizos” o “desconectados”, cuando se les olvida tomar la medicación prescrita¹⁰².

El tratamiento y la "adaptación" o "aceptación" de la enfermedad puede implicar un largo proceso de maduración durante el cual se han reportado numerosas reacciones psicológicas, como, el shock inicial ante el diagnóstico, la negación, la irritación, el regateo, la tristeza y la aceptación¹⁰³.

Como se mencionó anteriormente una de las complicaciones de la diabetes tipo 2 es el pie diabético, el cual genera amputación de los miembros inferiores, en un estudio realizado en Brasil en el año 2008 en 10 pacientes diabéticos que presentaron amputación, se rescata que vivir con diabetes puede ser un reto tanto para la persona y para los que están cerca de ella, ya que se generan nuevas vivencias y experiencias debido a que la condición de ser diabético amputado afecta a la vida como un todo, del cual ya por su condición atraviesa por una nueva experiencia y requiere de un cuidado personal diferente y el reducir complicaciones como la amputación sólo es posibles participan activamente en el tratamiento. Su aparición provoca graves cambios en el campo de la estética, la autoestima, la movilidad, capacidad para realizar actividades de la vida diaria en trabajo y ocio¹⁰⁴.

De las vivencias en el relato bibliográfico de una paciente: “*Luces y sombras en el camino*” el cual muestra las vivencias subjetivas de la paciente, lleva a reflexionar para entender las necesidades de los pacientes y el aprendizaje que los profesionales pueden y deben hacer, resaltan la “sabiduría” de los

¹⁰¹LUSCOMBE, A F. (2000), Health-Related Quality of Life Measurement in Type 2 Diabetes. Value in Health, 3: 15–28. doi: 10.1046/j.1524-4733.2000.36032.x <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1524-4733.2000.36032.x/pdf>

¹⁰² DENISE SIQUEIRA PÉRES, “dificultades de los pacientes diabéticos para el control de la enfermedad: sentimientos y comportamientos” Opcit, p 3-4

¹⁰³ Ledón Llanes Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad

¹⁰⁴ LEDÓN LLANES, Loraine MSc. Lic. (enero-abril 2012) “Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad” Revista Cubana Endocrinología vol.23 no.1 Ciudad de la Habana.

pacientes, como fruto de su experiencia y de lo vivido, lo que conlleva a la creación de nuevas intervenciones para el manejo de la enfermedad.¹⁰⁵

Un estudio Mexicano realizado en el año 2006 en personas de 20 años de edad, muestra las experiencias vividas después de haber recibido educación sobre el manejo del tratamiento, las personas estudiadas pertenecen a una comunidad suburbana donde prevalecen costumbres e ideas apegadas a la religión, el papel central de la madre en el entorno familiar pero prima una figura masculina. Lo que resalta el estudio es la existencia de una preocupación que en algunos casos se presenta como miedo a las complicaciones de la enfermedad, sin que esto motive el inicio de conductas favorables para la salud de las personas sujeto de estudio. Se descubre entonces una falta de interés por auto cuidarse así como falta de apoyo familiar para modificar los estilos de vida no saludables.

La falta de apoyo por parte de la familia fue un tópico que se manifestó frecuentemente involucrando hasta cierto punto un “aislamiento” para poder cumplir con las metas de salud que se habían fijado. Esto pone de manifiesto la importancia que tiene estimular el empoderamiento de las decisiones individuales y el apoyo familiar¹⁰⁶.

Desde enfermería la educación para la salud es la forma más frecuente de intervención con el paciente diabético, pero no es la más efectiva para influir positivamente en la enfermedad. Ya que se debe llevar un plan de manejo que debe incluir el establecimiento de metas frente a la enfermedad que incluyen el tratamiento farmacológico, el no farmacológico entre los que encierra un plan de alimentación adecuado, ejercicio físico y control de peso, el auto monitoreo y la vigilancia de complicaciones. Es importante que los centros de programa de primer nivel, así como de los otros niveles se cuente con el apoyo educativo sea permanente de forma planeada y desarrollado por profesionales de enfermería para incremento de la capacidad de auto cuidado lo que repercutirá en mejorar su estilo y calidad de vida.

4.5 MANEJO DE LA DIABETES EN EL SISTEMA DE SALUD

¹⁰⁵PONCE GONZÁLEZ, José M^a. (2006) “La diabetes: luces y sombras en el camino. Relato biográfico de una paciente” Index Enferm v.15 n.52-53 Granada primavera/verano.

¹⁰⁶MEDEL ROMERO, Brenda Cintia y GONZÁLEZ JUÁREZ, Liliana. (2006) “Estilos de vida. Experiencias con la adherencia al tratamiento no farmacológico en diabetes mellitus” Index Enferm v.15 n.52-53 Granada primavera/verano.

El congreso de la república mediante la Ley 100 de 1993, nombra la seguridad social integral como *“Un conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas”*.

En el cual ha decretado los niveles de complejidad para las entidades de salud, iniciando por Nivel I hasta al Nivel IV de atención.¹⁰⁷

Al primer nivel se atribuyen todas las entidades que están encaminadas al manejo de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y educación, las cuales serán de carácter obligatorio. Se brinda atención en salud que no requiere de un procedimiento invasivo y de mayor atención, comprende atención ambulatoria, consulta medicina general, atención inicial, estabilización o remisión de pacientes de urgencia, atención odontológica, radiología, medicamentos esenciales, laboratorio clínico, atención no quirúrgica, atención del parto normal, laboratorio clínico, radiología, medicamentos esenciales, valoración diagnóstica, manejo médico de enfermedades crónicas y atención odontológica¹⁰⁸.

La Resolución 412 de 2000 (Febrero 25) comprende *“las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública”*¹⁰⁹.

A partir de esta resolución son implementadas las guías de atención en salud para las enfermedades de interés en salud pública, como la Diabetes Tipo 2.

La guía de diabetes da a conocer un conjunto de estándares y recomendaciones asistenciales que intentan proporcionar a los clínicos, pacientes, familiares, investigadores, compañías de seguros y demás personas interesadas, información acerca de los aspectos de la asistencia al diabético, las metas terapéuticas y las herramientas para evaluar la calidad de la atención. Cuyos objetivos es detectar oportunamente los casos de diabetes tipo 2, brindar un tratamiento oportuno y evitar una complicación con el fin de

¹⁰⁷ REPÚBLICA DE Colombia Congreso de la república “LEY 100 DE 1993 (Diciembre 23) Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993.

¹⁰⁸ <http://ambuq.tripod.com/barranquilla/id3.html>

¹⁰⁹ REPÚBLICA DE Colombia Ministerio De Salud “Resolución Numero 412 De 2000 (Febrero 25”).

reducir la morbilidad, mortalidad y los costos sociales, económicos y optimizar las acciones de rehabilitación¹¹⁰.

5. DISEÑO METODOLOGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Para la presente investigación se utilizó un estudio de tipo cualitativo, dado que este tipo de investigación permite comprender y profundizar las vivencias de los adultos mayores, lo que permite explorar e indagar sus experiencias, perspectivas y opiniones significativas¹¹¹ de los adultos mayores con diagnóstico de diabetes tipo 2.

Para la presente investigación el estudio cualitativo nos permite lograr los objetivos planteados.

5.2 ESCENARIO DE LA INVESTIGACION

Enmarcada en la Ley 100 de 1993 y de acuerdo a la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud¹¹² la institución donde se recolectó la muestra en una Institución prestadora de servicios de salud (IPS) de primer nivel de atención, perteneciente a una empresa promotora de salud (EPS), ubicada en la Localidad de Barrios Unidos en el Barrio San Fernando de Bogotá D.C, una entidad de construcción nueva, la cual esta adecuada para la atención de pacientes que presenten alguna discapacidad, que presta sus servicios desde Agosto del 2008 y atiende adultos mayores en los programas especiales de hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y enfermedad renal.

5.3 PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

Los participantes del estudio son adultos mayores que hacían parte de los programas especiales de la institución de salud, quienes se encontraban

¹¹⁰ REPÚBLICA De Colombia, Ministerio de la Protección Social" Guías de promoción de la salud. Op , Cit p. 416

¹¹¹HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto. Carlos; FERNANDEZ COLLADO, Pilar y BAPTISTA Lucio, año 2010. Metodología de la investigación, quinta edición.

¹¹²REPUBLICA DE Colombia Congreso de la república "LEY 100 DE 1993 (Diciembre 23) Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993.

inscritos en la base de datos del programa de diabetes, para estar allí debían tener un diagnóstico médico con exámenes complementarios que ratificaban su condición.

Con previa autorización del adulto mayor y diligenciamiento del consentimiento informado (ver anexo No 1) libremente se hicieron participes del estudio 7 personas, cuyas edades oscilan entre los 60 y los 85 años de edad, quienes aportan a la investigación información sobre vivencias en de la diabetes que permite analizar y lograr los objetivos propuestos para el estudio.

5.4 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DEINFORMACION

Con el fin de obtener la información necesaria, la recolección de la información se realiza a través de entrevista semi-estructurada, que tiene por finalidad acceder de una manera flexible, íntima y abierta a las experiencias individuales de los adultos mayores, de modo tal que permita acercarse a sus vivencias con la diabetes tipo 2, ya que por medio de sus discursos se abarcará sus experiencias y las formas en que elaboran su visión de la vida¹¹³, la entrevista es una guía que tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas específicos.¹¹⁴

Las preguntas fueron orientadas a responder tres momentos básicos de las vivencias (antes, durante y después) que llevan a conocer y describir las experiencias vividas (Ver anexo No 2).

5.5 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

En forma inicial se tenía prevista una institución pública de primer nivel de atención, para la toma de la muestra, luego de pasar la solicitud respectiva se recibió respuesta positiva por parte del gerente, pero no se logró obtener una comunicación adecuada con la directora de la institución de primer nivel motivo por el cual se acudió a otra institución.

Se realizó acercamiento a la otra institución, se solicitó el permiso respectivo a la Directora del Centro Asistencial quien aceptó que fuera realizada la investigación, en coordinación con la enfermera que maneja el programa de

¹¹³Rita Bórquez Profesora: Sonia Montecino. "Identidad de género y control social: Una aproximación desde los significados construidos por las mujeres criminalizadas como homicidas" www.es.scribd.com/.../Instrumento-de-investigación-la-entrevista-semiestru

¹¹⁴MARCELO M, Gómez Introducción a la metodología de la investigación científica. Editorial Brujas, año 2006. www.books.google.com.co/books?isbn=9875910260.

enfermedades crónicas se inicia la identificación de adultos mayores que presentaban diagnóstico médico de diabetes tipo 2.

Antes de iniciar la recolección de la información se realizó una prueba piloto con un adulto mayor de 82 años con diagnóstico de Diabetes tipo 2, previo consentimiento se procede a la aplicación de la entrevista semi-estructurada, la cual tuvo una duración de 15 minutos, el sitio fue apropiado, tras la realización de la entrevista se evidencia que debe haber más profundidad en el momento de entrevistar, profundizar en la respuesta ya que el entrevistado responde de manera corta que no permite obtener una información adecuada y completa lo que da lugar a que no se cumplan los objetivos propuestos en la investigación, además se concluye que las preguntas se deben realizar no de manera técnica si no de una forma muy comprensible para el entrevistado .

A medida de que el adulto tiene mayor edad es mucho más difícil que comprenda de que se trata la enfermedad, tiende a ser confundida con la hipertensión, poco conoce de su tratamiento, es consciente que debe cuidarse en la alimentación.

Esta prueba permitió realizar modificaciones en algunas de las preguntas planteadas en forma inicial para de esta forma dar mayor acercamiento al logro de los objetivos propuestos, se realiza una segunda prueba donde se evidencia una adecuada obtención de datos y se realizan unos últimos ajustes a las preguntas para dejarlas como definitivas.

Se identificaron en la base de datos de la institución los adultos mayores que presentaban el diagnóstico de diabetes tipo 2 y que se encontraban presentes en la institución, previo consentimiento informado se procedió a realizar la toma de la muestra, cada entrevista se realizó en un tiempo promedio de 25 minutos, se observó dificultad al momento de realizar la entrevista, ya que algunos adultos se encontraban realizando actividades diferentes como la reclamación de los medicamentos, laboratorios, citas médicas, actividades que para ellos tienen prioridad, algunos de los adultos mayores participantes aunque voluntariamente se hicieron partícipes del estudio no presentaban la mayor disposición ya que para ellos era responder a algo con lo que tendrán que convivir de por vida.

Antes de iniciar cada una de las entrevistas se ganó la empatía de los participantes generando una conversación que permitiera ganar la confianza y así poder iniciar con la entrevista con un lenguaje apropiado para su comprensión.

A cada participante se le informó que sería grabado para obtener una información adecuada. Se observaron expresiones gestuales de angustia, nostalgia, aburrimiento, de aceptación de la enfermedad, voz entrecortada, en algunos adultos mayores se observó risa en sus respuestas. También el nivel de educación de cada adulto mayor es bajo ya que la mayoría de los entrevistados manifiestan que provenían del campo y la mayor parte de sus vidas estuvieron trabajando, por tanto hacían más difícil comprender sus respuestas a pesar de que el entrevistador retomaba lo dicho.

5.6 ORGANIZACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Luego de obtener la información, se realizan los siguientes pasos para el análisis correspondiente:

5.6.1 Organización de los datos

Antes de iniciar el análisis se lleva a cabo la transcripción de los datos textualmente a partir de las grabaciones, con un promedio de 180 minutos en la transcripción por cada entrevista, fueron escuchadas en varias oportunidades para corroborar lo transcrito y evitar pérdida de la información, a cada entrevista está representada por la letra E y el número de la entrevista, quedando asignadas como: **E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7.**

Luego se organizan los datos en los tres momentos (antes, durante y después) y con cada uno de sus componentes (saberes, pensares, haceres; actuares, sentires, padeceres y aprehenderes, proyectares, aconsejares) para dar cumplimiento a los objetivos de la investigación.

5.6.2 Surgimiento de categorías y codificación

Para este segundo paso se organizan los datos realizando una matriz de análisis donde se reflejan cada uno de los objetivos específicos, con sus momentos (antes, durante y después), sus respectivos componentes, unidades de análisis, categorías surgidas y número de entrevista correspondiente (Ver cuadro 1).

Las unidades de análisis corresponden a segmentos de los datos obtenidos que dan respuesta a los objetivos propuestos, se comparan y se analizan dándole un significado, si son similares se induce una categoría en común y si son diferentes se genera otra categoría, se realiza comparación constante para reubicar o corroborar las unidades de análisis en la categoría correspondiente,

se le da un nombre a cada una llegando a la saturación teórica al no encontrar nuevas categorías.¹¹⁵

Cuadro 1. Matriz de análisis.

1. Identificar los saberes, pensares y haceres de los adultos mayores **antes** de conocer el diagnóstico de diabetes tipo2.

Momento	Componentes	Unidades de análisis	Categoría	Entrevista

5.6.3 Interpretación de los datos

En la interpretación de los datos se procede a hacer descripción de cada una de las categorías, se resalta lo mencionado por cada adulto mayor que describe el significado de la categoría, se analiza el significado de la categoría de acuerdo a los datos obtenidos de los participantes y por último se contrasta con lo encontrado en la literatura.

5.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación tiene en cuenta la Resolución N° 008430 de 1993 (4 de Octubre de 1993) de la República De Colombia, Ministerio De Salud¹¹⁶.

En la cual las investigaciones deben contribuir en el conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos, al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social, a la prevención y control de los problemas de salud.

El abordaje de los participantes del estudio se realiza mediante Consentimiento Informado, en el cual cada adulto mayor autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

¹¹⁵HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto. Carlos; FERNANDEZ COLLADO, Pilar y BAPTISTA Lucio, año 2010. Metodología de la investigación, quinta edición.

¹¹⁶ REPÚBLICA COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución N° 008430 DE 1993 (4 DE OCTUBRE DE 1993).

En el que se le informa que la entrevista es grabada, que la información hacer parte de la investigación con carácter netamente académico y que su identidad es de carácter confidencial.

6. ANALISIS DE LA INFORMACION

Este capítulo describe en forma inicial las características de los participantes del estudio en cuanto a género, ocupación, estrato, nivel educativo, edad y tiempo que llevan conviviendo con la enfermedad (Ver cuadro 2), en segundo lugar se muestra según los objetivos propuestos en la investigación las categorías surgidas de la matriz de análisis con su respectiva interpretación.

Cuadro 2. Características de los participantes

Total de participantes	Género	Ocupación	Estrato	Nivel educativo
7	Masculino: 7	Pensionado: 4	Estrato 2: 2	Primaria completa 1
	Femenino: 0	Conductor : 1	Estrato 3: 5	Bachillerato incompleto 3
		Independiente: 1		Bachillerato completo 3
		Constructor : 1		

Edad de los participantes (Según cronología y funcionalidad del envejecimiento)	
Viejo joven (60 y 74 años)	5
Viejo (75 a 84 años)	2

--	--

Tiempo que llevan conviviendo con la enfermedad	Número de adultos
Entre 20 y 35 años	3
Entre 10 y 20 años	1
Entre 5 y 10 años	3

SABERES, PENSARES Y HACERES

6.1 ANTES: UN TOTAL DESCUIDO

Luego del análisis de los datos obtenidos para el logro de este primer objetivo las vivencias del adulto mayor en el antes se engloban en la descripción *“Un total descuido”*, como lo reflejan en sus saberes, pensares y haceres antes de la enfermedad.

6.1.1. QUE SABIAN:

“No sabía nada, pero la había escuchado, y vea me toco a mi”

Los adultos mayores dan a conocer que la diabetes es una enfermedad de la que no sabían nada, que se escucha, pero muy poco o nada la conocen hasta que se presentan los síntomas se realiza un diagnóstico de la enfermedad, conocen a otras personas con la enfermedad que no se cuidan y en el momento no se preocupaban, no le prestan atención hasta que la enfermedad se hace presente, y se asocia a que vivieron en el campo, el nivel de escolaridad fue bajo, la mayor parte de sus vidas estaban trabajando y es dada en expresiones como:

“Yo no sabía que existía, ya hay para acá, cuando me empezó a molestar; yo la había escuchado pero no creía que eso, que fuera así no le paraba ni bolas, y si uno no le paraba bolas y vea me toco a mi”E1

“Por coincidencia escuchaba de que se trataba la diabetes pero yo nunca la tuve y la diabetes me resulto pues de un momento” E2

“Nada nada, yo estaba nulo sobre eso”E3

“No pues no nada, No nada, no escuchaba hasta que me dijeron en el central”E6

En relación con la literatura en un estudio realizado en México en zona Urbanas y rurales llegan a la conclusión que hay muy poca información por parte de medios masivos, y de los profesionales de salud en cuanto a los cuidados que se deben tener con la enfermedad, las personas muy poco conocen de la enfermedad, pocos la asocian a azúcar en la sangre.¹¹⁷ Mediante la literatura y de la investigación se identifica que hay falencias en la prevención que se debe que debe ser tratada antes de presentar la enfermedad.

6.1.2 QUE PENSABAN

“No pensé que me iba a llegar, eso es por puro y neto descuido”

Los pensares de los adultos mayores, antes de la enfermedad, son pocos, y aún más cuando no tienen conocimiento de la diabetes. Pero nunca llegaron a imaginar que la enfermedad se les iba a presentar y que sus estilos de vida iban a cambiar, es reconocida en frases como:

“Nunca pensé que me iba a llegar a poner el tate quieto, ajuiciarme, (risa)”E1

“No pensé de que yo, bueno que yo pensé, que yo me iba a dar eso”E3

Ellos piensan que la enfermedad es dada por neto descuido de la persona, por los malos estilos de vida saludables que llevan, porque a pesar de que conocen cual es el tipo de dieta que deben llevar no la cumplen por los cambios que representa, la vida sedentaria, actividad física, el uso inadecuado de los medicamentos y la dan a conocer en frases como:

“Eso es puro y neto descuido”E4

El no pensar que es una enfermedad crónica que puede afectar la mayor parte de sus vidas, no hay aceptación de la enfermedad, hay negación, no hay

¹¹⁷BUSTOS SALDAÑA, *et al.* julio-septiembre, 2007, Conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo 2 tanto urbanos como rurales del occidente de México .Archivos en Medicina Familiar, Vol. 9, Núm. 3, pp. 147-155.

modificación en los hábitos de vida, en especial en la comida y no hay un adecuado tratamiento farmacológico.

La literatura muestra que el conocer la enfermedad significa enfrentarse a restricciones para disfrutar de aspectos precisos del mundo¹¹⁸ como lo es la alimentación, y todo depende de los significados que pueda construir y de la posición que adopte la persona en relación a la enfermedad. El artículo que habla sobre los sentimientos de las mujeres después del diagnóstico con diabetes tipo 2 realizado en el 2008, da a conocer el proceso de enfermarse relacionado con una enfermedad crónica, la fases inician por la negación, rabia y revuelta, regateo, depresión y aceptación de la enfermedad.

6.1.3 QUE HACIAN

“Yo comía de lo que encontrara, no tenía el control”

Es de importancia resaltar que cada adulto mayor menciona cuáles eran sus hábitos alimenticios de una forma en que ellos en este momento con la diabetes, si la hubieran conocido, no lo hubieran consumido, reconocen que llevaban un tipo de dieta inadecuada, como el consumo de dulce, alimentos ricos en carbohidratos, en grasas saturadas y el consumo de alcohol, consideran que los llevo en parte a presentar la enfermedad, reconocen que comían en forma inadecuada y en ocasiones estos hábitos se encuentran relacionados con la rutina de vida laboral, es dada en expresiones como:

“Yo no tenía control de comer de todo lo que viera, yo comía de lo que hubiera”E1

“yo comía lo que encontrara”E2

“A uno le dicen no coma tal cosa y más de apostá él lo hacía.”E4

“Lo que a mí me puso así fue el vodka y el brandy”E4

En la literatura no se encontró un estudio que resalta cuales eran los hábitos alimenticios antes de presentar la enfermedad, pero si resalta en el conocimiento de los pacientes diabéticos tenían acerca del tratamiento dieto terapéutico en la Diabetes tipo 2 estudio que se realizado en adultos menores

¹¹⁸Denise Siquiera Pérez, ManoelAntônio dos Santos, María Lucia Zanetti, Antonio Augusto Ferronato(2007)“Dificultades De Los Pacientes Diabéticos Para El Control De La Enfermedad: Sentimientos Y Comportamientos” Rev Latino-am Enfermagem 2007 novembro-dezembro; 15(6) disponible en : http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/es_07.pdf

de 60 años mediante una entrevista semi-estructurada en el cual gran parte de los entrevistados exponen un tipo de restricción alimentaria y la conocen, estudio realizado en pacientes que no se les ha diagnosticado la diabetes como patología de base.

ACTUARES, SENTIRES Y PADECERES

6.2. DURANTE: COMO SE VIVE CON LA DIABETES

Se logró identificar los actuares, cuáles fueron las intervenciones, los cambios en su vida, que presentaron al conocer el diagnóstico, en lo sentires los adultos mayores expresaron sus sentimientos y afecciones que han tenido que pasar con la enfermedad y padeceres los más difícil que ha sido enfrentar la enfermedad.

6.2.1 COMO INTERVENÍAN

“Una dieta balanceada, y me están poniendo insulina”

Los actuares ante la enfermedad son importantes, porque es que se hizo ya cuando fue diagnosticada la enfermedad, y los aspectos que más se centraron en las intervenciones como lo son una dieta balanceada libre de carbohidratos, comer porciones pequeñas en el día, limitar el consumo de grasas hacen parte de la dieta, que para algunos adultos el control de la enfermedad está en una dieta adecuada. La mayoría tratan de consumir los alimentos sin azúcar pero manifiesta que el problema está en las harinas el consumo de alimentos como arroz, papa, plátano son los que mayor parte afecta en la glicemia. Dan a conocer en expresiones como:

“La dieta ya fui donde el médico me puso droga y una dieta balanceada”E1

“Es que a mí lo que más me molesta son las harinas, yo azúcar no la pruebo”E1

“El control de la comida especialmente lo que son harinas, lo que es el dulce y la sal”E2

“Estaba utilizando los medios de precaución para evitar nuevos aumentos”E2

“Yo trato de hacerlo o lo que esté a mi alcance que los médicos me ordenen que se yo.”E3

“Mi vida es igual de pronto de ya no tomar las cosas con dulce”E7

Son conscientes de que el cuidado está en la alimentación, por tanto tratan de consumir alimentos que sean ricos en proteínas, pero a su vez son conscientes que habrán momentos que no pueden llevar una dieta adecuada ya sea por factores económicos, por falta de voluntad y en mención frases como:

“Pero de todas maneras voy a tratar de comer el pescadito, pero si uno no puede, no puede.”E3

Uno de los tratamientos que deben llevar los pacientes y a su vez recibir una adecuada educación es con el uso de la insulina como debe administrarse que cantidad, la hora indicada, que compete a enfermería. Los adultos mayores tienen aceptación por el uso de este medicamento no lo usaron durante mucho tiempo pero son conscientes de que lo deben usar, pero para otros es un tratamiento difícil de llevar debido a sus horarios de administración, la falta de aceptación del uso de un medicamento que se debe administrar y que su uso causa molestia.

“yo nunca me habían puesto insulina y ya hace como dos meses ya me están poniendo”E1

“Es una cuestión que lo va a consolar y uno con esta enfermedad pues le toca porque no hay más que hacerle, la vida es muy hermosa”E3

“el no seguía el tratamiento ponían insulina por la mañana por la tarde por la noche”E4

“Me gusta caminar”

Durante la investigación fue escasa la información que se obtuvo acerca de la actividad física, no mostraron que asistían a algún sitio de adultos mayores para la realización de ejercicio y el que realizan hace parte de las actividades de su vida diaria, algunos tratan de prestar importancia. En cuanto a la literatura se encuentra que la actividad física muy poco la realizan, porque no tienen tiempo, no les gusta, o no tiene como hacer algún tipo de actividad física, es conocida por esta frase:

“Me gusta caminar por hay una horita, me dice que si me adelgazo me mejoro.”E5

“Cuál es el paso a seguir para que no se le baje mucho”

Ellos conocen la dieta, los medicamentos que deben consumir, para que no presenten hiperglucemia, se educan para que conozcan cuales son los síntomas, pero en la mayoría no conocen que hacer cuando se les baja el azúcar, comentan que el médico no les informan en el momento indicado, si no ya cuando comentan que síntomas presentaron les comentan que pueden hacer cuando nuevamente los presente, está dada en frases como:

“El médico no le dice a uno cual es el paso a seguir para que no se le baje mucho (uhss)”E1

“Una enfermera alguien me había dicho un día que cuando se le bajaba a uno mucho pues hay que comer dulce”E1

“alguna vez se me bajo posiblemente no tenía ni idea que hacer”E2

Mediante la literatura se encuentran investigaciones asociadas a la educación que se les brinda con la hiperglucemia pero es escasa la educación que se encuentra sobre cuáles son los síntomas y que debe hacer cuando se baje el azúcar.

6.2.2 EL SABER POPULAR

“Hay hierbas, para bajar el azúcar”

Los adultos mayores en su afán de no consumir medicamentos que se deben usar a lo largo de su vida, se centran en hacer medidas caseras, de lo que escuchan de otras personas que lo hacen, practican información que encuentra en la internet y piensan que va a tener un beneficio para el manejo de su enfermedad, pero no tienen el pleno conocimiento si este tipo de medidas sean las más apropiadas para el manejo de la enfermedad, por otro lado aún no se encuentra en la literatura que hable de otras alternativas diferentes a las ya conocidas, para el manejo de la enfermedad; y lo resaltan de la siguiente manera.

Hay hierbas, la mayoría de esas hierbas lo que es la alcachofa el problema es lo pone duro, la alcachofa”E3

“Uno se preocupa, pero hay homeopática para bajar el azúcar”.E7

6.2.3 CUALES ERAN SUS SENTIMIENTOS

“La diabetes en una enfermedad que lo maltrata a uno psicológicamente”

La enfermedad presenta una afectación psicológica ya que los cambios que generan, son complejos al momento de iniciar la enfermedad, transforma sus vidas ya que se ven obligados a dejar muchos de los hábitos de vida que llevaban, para los adultos mayores la enfermedad produce ansiedad, afecta su vida emocional, sienten débiles, han perdido la fuerza, no son iguales en su intimidad, hay preocupación, afán, depresión, acomplejados de que ya hay muchas de sus actividades que no pueden realizar porque deben tener cuidado con los síntomas, miedo de hacer sus actividades diarias como salir a la calle, la enfermedad ha transformado sus vidas, porque ya no es igual, se llegan a sentir como niños. Ellos lo resaltan en frases como:

“La diabetes en una enfermedad que lo maltrata a uno psicológicamente”E1

“A uno la ansiedad de comer”E1

“La fuerza la va perdiendo y la vida emocional también, con la enfermedad uno ya se siente más débil flojo, las energías, la potencia sexual”E1

“Pues me afane, ha sido una vida de precaución y si hay momentos de que uno se siente mal, se siente muchas veces deprimido”E2

“se siente uno como acomplejado, a mí me da miedo salir solo para la calle”E6

“Pues me asuste le cuento, me siento un poco acomplejado”E6

“De pronto fastidio, esa debilidad”E7

Es poca la literatura que se encuentra acerca de los sentimientos, comportamientos y como vivencian los adultos mayores la diabetes tipo 2, pero en el artículo sobre sentimientos y comportamientos menciona un aspecto importante a destacar en el paciente diabético está en busca de sentido por su condición, y depende de cada persona como pueda construir y de la disposición que adopte en relación a la enfermedad, estará más próximo a la aceptación genuina. Y empieza a adquirir respeto por la enfermedad es un proceso lento, que se va adquiriendo, basado en varias manifestaciones como desanimo, tristeza, conflictos, culpa) y sentimientos de impotencia, que pueden generar desamparo e inutilidad como la realización de tareas en casa - puede estar perjudicado, contribuyendo a la autoestima baja.

La dificultad en la aceptación de seguir una alimentación prescrita es dada por que ya hay unos hábitos adquiridos, a un horario definido, el valor cultural del alimento, las condiciones socio-económicas y el aspecto psicológico se encuentran involucrados.¹¹⁹ En otros estudios los sentimientos que generan son

¹¹⁹ Denise Siquiera Pérez, Manoel Antônio dos Santos, María Lúcia Zanetti, Antonio Augusto Ferronato(2007)“Dificultades De Los Pacientes Diabéticos Para El Control De La Enfermedad:

de rabia y revuelta al momento de ser diagnosticada porque se entra en conflicto psicológico que aumenta los síntomas de estrés, depresión y ansiedad¹²⁰. En mención con la literatura los adultos mayores rescatan frases como:

“Si mejorarme si pero no me voy a curar entonces pero de todas maneras estoy resignado”E3.

“Llevarla con resignación, mejor dicho a mí la diabetes tengo que resignarme”E6

Que permiten percibir que lo que se ha investigado con otros grupos etarios, demuestra que al transcurrir de los años con la enfermedad lleva a que haya una resignación, aceptación por la enfermedad, realizando un cambio en sus estilos de vida. En la literatura es importante resaltar que los cambios y estilos de vida son un proceso lento y difícil, principalmente en la alimentación porque estos están relacionados con tres factores importantes que son la cultura, económicos y sociales a las creencias del paciente, en cuanto a la medicación presentan morbilidades, alto costo, a los mitos y creencias ya que esto limita que haya un adecuado acceso de información. La condición de perder de individuo saludable, sucede de muchas veces de forma tardía, posterior a complicaciones, por tanto resulta comprensible los sentimientos de angustia preocupación, y rechazo por la enfermedad.

Uno de los tratamientos que genera sentimientos de preocupación, ansiedad, miedo es la insulina, los adultos mayores la resalta es frases como:

“No tengo la insulina pues uno vive siempre con la idea de que debe tener precaución”E2

“Ha no eso lo pone un poco nervioso eso lo pone a caminar como en zancos, yo le tengo miedo a la insulina, yo le tengo miedo y un miedo un miedo y un miedo, le tengo nervios a la chuzadera”E3

EL rechazo por la insulina manifestado por diferentes entrevistas “es considerada como una agresión al cuerpo; algo que provoca dependencia (al organismo y a otras personas) y pérdida de control de sí mismo; impone límites a las actividades (trabajo y distracción); ocasiona preocupaciones debido a la

Sentimientos Y Comportamientos” Rev Latino-am Enfermagem 2007 novembro-dezembro; 15(6) disponible en: <http>

¹²⁰Denise Siqueira Pérez, Laércio Joel Franco, ManoelAntônio dos Santos(2008)“ LOS SENTIMIENTOS DE LAS MUJERES DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO DE DIABETES TIPO 2” Rev Latino-am Enfermagem 2008 janeiro-fevereiro; 16(1) disponible en:http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/es_15.pdf

precisión en las dosis; provoca discriminaciones; es incómodo y molesto” El uso de la insulina genera ansiedad al momento de usarla porque no se brinda una educación adecuada al momento que la ordenan y no hay un control adecuado de la enfermedad en especial el tratamiento.¹²¹

En la literatura se encuentran sentimientos provocados por la imposición del cambio de la alimentación rigurosa, sentimientos como rabia contra el mundo, algunos mencionan el uso de la insulina como pavor, odio y mal humor debido al uso diario a que conlleva, son sentimientos de que no hay aceptación de la enfermedad por más años que hayan pasado.¹²²

El hecho del consumo diario de los medicamentos y el consumo de los alimentos lleva que este recordando constantemente que tiene la enfermedad que con el pasar de los años se van adaptando, lo cual genera ansiedad, miedo y tristeza. Dice que la dificultad de la aceptación es la condición de vivir con el eterno problema que deja percibir al diabético como alguien que de algún modo aprendió a convivir con la incomodidad y con el eterno dilema. Para algunos ya es hacer cuenta que no presenta la enfermedad, es parte de muchas personas no aceptar la enfermedad, sus hábitos siguen siendo iguales, no cambian nada, no aceptan la importancia del cuidado y de la enfermedad.

6.2.4 PADECERES DE LA ENFERMEDAD

“Al diabético le da mucha hambre, y una sed”

Los adultos mayores resaltan que los padeceres más difíciles de llevar son los síntomas, porque generan incomodidad, debilidad, ansiedad al momento de presentarlos, siempre se habla de los síntomas de la enfermedad como son polidipsia, polifagia y poliuria, síntomas que ellos nos comentan en frases como:

“Uno ve cualquier cosa y uno llega a comérselo (risa)”E1

¹²¹ Denise Siqueira Pérez, Manoel Antônio dos Santos, María Lúcia Zanetti, Antonio Augusto Ferronato (2007) “Dificultades De Los Pacientes Diabéticos Para El Control De La Enfermedad: Sentimientos Y Comportamientos” Rev Latino-am Enfermagem 2007 novembro-dezembro; 15(6) disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/es_07.pdf

¹²² Denise Siqueira Pérez, “LOS SENTIMIENTOS DE LAS MUJERES DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO DE DIABETES TIPO 2” Opcit, 4-5

“Al diabético le da mucha hambre, mucha hambre, no le digo que acaba uno de comer y ve cualquier cosa le provoca comérselo” E1

“Ya me cogió que era una sed, una sed, en cambio de eso tomé gaseosa”E4

El tipo de dieta que deben seguir es agotadora, manifiestan que se cansan, siguen el tipo de dieta pero con el pasar del tiempo la cambian, por tanto afecta en el tratamiento que llevan, relata que lo más difícil es no comer harinas, sienten el deseo de comer estos alimentos, hay más aceptación en el dejar de consumir dulce y se cansan de consumir ensaladas. La restricción de los alimentos es lo que resulta más complicado para las personas que le diagnostican la enfermedad llevar una alimentación adecuada es cuestión de tiempo y de costumbre con la enfermedad, pero para algunos es un proceso que es difícil debido a los procesos culturales y sociales que rodea a cada uno. Y es dada en la frase:

“Uno come un tiempo eso la comida lo aburre y uno tiene que cambiar”E1

“Uno no puede comer de todo, tiene que abstenerse de esto, no coma porque si se la come se le sube el azúcar”E1

“Cambiar los hábitos alimenticios, eso es lo que más le da a uno duro”E1

“Dice uno no puedo comer esto porque me hace daño”E2

“Yo todavía soy malo para dejar de comer sin dulce, porque sigo con esa debilidad”E7

Llevar una alimentación adecuada genera costo y de igual manera incomodidad como lo refleja un estudio¹²³, ya que si es la mujer que presenta la enfermedad es quien debe cocinar y relata que su dificultad consiste en preparar la alimentación para los familiares, ir a fiestas y no poder comer: Mirar, tocar, manipular, preparar los alimentos induce al deseo. Existe la compulsión por comer alimentos y de romper una dieta, el apoyo familiar es importante al momento de que alguien presente la enfermedad.

En la revisión bibliografía es importante resaltar la importancia de la dificultad para controlar los impulsos. Existe la necesidad de mantener el impulso por el consumo de alimentos, pero hay difícilmente dificultad para mantener la

¹²³Denise Siqueira Péres, Laércio Joel Franco, ManoelAntônio dos Santos(2008)“ LOS SENTIMIENTOS DE LAS MUJERES DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO DE DIABETES TIPO 2” Rev Latino-am Enfermagem 2008 janeiro-fevereiro; 16(1) disponible en:http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/es_15.pdf

prescripción por un tiempo prolongado, existe la necesidad del consumo de alimentos no ordenados¹²⁴.

“Estoy aburrido, esa chuzadera”

Tienen conocimiento de los hipoglucemiantes orales que están usando, pero no mayor de la insulina manifestaron que presentaba dificultad y no querer la administración en relación al uso de la insulina, debido a que se debe usar una aguja que genera dolor, y el paciente se cansa de usarla, no quieren usar la insulina, le temen y les da miedo.

“El año pasado me dijeron no ya usted con pastas no se le hace nada tiene que pasar a la insulina, ya estoy aburrido esa chuzadera en el ombligo esa inyección y eso es muy cansón”E3

“no he querido la insulina”E6

En base a la literatura se encontró que varios entrevistados acerca de los hipoglucemiantes hacen referencia a la dificultad de tomar la insulina debido a la hora y dosis de administración de la insulina, y algunos sentimientos que han descrito más adelante, por tanto es importante resaltar que es un tema de salud en el cual se debe trabajar, hay que rescatar el “miedo” y “pavor” por algunos a la hora de saber que todos los días deben inyectarse la insulina.¹²⁵

Otro factor importante que interviene es el factor económico ya que el costo de los alimentos que deben consumir los adultos mayores generan un costo, que para muchos no tiene como suplir esta necesidad, a ello hay que sumarle los costos de la canasta familiar, algunos no presentan ingresos por tanto no pueden llevar una alimentación adecuada, mediante frases como:

“Porque uno de pobre tiene que comer lo que Dios socorra”E3

Se encontró que el estrato socioeconómico de una zona rural y urbana que prevaleció en los pacientes que acudían fue en general medio o bajo, algunos de ellos se encontraban en pobreza extrema. Este nivel socioeconómico predominante se relacionó con el grado de escolaridad encontrado (primaria incompleta y analfabetismo), prevaleciendo la tendencia a seguir costumbres y

¹²⁴Ibíd. 3-4

¹²⁵ Denise Siqueira Péres, Manoel Antônio dos Santos, “Dificultades De Los Pacientes Diabéticos Para El Control De La Enfermedad: Sentimientos Y Comportamientos”Op.,.Cit 4-5

tradiciones ancestrales en el manejo de su enfermedad ya que la escolaridad en los entrevistados es baja.

Referente al tipo de dieta, destacan que se caracteriza por ser restrictiva y de alto costo para la población en estudio. Ambos puntos del tratamiento dieto terapéutico. Son percibidos como obstáculos para poder lograr una adherencia exitosa al tratamiento.

APREHENDERES, PROYECTARES Y ACONSEJARES.

6.3. DESPUES: SABER ESCUCHAR

Saber escuchar, oír consejos dicen los adultos mayores, son sus experiencias que pueden compartir, en general es una enfermedad que requiere cuidado de cada persona, y para ellos es importante resaltar, sus conocimientos porque así pueden prevenir a otras personas de la enfermedad.

6.3.1 QUE SE APRENDIO

“Aceptar la enfermedad tal y como viene”

Los adultos mayores que han aprendido con la enfermedad, pero el pasar de los años los ha llevado a tener resignación con la enfermedad a tratar de sobrellevarla y tratar de comprenderla, es de concientizarse de que no hay remedio y que ya hace parte de sus vidas, aceptarla tal y como se pueda. Y se logra a través de seguir lo que dice el médico, de lo que le enseñan a cómo manejar la enfermedad, reconocen con el tiempo de que es una enfermedad mortal que les causa daño y que es silenciosa. Estas son sus palabras:

“He aprendido que uno tiene que aprender a convivir con ella, se adapta uno al tiempo, a estar con ella.”E1 “Tratar de corregir y de acatar lo que dice el medico”E1

“Es una enfermedad que nunca avisa, que si uno se descuida le puede llegar a cualquier momento otra clase de enfermedad”E2.

“Aceptar la enfermedad tal y como viene, concientizarse uno que no hay remedio; hay que tener fuerza de voluntad, aceptar la vida como se pueda” E4

“Que aprendido que la enfermedad le enseña a uno” E4

En la literatura es importante resaltar la investigación acerca de vivencias de la persona con diabetes realizada a personas mayores de 50 años inscritas al programa de control de diabetes en el Hospital San Pedro y San Pablo en la Virginia, Risaralda. En el cual destacan las malas prácticas de autocuidado entorno a la enfermedad, no mantener un adecuado hábito alimenticio, se encontró que los pacientes asumen que la enfermedad ha cambiado sus vidas.¹²⁶

A medida que van conociendo la enfermedad se empiezan hacer conscientes de la enfermedad, para los adultos mayores es importante tener la precaución de seguir un tratamiento adecuado. En frases como:

“Yo siempre tengo la precaución de medirme un poquito”E1
“Hacerse control donde los médicos, consultar si siente algo y tiene la sugestión que es diabetes”E1
“Pienso ahora de que es una enfermedad que debe tener una mucha precaución para evitar cualquier contratiempo, seguir las precauciones que anteriormente le comento lo que es sal y dulce y los alimentos que le pueden ocasionar daño”E2

En la literatura, existe un artículo que está dirigido hacia el grupo familiar y social del enfermo, porque cuando esta fuente de control se modifique entonces el enfermo contara con las condiciones necesarias para modificar sus comportamientos ya que hay un benéfico que facilitarían el control de la enfermedad¹²⁷.

“si a mí me hubieran hecho alguna noción, yo no era diabético.” E3.

Esta expresión resalta que el adulto mayor no conocía nada de la enfermedad, y refiere que si le hubieran brindado algún tipo de educación durante su juventud no la presentaría. En un estudio realizado en el 2011 a personas diagnosticadas con la enfermedad sobre niveles de conocimiento con la diabetes tipo 2, estudios nacionales e internacionales con diabéticos con un diagnóstico inferior a 10 años muestran escasos conocimientos con la enfermedad y que llegan estos conocimientos es cuando aparece alguna complicación cuyos resultados infieren la necesidad de la educación en diabetes, hay que iniciarla y mantenerla en el tiempo para reforzar los conocimientos ya que los estudios demuestran que cuando hay una

¹²⁶ “Aprendí a vivir con ella “vivencia de la persona con Diabetes la Virginia Risaralda, 2007;Leidy Paola Sepúlveda, , Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería

¹²⁷ Claudia Troncoso P. , Mauricio Sotomayor C., Fernanda Ruiz H. , noviembre del 2008;

“Interpretación De Los Conocimientos Que Influyen En La Adherencia A La Dietoterapia En Adultos Mayores Con Diabetes Tipo 2 De Una Comuna Rural”RevChilNutr Vol. 35, N°4, Diciembre 2008.

complicación conocen la enfermedad, lo cual está relacionada con un inadecuado proceso educativo que no siempre se desarrolla de manera sistemática y seguidamente que adolece la falta de habilidad en ese otro saber hacer, que exige cuidar y enseñar a cuidarse.¹²⁸

Esto demuestra que es importante brindar educación en cuando a las enfermedades crónicas constantemente aun a aquellos que no presentan la enfermedad, la educación no debe basarse en solo aquellos que presentan la enfermedad para evitar complicaciones sino también en aquellos que no presentan la enfermedad. Porque son conscientes que la mayor causa son los hábitos alimenticios que tenían antes de presentar la enfermedad.

6.3.2 COMO SE VEN EN UNOS AÑOS

“No se sabe de aquí en adelante”

Lo adultos mayores no logran proyectar para más adelante como serán sus vidas con la enfermedad, tiene la seguridad que van a continuar con la enfermedad pero desconocen lo que sucederá en unos años como sea el manejo con la enfermedad que otras complicaciones lleguen y los puedan afectar, y lo relacionan de que les queda pocos días de vida, saben que en algún momento les llegara la muerte. Y lo mencionan en frase como:

“No se sabe de aquí en adelante, me quedaran poquitos días”E1.

Pero no desconocen que debe haber la precaución de cuidarse con la enfermedad de seguir en controles médicos, saben que es una enfermedad silenciosa, tiene miedo a presentar alguna complicación. Saben que si se descuida puede aparecer otra enfermedad.

“Yo siempre tengo la precaución de medirme un poquito”

En la parte de antecedentes se destaca las cifras acerca del aumento de la diabetes la cual está en un aumento progresivo, por varias razones por la esperanza de vida, disminución de la fecundidad, pero también a la educación

¹²⁸ Casanova Moreno María (abril-junio 2011), “Nivel de conocimientos sobre la enfermedad en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2”, Op cit, P 128...

que se le ha brindado a la población han ayudado a disminuir la enfermedad y las complicaciones¹²⁹.

6.3.3 QUE ACONSEJAN:

“Para llegar a viejo hay que oír consejos.”

Mediante estas expresiones los adultos mayores resaltan que deben cuidarse porque es una enfermedad silenciosa, crónica que se va dando con los años y que si no se cuida cuando joven puede presentar la diabetes. Afecta diferentes partes del cuerpo, es importante escuchar los consejos de quienes presentan la enfermedad.

El consejo que brindan los adultos mayores a las demás personas es que asistan al médico, si presentan algún síntoma de los que se han descrito, porque la diabetes maltrata psicológicamente.

La diabetes es la muerte blanca, entonces hay que concientizarse y no consumir alimentos con dulce, cuidarse, para no llegar a ser carga para nadie.

“Los consejos que le doy es que se cuiden, porque es una enfermedad progresiva y va avanzando silenciosamente, uno no debe ser egoísta, para que no pasen por lo mismo y si uno no se cuida cuando joven, y para llegar a viejo hay que oír consejos.” E1

“El azúcar es la muerte blanca que la llaman por apodo, entonces yo lo único que yo le digo a los amigos es que consuman lo menos de azúcar” E3

“El consejo para una persona es que se cuide y que no sea carga para nadie que no sea carga pesada, que se cuide en la alimentación, y seguir el régimen que dice un médico” E4

“La diabetes hay que controlársela” E6

“Que se cuiden de la enfermedad de la diabetes, que es silenciosa” E7

¹²⁹.TRONCOSO P, Claudia. *et al.* noviembre del 2008; “Interpretación De Los Conocimientos Que Influyen En La Adherencia A La Dietoterapia En Adultos Mayores Con Diabetes Tipo 2 De Una Comuna Rural” RevChilNutr Vol. 35, N°4, Diciembre 2008.

Es tener que adaptarse a un tratamiento del cual se necesita llevar en conjunto con sus familias y la sociedad.

7 CONCLUSIONES

- El adulto mayor considera que si hubiera conocido de su enfermedad cuando joven no presentaría la enfermedad ya que se cuidaría en los hábitos alimenticios, que debe seguir. Por eso en los consejos que brindan refieren que hay que cuidarse y saberse controlar desde joven en cuanto a la alimentación, el consumo de bebidas alcohólicas y el uso de los medicamentos.
- La enfermedad genera miedo, ansiedad, nerviosismo, estrés, alteración entre sus relaciones con su familia, hay afectación psicológica, pero de igual manera físicamente describen los síntomas los cuales muchas veces no logran controlar, hay debilidad y se pierde el apetito sexual.
- Los adultos mayores reflejan un desprecio por el tipo de dieta que deben llevar ya que es estricta y es un cambio drástico para sus vidas, pero a su vez tratan de cumplir con la alimentación que debe llevar, porque por medio de otras personas, conocen cuales son las complicaciones. Cabe

resaltar el problema social y económico de cada adulto mayor que no permite que tenga una adecuada alimentación por el costo de la canasta familiar.

- En la medicación le temen al uso de la insulina, por el costo, porque se pueden descompensar, le temen a las inyecciones y no conocen como debe ser el manejo. Poca educación se brinda sobre el uso de los medicamentos de cómo se los debe tomar y conocen como inicia su tratamiento, cuales son los signos y síntomas cuando se encuentra aumentada o disminuido los niveles de azúcar pero poco lo conocen dicho por el personal de salud.
- En algunos adultos mayores relacionan su falta de cuidado a que piensan que les queda poco tiempo, por tanto no tienen una adherencia a los tratamientos, a diferencia de otros adultos mayores que siguen los tratamientos pero tienen la resignación de que la enfermedad es degenerativa y les queda poco tiempo de vida.
- Los adultos mayores al pasar los años se van haciendo conscientes del cuidado que deben tener con la enfermedad, aprenden a convivir con ella, reconocen la importancia de asistir a los controles, distinguen los síntomas cuando presentan la enfermedad, involucran a sus familias con la enfermedad y saben que deben cuidarse, tanto en la alimentación como en el consumo de los medicamentos.
- Por medio de las vivencias que viven los adultos mayores con diabetes nos podemos dar cuenta cuales son las falencias que se deben tener en cuenta y reforzar la educación en salud, el manejo y uso de medicamentos.

8. RECOMENDACIONES

- La educación es un aspecto importante que se debe seguir trabajando intensamente no solo en las personas que ya tiene diagnosticada la enfermedad, sino también en las personas que no presentan la enfermedad, reforzar los estilos de vida saludable en las personas ayudan a la prevención de la enfermedad.
- Realizar un seguimiento y/o acompañamiento cercano a las personas que recién se les diagnostica la enfermedad, ya que se presenta rechazo, no hay aceptación y estas personas continúan con su vida común y corriente lo cual lo lleva a un factor de riesgo de presentar alguna complicación.
- La administración de la insulina es un aspecto importante que se debe trabajar en cuanto a la educación y que corresponde a enfermería los manejos con la insulina y que se debe llevar un seguimiento, para evitar que la persona deje de usar el tratamiento. Y que hoy en día se trabaja para la creación de nuevas insulinas como lo son las sintéticas que están diseñadas para administración rápida y controlada y causa menos trauma a diferencia del otro tipo de insulinas.

- Las instituciones de salud están trabajando en cada programa de enfermedades crónicas en este caso la diabetes tipo 2, del cual cabe resaltar que se debe realizar un seguimiento constante en cuanto al manejo de la enfermedad, las personas se demoran en su proceso de aceptación y por tanto dejan los tratamientos y hacen uso de otras medidas que hacen que se puedan complicar.
- Tener presentes los sentimientos que se generan con la enfermedad escuchar a cada persona que presenta la enfermedad, ayuda a que como profesionales de enfermería detectemos debilidades en cada persona que la presenta.

BIBLIOGRAFIA

ALBALÁ C, Lebrão ML, DIAZ, León EM, et al (2005). “Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada”. RevPanam Salud Pública. Núm. 17(5/6):307–22.

ALONSO GALBÁN Patricia, SANSÓ SOBERATS Félix J, et al, (2007enero-marzo), “Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor”, en Revista Cubana Salud Pública volumen.33 núm. 1 (en línea), disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n1/spu10107.pdf>

ARANGO, Victoria Eugenia y RUIZ, Isabel Cristina. “Diagnóstico De Los Adultos Mayores De Colombia” Fundación Saldarriaga. (En línea), disponible en: <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPolitic/Po liticas%20Poblacionales/Envejecimiento%20y%20Vejez/Documentaci%F2n/A31ACF931BA329B4E040080A6C0A5D1C>

ASCHNER, P. "Epidemiología de la diabetes en Colombia" Hospital Universitario San Ignacio. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá (Colombia) Avances Diabetologia. 2010. p.26., p. 95-100.

BALI, GuinGuin. *Una ventana a África* (24/08/2012), "África deberá enfrentar un rápido envejecimiento de su población" disponible en: <http://www.guinquinbali.com/index.php?lang=es&mod=news&cat=2&id=3163>

BORJA HERNÁNDEZ, Diana Paola; SERRATO TRIANA, Silvia Arabelly y SOTO MENDOZA, Luisa Fernanda (Agosto noviembre del 2009). *Vivencias del apoyo familiar, programa ambulatorio de adultos mayores, ciudad Bolívar (trabajo de grado)*, Enfermera Profesional Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería.

BUSTOS SALDAÑA, *et al.* Julio-septiembre, 2007, Conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo 2 tanto urbanos como rurales del occidente de México .Archivos en Medicina Familiar, Vol. 9, Núm. 3, pp. 147-155.

CASANOVA MORENO, María. (Abril-junio 2011),"Nivel de conocimientos sobre la enfermedad en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2",Op cit, P 128.

CHAQUETE, Erwin; NUÑO GONZALES, Patricia y PANDURO CERDA, Arturo. "Perspectiva histórica de la diabetes Mellitus, comprendiendo la enfermedad",(2001,marzo) En Revista Investigación en salud, Red de revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal año2001, vol III pp 5-10.

DELGADO, Elías. Hospital Universitario de Asturias, Oviedo. Epidemiologia "Las estimaciones internacionales indican que la prevalencia de diabetes se duplicará en los próximos años" Revista Reesmgrafvol 7 núm. 2 (En línea), disponible en: http://www.economiadelasalud.com/ediciones/72/08_pdf/analisisepidemiologia.pdf

DIEZ MEJÍA, Bertha Ligia. (2006 marzo) "Consideraciones acerca de la diabetes mellitus tipo 2"Revista Investigación y Educación en Enfermería-Medellín, vol XXIV Nª1.

Durán A, *et al.* Diciembre del 2009; “Enfermedad crónica en adultos mayores” Univ. Méd. Bogotá (Colombia), 51 (1): 16-28. Disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/V51n1/Universitas%20M%E9dica%20Vol.%2051%20No.%201/Enfermedad%20C%F3nica.%20P%E1g.%2016-28.pdf>

ESLAVA ALBARRACIN, Daniel Gonzalo, RN, MsC, Phd, Profesor asociado, Facultad de enfermería, Pontificia Universidad Javeriana.

FERNÁNDEZ Alba y MANRIQUE-ABRIL, R. FG (2010)“Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor” Enfermería global Vol 9, Núm. 2 : #19.

FIRIGUA MONTERO, Daniela. Características del Proceso de Comunicación Equipo De Salud- Adulto Mayor Con De Hipertensión Arterial. Programa De Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Institución Primer Nivel De Atención. Bogotá. Trabajo de Grado. Enfermera Profesional. Bogotá, D. C. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería Clínica. Abril 2010, p. 25-26.

GAVILÁN MARTÍNEZ, Diana Milena y VÉLEZ GONZÁLEZ, Martha Lucia año 2009. Trabajo de grado. Vivencias de las mujeres que transcurren su proceso de atención de parto y cuidado posparto con compañía y sin compañía de un familiar y bajo el cuidado de enfermería. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería.
<http://ambuq.tripod.com/barranquilla/id3.html>

GODÍNEZ GUTIÉRREZ, Sergio Arturo. (2001,marzo) “Definición y diagnostico” En Revista Investigación en salud, Red de revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal ,vol III pp 11-17.

GOMEZ, Marcelo M. Introducción a la metodología de la investigación científica. Editorial Brujas, año2006.
www.books.google.com.co/books?isbn=9875910260.

GOMES-VILLAS BOAS, Lilian Cristiane, *et al.* (2012 ene-feb) “Relación entre apoyo social, adhesión al tratamiento y control” metabólico de personas con Diabetes Mellitus” Rev. Latino-Am. Enfermagem vol20 núm. (1):08,(En línea) Disponible en : www.eerp.usp.br/rlae

GONZÁLEZ SUÁREZ; Roberto Pedro PERICH AMADOR; Celeste Arranz Calzado,(2010) "Trastornos metabólicos asociados con la evolución hacia la diabetes mellitus tipo 2 en una población en riesgo" Revista Cubana de Endocrinología; vol 21num (2);pp110-125.

GORMAN, Mark. La tercera edad y el desarrollo: ¿La última minoría?

GUZMÁN-JUÁREZ, Nora y MADRIGAL-BUJADAR, Eduardo. (abril-junio, 2003); "Revisión de las características clínicas, metabólicas y genéticas de la diabetes mellitus" Bioquímica, Asociación Mexicana de Bioquímica Clínica, A.C. México. Red de revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal; Vol. 28, Núm. 2, pp. 14-23.

HEALY, Robert G. "El envejecimiento de la población en América del Norte: una oportunidad para la creación de empleos mediante el comercio continental" Estudios demográficos y Urbanos, 2005, septiembre-diciembre, vol20 , número 003, pp605-617.

Hernández, A. (2010, 24 de junio). La vivencia como categoría de análisis para la evaluación y el diagnóstico del desarrollo psicológico. *PsicoPediaHoy*,12(129). Disponible en: <http://psicopediahoy.com/vivencia-como-categoria-de-analisis-psicologia/>

HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto. Carlos; FERNANDEZ COLLADO, Pilar y BAPTISTA Lucio, año 2010. Metodología de la investigación, quinta edición.

JIMÉNEZ LARA, A y QUEZADA GARCÍA, M. Consorcio Eurosocial Salud, 2008., "Extensión de la protección social en salud a poblaciones en condiciones especiales de vulnerabilidad (adulto mayor y dependencia) Documento Técnico", (Enlínea), disponible en: http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Doc_Adultos_MAyores.pdf

LEDÓN LLANES, LoraineMSc. Lic. (enero-abril 2012) "Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad" Revista Cubana Endocrinología vol.23 no.1 Ciudad de la Habana.

LUSCOMBE, A F. (2000), Health-Related Quality of Life Measurement in Type 2 Diabetes. Value in Health, 3: 15–28. doi: 10.1046/j.1524-4733.2000.36032.x <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1524-4733.2000.36032.x/pdf>

MARIN, J.M (2003), “Envejecimiento”, en Revista Salud Publica Educación Salud” (en línea), Vol 3, (1), nùm:28-33, disponible en <http://webs.uvigo.es/mpsp/rev03-1/envejecimiento-03-1.pdf>.

MEDEL ROMERO, Brenda Cintia y GONZÁLEZ JUÁREZ, Liliana. (2006)” Estilos de vida. Experiencias con la adherencia al tratamiento no farmacológico en diabetes mellitus” IndexEnferm v.15 n.52-53 Granada primavera/verano.

MENDIVIL ANAYA, Carlos Olimpo. (2007); “Guías De Práctica Clínica Basadas En La Evidencia Sobre El Tamizaje, Diagnóstico Y Tratamiento De La Diabetes Mellitus Tipo II” División de Lípidos y Diabetes Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. (En línea), disponible en: www.diabetes.unal.edu.co/Guias_DM2.pdf

MENÉNDEZ, J. *et al.* Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. RevPanam Salud Pública. 2005;17(5/6):353–61.. Disponible en :<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26272.pdf>

MUÑOZ RICAUTE, Lina Marcela y NUÑEZ MENDEZ, Yenifer. (junio 2011) “Donde fuimos a parar” *Vivencias del maltrato familiar de adultos mayores institucionalizados en el centro de protección social “CPS” Localidad de San Cristóbal, (trabajo de grado)*, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería.

NAY LEITE DE ARAÚJO, Nancy; LOIOLA BATISTAI, BARROS DE ARAÚJO, Maria Helena. Luz II(2012 mar-abr) “Vivências de pessoas com diabetes e amputação de membros” Revista Brasilia Enferm, Brasília 2012 mar-abr; 65(2): 244-50.

ORTEGA Y GASSET. El raciovitalismo Dpto. de Filosofía. Filosofía II curso 2007 / 2008 I.E.S. Pintor Juan Lara disponible en: www.elprofedetica.es/docs/pau/ortegaygasset.pdf y en www.rae.es/

PONCE GONZÁLEZ, José M^a. (2006) "La diabetes: luces y sombras en el camino. Relato biográfico de una paciente" *IndexEnferm* v.15 n.52-53 Granada primavera/verano.

REGLA CAROLINO, IdalinaDiair. *et al.* (2008 marzo-abril;) "Factores De Riesgo En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2" *Rev Latino-am Enfermagem*. Vo16 núm.(2).

BÓRQUEZ, Rita y MONTECINO, Sonia "Identidad de género y control social: "Una aproximación desde los significados construidos por las mujeres criminalizadas como homicidas"
www.es.scribd.com/.../ Instrumento de investigación la entrevista semiestructurada.

RODRÍGUEZ CONSTANTÍN A y RODRÍGUEZ, Beyrís . Insuficiencia renal crónica en pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 en un área de salud [artículo en línea]. *MEDISAN* 2009;13(6)
http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_6_09/san08609.htm

SALAZAR ÁLVAREZ, Yohana. (2011); "Uso de la metformina en la diabetes mellitus tipo II". *Revista Cubana de Farmacia*; vol45 núm.(1); pp 157-166.

SÁNCHEZ BELKIS, M Vicente. (2010)"Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes con diabetes tipo 2" *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos*. Cienfuegos, Cuba vol. 8, núm. 6, pp. 21-27

SEABRA RODRIGUES, Andreia Cristina. *et al.* 2010" A proposal of continuing health education to update health team professionals in diabetes mellitus" *Rev Esc Enferm USP* ;vol 44 num (2):pp 524.

SEPULVEDA, Leidy Paola. (2007) "*Aprendí a vivir con ella*" *vivencia de la persona con Diabetes la Virginia Risaralda,*" (*trabajo de grado*), Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería.

SIQUEIRA PÉRES, Denise. (2007) "Dificultades De Los Pacientes Diabéticos Para El Control De La Enfermedad: Sentimientos Y Comportamientos" *Rev Latino-am Enfermagem* vol 15(6) disponible en :
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/es_07.pdf

SIQUEIRA PÉRES,Denise. FRANCO, Laércio Joel y DOS SANTOS, ManoelAntônio. (2008) “Los Sentimientos De Las Mujeres Después Del Diagnóstico De Diabetes Tipo 2” Rev Latino-am Enfermagem vol16(1) disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/es_15.pdf.

TRONCOSO P, Claudia. *et al.* noviembre del 2008; “Interpretación De Los Conocimientos Que Influyen En La Adherencia A La Dietoterapia En Adultos Mayores Con Diabetes Tipo 2 De Una Comuna Rural”RevChilNutr Vol. 35, N°4, Diciembre 2008.

URZUA Alfonso; CHIRINO Alejandra y Valladares,(2011) “Autoreporte de la calidad de vida relacionada con la salud en diabetes mellitus tipo2” Revista médica de Chile vol139:pp,313-320.

VELÁSQUEZ URIBE, M.T (Septiembre 2004), “Envejecimiento de la población”, en Revista Ciencias 75, pág. 28-34, disponible en :<http://www.ejournal.unam.mx/cns/no75/CNS07504.pdf>

ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE DIABETES (2006) “Guías Alad De Diagnóstico, Control Y Tratamiento De La Diabetes Mellitus Tipo 2, Epidemiología de la diabetes tipo 2 en Latinoamérica” Capitulo 1, pág. 5-7. (En línea), disponible en: http://www.revistaalad.com.ar/guias/GuiasALAD_DMTipo2_v3.pdf

AOL LATINO NOTICIAS (30/11/11), “Experimenta EE.UU. acelerado envejecimiento demográfico” (en línea) disponible en: <http://noticias.aollatino.com/2011/11/30/experimenta-ee-uu-acelerado-envejecimiento-demografico/>

CARACOL RADIO (mayo 21 de 2009), entretenimiento, “OMS: La esperanza de vida en Colombia es de 75 años”: (En línea),disponible en: <http://www.caracol.com.co/noticias/entretenimiento/oms-la-esperanza-de-vida-en-colombia-es-de-75-anos/20090521/nota/815731.aspx>

COLOMBIA. CONGRESO NACIONAL DE LA REPÚBLICA. “ Ley 1276 DE 2009 (enero 5) Diario Oficial No. 47.223 de 5 de enero de 2009” Bogotá.

COLOMBIA.DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Censo general 2005 “Población adulto mayor” (En línea), Disponible en: http://www.colombialider.org/wp-content/uploads/2011/03/censo_2005_DANE-poblacion_adulto_mayor.pdf

COLOMBIA.CONGRESO NACIONAL DE LA REPUBLICA. Resolución 00412 (08, mayo, 2000) Por la cual se reglamenta el uso de [en línea] Diario Oficial. Bogotá, D. C. 2000, no. 42.457. (Consultado en 02 junio 2013). Disponible en: <www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/ntdiabetesII.htm>.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. "LEY 100 DE 1993 (Diciembre 23) Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993. Artículo 173."

Instituto del Tercer Mundo (autoría; canal),(2 de Mayo de 2005)," Asia: La celeridad del envejecimiento", en Revista Globalhoy nº3 – 4, (en línea) disponible en: <http://www.gloobal.net/iepala/gloobal/fichas/ficha.php?entidad=Textos&id=929>

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Bogotá, D.C; El Ministerio;(2011). ASIS - Análisis de la situación de salud en Colombia, (2002-2007). "Tomo III: Morbilidad y mortalidad de la población colombiana. Colombia.". Pág. 307 p(En línea),disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ASIS-Tomo%20III--Morbilidad%20y%20mortalidad%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20colombiana.pdf>

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. (diciembre de 2007) "Política nacional de envejecimiento y Vejez, 2007-2019".

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución N° 008430 DE 1993 (4 DE OCTUBRE DE 1993).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2012) "día Mundial de la Diabetes: una enfermedad que aumenta en las Américas" (En línea),disponible en: https://new.paho.org/pan/index.php?option=com_content&task=view&id=381&Itemid=259

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (Septiembre de 2012) “Diabetes. Nota descriptiva N°312 , Datos fundamentales Día Mundial de la Diabetes 14 de noviembre.”, (En línea),disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (27 de Septiembre 2011) “Envejecimiento y ciclo de vida” .(En línea),disponible en: <http://www.who.int/ageing/es/index.html>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 61ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD, Punto 11.5 del orden del día provisional, 18 de abril de 2008 “Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial “Disponible en :http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_8-sp.pdf

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 2007”Estrategia regional y Plan de Acción para Un Enfoque Integrado Sobre la Prevención y el Control de la Enfermedades Crónicas” Pág. 6. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/OPS_Estrategia_Regional_plan_accion_sobre_ENT_SP_2006.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2004.” Adherencia A Los Tratamientos A Largo Plazo Pruebas para la acción”, pagina 86,187.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2003). Informe sobre la salud en el mundo; forjemos el futuro. Recuperado de: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2001) “Campaña de la OMS por un envejecimiento activo” (en línea),disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/index.html>.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. Mercosur/ rms/p.acordo n 15/06, PROPUESTA, Grupo de Trabajo, “Enfermedades No Transmisibles MERCOSUR y Países Asociados”. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/porto-alegre-propuesta.pdf>

ANEXO No 1

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA FACULTAD DE ENFERMERIA DEPARTAMENTO DE SALUD DE LOS COLECTIVOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El objetivo de esta investigación es conocer y describir las vivencias del adulto mayor de 60 años frente a la Diabetes Tipo 2.

Es un estudio de tipo cualitativo que no presenta ningún tipo de riesgo, para el cual se realizara entrevistas a profundidad a adultos mayores que presenten diagnóstico médico de Diabetes Tipo 2. La entrevista tendrá un tiempo de duración de 30 a 45 minutos aproximadamente las cuales serán grabadas.

El propósito de la investigación es aumentar el conocimiento frente a una enfermedad que avanza y que afecta en una alta proporción a los adultos mayores, se busca con la investigación que el adulto mayor comparta y exprese sus vivencias antes, durante y después de presentar la enfermedad, y que esta información contribuya a mejorar el cuidado de enfermería.

En esta investigación el adulto mayor tiene la oportunidad de dar a conocer sus ideas, vivencias y sentimientos de una manera libre y confidencial. Se garantiza la privacidad en las entrevistas que se realizan, para conservar la confidencialidad se utilizará un seudónimo, el nombre de quien participa en el estudio no será expuesto en el análisis de información.

Durante la entrevista se brindara educación acerca del tratamiento, signos y síntomas de la enfermedad para evitar complicaciones, así como educar acerca de hábitos alimenticios, actividad física y uso de medicamentos.

Su privacidad, así como los archivos se mantendrán de manera confidencial, solo el personal autorizado tendrá acceso.

La decisión de participar en esta investigación es completamente voluntaria. Usted es libre de participar en este estudio así como de retirarse en cualquier momento, si decide no participar o retirarse en cualquier momento antes de

terminar la investigación, no tendrá ninguna repercusión, ni tampoco perderá los beneficios que ya haya tenido.

De manera libre doy mi consentimiento para participar en este estudio. Entendiendo que esta es una investigación. He recibido información de esta forma de consentimiento informado.

Declaración del investigador

De manera clara he explicado al participante la naturaleza del producto arriba mencionado.

Certifico que, basado lo mejor de mi consentimiento, los participantes que leen este consentimiento informado entienden la naturaleza, los requisitos, los riesgos y los beneficios involucrados por participar en este estudio.

Nombre

Cedula de ciudadanía

Fecha

Firma

Preguntas y contactos:

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede comunicarse con Andry Sabogal Pedraza al 3134568617. Andry.sabogal@javeriana.edu.co
Asesora: Liliana Quevedo, Facultad de Enfermería:
quevedo.l@javeriana.edu.co PBX: 3208320 Ext.2668 Carrera 7 N° 40 62 piso séptimo. Hospital Universitario San Ignacio.

ANEXO No 2

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERIA
VIVENCIAS DE ADULTOS MAYORES CON DIABETES
ENTREVISTA**

Fecha:	Nombre:	Sexo:
Teléfono:	Edad:	Seudónimo:
Fecha diagnóstico:	Ocupación:	Estrato:

ANTES	
Saberes	¿Usted que sabía de la diabetes, antes de saber que tenía la enfermedad?
	¿Cómo veía a otras personas que presentaban diabetes?
Pensares	¿Usted qué pensaba de la diabetes? ¿Qué sintió cuando se enteró que tenía diabetes?
Haceres	¿Cómo era su vida antes de conocer que era diabético?
DURANTE	
Actuares	¿Cuáles fueron los cambios en su vida cuando supo que presentaba diabetes? ¿Qué cambió en su vida luego de conocer que tenía diabetes?
Sentires	¿Cómo se siente en estos momentos al saber que continúa con la diabetes?
Padeceres	¿Cómo ha sido su vida con la enfermedad? ¿Qué ha sido lo más difícil que ha tenido que enfrentar durante la enfermedad? ¿Qué ha sido lo más difícil para llevar un tratamiento adecuado?
DESPUES	
Aprehenderes	¿Qué ha aprendido sobre la diabetes? ¿Qué enseñanzas le ha dejado vivir con la diabetes?
Proyectares	¿Cómo se ve en algunos años con respecto a la diabetes?
Aconsejares	¿Qué experiencia le ha dejado la diabetes y el tratamiento? ¿Qué consejos les daría a sus amigos, conocidos y familiares acerca de la diabetes?

Cuadro 1. Matriz de análisis.

1. Identificar los saberes, pensares y haceres de los adultos mayores **antes** de conocer el diagnóstico de diabetes tipo2.

Momento	Componentes	Unidades de análisis	Categoría	Entrevista

1 Cuadro 2. Características de los participantes

Total de participantes	Género	Ocupación	Estrato	Nivel educativo
7	Masculino: 7	Pensionado: 4	Estrato 2: 2	Primaria completa 1
	Femenino: 0	Conductor : 1	Estrato 3: 5	Bachillerato incompleto 3
		Independiente: 1		Bachillerato completo 3
		Constructor : 1		

Edad de los participantes (Según cronología y funcionalidad del envejecimiento)	
Viejo joven (60 y 74 años)	5
Viejo (75 a 84 años)	2

Tiempo que llevan conviviendo con la enfermedad	Número de adultos
Entre 20 y 35 años	3
Entre 10 y 20 años	1
Entre 5 y 10 años	3

