



**CREENCIAS, PERCEPCIONES Y ACTITUDES DE ADULTOS MAYORES CON  
DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS FRENTE A LAS COMPLICACIONES  
DE LA ENFERMEDAD**

**YESICA LORENA ALVARADO NÚÑEZ**

**Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar el título de  
Enfermera Profesional**

**Asesora**

**LILIANA QUEVEDO LEÓN**

**Enfermera**

**Maestría en Enfermería con Énfasis en  
Salud familiar y Atención Primaria en Salud**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA EN SALUD COLECTIVA  
BOGOTÀ  
2015**

## **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*

**Nota de aceptación**

---

---

---

---

---

---

---

Firma. Presidente del jurado

---

Firma Jurado

---

Firma Jurado

Bogotá D. C., Noviembre 17 de 2015.

## **AGRADECIMIENTOS**

Por el presente trabajo de grado me gustaria agradecer primeramente a Dios quien me permite llegar a cumplir una de mis metas.

A mi asesora de trabajo de grado, la Directora del Departamento de Colectivos de la Pontificia Universidad Javeriana, Liliana Quevedo L. por su apoyo, paciencia, y retroalimentación.

A mi compañera Diana León quien aporoto de manera significativa al inicio de este trabajo, aportando conocimientos y tiempo valioso.

Y por ultimo a mi Madre quien me apoyo en cada momento y me impulso a continuar a pesar de los obstaculos.

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	19
1. ANTECEDENTES Y SITUACION PROBLEMA .....	22
2. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS .....	30
2.1 ADULTO MAYOR.....	30
2.2 COMPLICACIONES DE LA DIABETES .....	30
2.3 CREENCIAS.....	31
2.4 PERCEPCIONES .....	31
2.5 ACTITUDES .....	31
3. JUSTIFICACIÓN .....	33
4. OBJETIVOS .....	<a href="#">36</a>
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	<a href="#">36</a>
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	<a href="#">36</a>
4.3 PROPÓSITOS.....	<a href="#">36</a>
5. REVISION DE LA LITERATURA .....	<a href="#">37</a>
5.1 ENVEJECIMIENTO .....	<a href="#">37</a>
5.2 ENFERMEDADES CRONICAS .....	<a href="#">41</a>
5.3 CONOCIMIENTOS DE LOS ADULTOS MAYORES ACERCA DE LA DIABETES.....	<a href="#">46</a>
5.4 CREENCIAS.....	<a href="#">53</a>
5.5 PERCEPCIONES .....	<a href="#">55</a>
5.6 ACTITUDES .....	<a href="#">55</a>
6. DISEÑO METODOLOGICO.....	<a href="#">57</a>
6.1 TIPO DE INVESTIGACIÒN .....	<a href="#">57</a>

6.2 PARTICIPANTES DEL ESTUDIO .....	<a href="#">57</a>
6.5 PROCESO DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÒN.....	58
6.6 ORGANIZACIÓN Y ANALISIS DE DATOS .....	59
7. CONSIDERACIONES ETICAS .....	62
8. ANALISIS Y RESULTADOS .....	63
8.1 SELECCION DE DATOS CONTENIDOS EN LA CATEGORIA DE INCAPACIDAD.....	63
8.2 DESCRIPCION DE LAS UNIDADES DE ANALISIS.....	67
8.2.1 CREENCIAS.....	67
8.2.2 PERCEPCIONES .....	69
8.2.3 ACTITUDES .....	71
8.3 RELACION ENTRE CATEGORIAS.....	73
8.4 REVISION DE DATOS.....	75
9. CONCLUSIONES .....	81
10. RECOMENDACIONES.....	82
BIBLIOGRAFIA.....	83
ANEXOS .....	87

## LISTA DE TABLAS

	Pag.
Tabla 1. Tasas crudas de mortalidad de las 10 primeras causas.....	44
Tabla 2. Diez primeras causas de muerte de 60 a 69 años.....	45
Tabla 3. Diez primeras causas de muerte de 70 a 79 años.....	45
Tabla 4. Caracterización de la población.....	60
Tabla 5. Selección de datos contenidos en la categoría "Incapacidad".....	62

## LISTA DE GRAFICOS

	Pag.
Grafico 1. Distribución porcentual de casos de muerte por grupo de eventos. Colombia.....	43

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Entrevista a profundidad.....	88
Anexo B. Consentimiento informado .....	90

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles, son causa de una importante proporción de muertes en Latinoamérica, lo cual es un impacto para la Salud Pública, entre estas enfermedades encontramos la Diabetes, la cual es definida como una enfermedad crónica.

La Diabetes Mellitus tipo 2 representa el 90% (Uricoechea, 2009-2011) de los casos a nivel mundial, por tal motivo debe ser un punto crucial a tratar, además la diabetes es una enfermedad que genera discapacidad, debido a su mal manejo, lo que incrementa el problema de salud pública en la población.

Es de gran importancia resaltar que la diabetes tiene una relación directa con el peso corporal excesivo y con la inactividad física.

Teniendo en cuenta lo anterior y sabiendo el impacto que genera este tipo de problemas en la población, esta investigación pretende conocer las creencias, percepciones y actitudes de los adultos mayores con diagnóstico de diabetes frente a las complicaciones que muestran un enfoque más real acerca de lo que están pensando y creen los adultos mayores sobre la enfermedad.

Se realizó un estudio de tipo cualitativo el cual nos permitió conocer las creencias, percepciones y actitudes que tienen los adultos mayores frente a las complicaciones de la diabetes, se utilizó como instrumento la entrevista a profundidad que permitió conocer de manera importante lo relacionado con el tema de investigación.

En el desarrollo de la investigación, después de la organización de los datos, se obtuvieron unas unidades de análisis específicas, las cuales llevaron a determinar las categorías que darían respuesta a los objetivos planteados, en base a estas se realizó el análisis de la información.

Para determinar las creencias, se identificaron tres categorías, la primera fue *"por la misma diabetes acaba con todos los órganos"*, esta permitió ver que la creencia del adulto mayor frente a las complicaciones de la diabetes es general e invasiva, ya que acaba y ataca todos los órganos, esta respuesta va de gran manera influenciada por la experiencia vivida, ya que los órganos más afectados son aquellos que en el momento de fallar les van a generar alguna discapacidad y dependencia. La segunda categoría se definió por uno de los síntomas más significativos que referían por experiencia propia los participantes *"La enfermedad me hace mantenerme cansado, agotado"*, refieren que ese cansancio padecido no les deja hacer nada, que se sienten sin fuerzas para realizar actividades, y por último una de las categorías generadas es que *"Las harinas son un veneno"*, revelan un concepto muy negativo, frente a los alimentos que contienen harinas ya que determinan que estas se convierten en azúcar y esto genera las complicaciones.

En cuanto a las percepciones, las categorías identificadas fueron 3, estas dirigidas a responder cuál fue la influencia más significativa para el desarrollo de las complicaciones de la enfermedad, la primera de ellas fue *"Se le sube el azúcar y eso daña los órganos porque eso va por la sangre"*, son consideradas por los participantes la causa más importante de las complicaciones, varios de ellos coincidieron en que el azúcar va por la sangre lo que genera que se dañen los órganos, la segunda categoría fue *"Por una comida me dio ese problema"*, los participantes relacionaron el desarrollo de su enfermedad a un suceso específico o un alimento específico antes del desarrollo de la complicación. Por último la tercera categoría, fue *"Lo va matando a uno despacio es degenerativa"*, es la percepción de que la diabetes, debido al desarrollo de las complicaciones de forma paulatina, representa en ellos una enfermedad degenerativa.

Las categorías que dan respuesta a las actitudes fueron tres, la primera fue *"No debo comer alimentos específicos"*, esto reflejado como una de las más importantes actitudes que deben tener para evitar el desarrollo de las complicaciones, como se veía en las creencias, los participantes tienen claridad sobre el efecto que generan algunos alimentos en el cuerpo, y la susceptibilidad que tienen ante ellos por su diagnóstico. La segunda categoría, es contundente y expresa un concepto muy importante sobre el desarrollo de

las complicaciones y la manera de evitarlas y es *“No debo angustiarme, porque eso me sube el azúcar”*, estas expresiones de los participantes deja ver la importancia de mantener un estado emocional equilibrado lo cual permitiera, no solo hacer más llevadera la enfermedad, si no evitar que las complicaciones se generen, incrementando el riesgo a discapacidad. La última categoría fue *“Hacer ejercicio ayuda mucho”*, una de las actitudes referidas que contribuyen al funcionamiento del cuerpo, aunque en la mayoría los participantes desconocían el motivo por el cual ayuda a evitar las complicaciones, debido a su experiencia determinaban que era bueno e importante.

Teniendo en cuenta lo anterior, y el análisis más profundo realizado en la investigación, se concluye que entre las representaciones sociales más significativas que se evidenciaron en el desarrollo de la investigación, están relacionadas directamente con las creencias que los adultos mayores tienen de las complicaciones de la enfermedad, ya que estas permiten ver a grandes rasgos lo que a través de los conceptos dados por ellos mismos y lo vivido en el desarrollo de la enfermedad creen y por ende actúan conforme a ello.

Es importante resaltar que los adultos mayores son conscientes de la influencia negativa o positiva que genera la alimentación en sus cuerpos. Y de acuerdo a esto, lo identificado a través de las creencias y percepciones, ayudarán a determinar cuáles son las actitudes que tienden a tomar los adultos mayores, para evitar el desarrollo de las complicaciones o evitar la progresión de las mismas.

## 1. ANTECEDENTES Y SITUACIÓN PROBLEMA

La Diabetes Mellitus tipo 2, es una enfermedad crónica que representa el 90% de los casos de Diabetes a nivel mundial, se convirtió en uno de los puntos centrales que debe atacar la Salud Pública debido a su gran impacto en la población. Su prevalencia en el grupo de edad de 20-79 años se encuentra en un 4,8% según datos de la Federación Internacional de la Diabetes en el 2009 (Uricoechea, 2009-2011) Esta enfermedad caracterizada por el aumento de los niveles de glucosa sanguínea causado por alteraciones en la secreción de la insulina, de su acción o de ambos, que además se asocia a otros trastornos metabólicos tiene como consecuencia después de los años, complicaciones en órganos vitales, como corazón, cerebro, riñones y otros como ojos, pies y nervios periféricos (Vélez A., Rojas M., Borrero R., & Restrepo M., 2012) aumentando el riesgo de cardiopatía, arteriosclerosis, ACV (Accidente Cardiovascular), e insuficiencia renal.

Actualmente esta enfermedad tiene un importante impacto a nivel mundial, ya que según la OMS, hay más de 347 millones de personas con diabetes, y se calcula que en 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencia de la misma. (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2015) Además una de cada 20 muertes en el mundo es atribuida a la diabetes, lo cual genera cerca de 8700 muertes cada día, es decir en promedio seis muertes cada minuto.

En cuanto a su mortalidad se registra en países de ingresos bajos y medios en un 80%, de los cuales casi la mitad de estas muertes corresponde a personas de menos de 70 años y un 55% a mujeres. Se predice que la diabetes será la séptima causa de muerte para el año 2030, y que aumentaran en más de un 50% las muertes en los próximos 10 años. (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2015)

A nivel de Latinoamérica, según la Asociación Latinoamericana de Diabetes del 2006 existe alrededor de 15 millones de personas con Diabetes Mellitus y esta cifra llegará a 20 millones en 10 años, ahora la prevalencia en zonas urbanas oscila entre 7 y 8 % mientras en las zonas rurales apenas del 1 al 2 %. (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2012)

Según el Plan de acción para América Latina y el Caribe 2001-2006, la tasa más elevada de esta enfermedad correspondió a Jamaica con (17,9%), seguida por Cuba con un (14,8%) mientras que la tasa más baja fue registrada en 1998 entre los indios Aymará de una zona rural de Chile con un (1,6%). Dado que en la mayoría de los países la prevalencia de diabetes es más elevada en las mujeres que en los hombres. (OPS, 2001-2006) Según OMS, dentro de los factores que inciden en el comportamiento de esta enfermedad se destacan la obesidad y la inactividad física.

En Chile la prevalencia de la diabetes mellitus va en aumento, según la encuesta Nacional de Salud 2009-2010 de 700.000 personas que la padecían en el 2003, en el 2010 se incrementó 120.000 personas teniendo en cuenta que se ha demostrado la asociación entre aspectos como nivel educativo, conocimiento, tratamiento y control en la población adulta con la incidencia de la enfermedad.

En cuanto a la situación en Colombia, nos remontamos a la encuesta nacional de salud realizada en el 2010, donde la diabetes se encuentra en la quinta causa de las principales enfermedades que aquejan a la población de tercera edad, también específica cuáles son las principales enfermedades en cada uno de los regímenes, en el contributivo y el subsidiado. En el contributivo especifica que la diabetes se encuentra en el tercer lugar de las principales enfermedades. Dentro de la encuesta también se preguntó a los adultos mayores si alguna vez les diagnosticaron enfermedades específicas, de lo cual se encontraron los siguientes resultados, dentro de las enfermedades diagnosticadas alguna vez, la diabetes está en el quinto lugar como ya se había indicado con un 11 %, lo cual indica un número importante. Además la diabetes también se encuentra entre las enfermedades diagnosticadas más tempranamente (alrededor de los 60 años), se

encuentra en el tercer lugar. Dentro del porcentaje de las enfermedades diagnosticadas alguna vez en adultos mayores, la diabetes en cuanto a la distribución por sexo se encuentra que es mayor el porcentaje en mujeres con un 12.8 %, comparado con los hombres con un 9.0 %, y de acuerdo a la distribución demográfica se encuentra que el porcentaje de más casos está en la zona Urbana con un 12.2 % y en la zona rural con un 8.3%.

Los departamentos donde la diabetes fue más frecuente fueron Guainía, con un 16.7 %, Risaralda con un 15.2 % y San Andrés y Providencia con un 15.3%. (Profamilia, 2010)

Comparada con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud del 2007, se vio un cambio en la frecuencia de la enfermedad en los departamentos, ya que en esta los departamentos de Boyacá y Guaviare presentaron las cifras más elevadas del país con un 6.5 % y un 5.8 % respectivamente y en tercer lugar está el departamento de Cundinamarca con un 4.9 %.

La Diabetes Mellitus ocupa uno de los 10 primeros lugares como causa de mortalidad en la población adulta. Los estudios económicos han demostrado que el mayor gasto de atención a la persona con diabetes se debe a las hospitalizaciones y que ese gasto se duplica cuando el paciente tiene una complicación micro o macro vascular y es cinco veces más alto cuando tiene ambas. (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2012)

De acuerdo a la situación epidemiológica descrita anteriormente, es necesario considerar la magnitud e impacto de las complicaciones de la enfermedad. La diabetes aumenta el riesgo de cardiopatía y accidente vascular cerebral (AVC) al punto que el 50% de los pacientes diabéticos mueren por estas causas. La neuropatía de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementa el riesgo de úlceras de los pies y, en última instancia, amputación. (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2012)

Por su parte, la retinopatía diabética es una causa importante de ceguera como consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina que se va

acumulando a lo largo del tiempo. Al cabo de 15 años con diabetes, aproximadamente en un 2% de los pacientes hay ceguera, y un 10% sufren un deterioro grave de la visión. (OMS, 2012)

La diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal. Un aspecto importante para determinar la nefropatía diabética en las personas con diabetes es la presencia de proteinuria persistente ( $> 0.5$  g/dl). Un 10 a 20% de los pacientes con diabetes mueren por esta causa. (OMS, 2012)

La neuropatía diabética se debe a lesión de los nervios a consecuencia de la diabetes, y puede llegar a afectar a un 50% de los pacientes. Aunque puede ocasionar problemas muy diversos, los síntomas frecuentes consisten en hormigueo, dolor, entumecimiento o debilidad en los pies y las manos. (OMS, 2012)

Otra de las complicaciones muy comunes es la hipoglucemia la cual por lo general se maneja en un medio hospitalario y es recomendable que durante las primeras horas este un profesional de salud especializado en el cuidado de esta área, el tratamiento de esta complicación requiere tanto del conocimiento del profesional de salud como de los elementos que va a utilizar entre los cuales están como mínimo un equipo de hidratación parenteral. Estos dos elementos nombrados son de suma importancia para el tratamiento de la hipoglicemia, complicación muy común en la diabetes. (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2012)

Sin embargo aunque las complicaciones son tratadas con elementos farmacológicos también es de suma importancia detallarnos en elementos no farmacológicos, ya que esto influye de manera importante en el tratamiento de la diabetes y sus complicaciones por lo cual el equipo de salud requiere, considerar las condiciones del contexto social y cultural de las personas con diabetes con las cuales guían sus creencias, percepciones, y actitudes acerca de la enfermedad, de las complicaciones, de sus estilos de vida y demás percepciones que pueden afectar el control de su enfermedad generando complicaciones o empeorándolas.

Dentro de estos elementos no farmacológicos se debe considerar la educación a los pacientes con diabetes, ya que esta toma gran importancia en el tema a partir de 1972, cuando se realizó un estudio en el Hospital del Condado de Los Ángeles, (OPS, Educación sobre Diabetes, 1996), el cual

Demostró la forma en que la educación eficiente del diabético permitía controlar los episodios agudos del trastorno. Gracias a la educación de los pacientes en dicho hospital pudo observarse una disminución de 80% en los ataques graves de hipoglucemia, y en el número de comas hipoglucémicos de origen diabético. En lo referente a las complicaciones a largo plazo, también se identificó una disminución aproximada de 80% en las consultas de urgencia extrema para problemas de los pies. (OPS, Educación sobre Diabetes, 1996)

Sin embargo este punto ha tenido muchos obstáculos que poco a poco se pueden ir superando, a pesar de ello se ha logrado establecer que la educación si bien se está desarrollando de manera oportuna, la estrategia desde un comienzo no fue clara y efectiva por este motivo aunque se ven resultados en la disminución de algunas complicaciones a corto y largo plazo, no son suficientes para permanecer en estos resultados,

A pesar de las cifras optimistas mencionadas, las evaluaciones críticas en diferentes centros de atención de diabetes indican que los pacientes en la asistencia y tratamiento de su enfermedad poseen un bajo nivel de conocimientos y la capacidad y conducta son deficientes.

Sin embargo, la experiencia indica que quienes participan en un programa de educación de pacientes, incluso en centros que funcionan de manera eficiente, deben constantemente superar las barreras que interfieren en la comunicación y enseñanzas adecuadas del paciente. Con enorme frecuencia, el autor de este artículo ha tenido que alentar a médicos, enfermeros y dietistas descorazonados ante la escasa trascendencia que tuvieron sus enseñanzas en el control metabólico y

la prevención de complicaciones en diabéticos. (OPS, Educación sobre Diabetes, 1996)

De acuerdo a lo descrito anteriormente, en 1991 la OMS determina que la diabetes es un problema de Salud Pública, y en la declaración de San Vicente se señaló que para 1995 se harían todos los esfuerzos para lograr disminuir las cifras del número de amputaciones, el número de casos de ceguera y el porcentaje de insuficiencia renal causada por la enfermedad, y se determinó que todos los programas mencionados necesitaban inversión de gran magnitud por parte de los prestadores de servicios de salud en el terreno de la educación del diabético. (OPS, Educación sobre Diabetes, 1996)

Sin embargo la educación, no se estaba adaptando a las características psicológicas y socioculturales de los pacientes que padecen la enfermedad, (OPS, Educación sobre Diabetes, 1996) lo cual nos lleva a plantear, que si conociera estas características y pensamientos específicos de quienes padecen la enfermedad, se podrá guiar la educación a un punto donde no se esté juzgando y limitando el desarrollo cultural de cada adulto mayor que tiene diabetes, pero que se llegue a un acuerdo mutuo de cómo se pueden llevar a cabo los cambios que se generan a partir del momento que les diagnostican la enfermedad.

En vista de lo anterior la Diabetes Mellitus es una enfermedad que despierta interés para mirar cuales son las creencias, percepciones y actitudes de los adultos mayores. Esta visión de la enfermedad desde la perspectiva del paciente ha sido abordada por los estudios de las representaciones sociales, las cuales según Moscovici “constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa” (Umaña, 2002)

Estas representaciones sociales tienen influencia en el cuidado de muchas enfermedades ya que al identificarlas y conocerlas permiten orientar el cuidado de la enfermedad de manera articulada con lo que piensa quien la padece y quien le enseña

sobre el cuidado de la misma; siendo la diabetes el tema que se va a abordar en la presente propuesta, el cual está centrado en las representaciones sociales de los adultos mayores en cuanto al manejo de su enfermedad y a la circunstancias de vivirla, entendiendo que confluyen conceptos y elementos en su percepción como define Torres, López y Sandoval: esta serie de elementos provienen de un marco sociocultural de las personas y de la información del carácter biomédico (Teresa Margarita Torres-López Manuel Sandoval-Díaz, 2005), que reciben muchos de los pacientes, estos elementos se ven representados en las expresiones estudiadas por diferentes autores que han abordado el tema.

Dentro de las pertinencias que tiene este estudio para los diferentes actores, se encuentra que para la persona en este caso los adultos mayores con diagnóstico de diabetes que padecen alguna complicación, es indispensable que al ser quien vive y experimenta la enfermedad, pueda aportar sus conocimientos, que pueda expresar lo que cree, piensa y como actúa, esto con el fin de ser tenido en cuenta para desarrollar estrategias de educación, si no se sabe o no se tiene en cuenta que es lo que creen y piensan, no solo se está ignorando una parte fundamental de la persona, ya que debe ser visto como un todo, si no que se le está limitando a desarrollar sus cuidados de manera impuesta.

En cuanto a la institución el conocer las representaciones sociales de los adultos mayores con diabetes frente a las complicaciones de la enfermedad, permite plantear estrategias de cuidado que tengan en cuenta a la persona como un todo, que se tenga en cuenta el concepto que tiene el paciente a cerca de la enfermedad que padece y de cómo evitar las complicaciones, además permite a la institución entender cuáles son los puntos cruciales donde se debe hacer un especial énfasis de acuerdo a lo referido por el paciente.

Para la comunidad se puede ver desde dos puntos, uno quienes ya padecen la enfermedad que estén en ese rango de edad establecido, puedan identificarse con las personas que también la padecen y el otro a quienes no padecen la enfermedad, pero tienen factores de riesgo dar a conocer muchas de las creencias, percepciones y

actitudes que tienen con el fin de mostrar y saber que es importante la prevención de la enfermedad.

Desde la experiencia como estudiantes de enfermería en la asignatura del cuidado al adulto y anciano tuvimos la oportunidad de cuidar pacientes con diabetes que presentaban complicaciones como nefropatía, por lo cual les realizaban diálisis; con pie diabético, que terminaban en amputación; retinopatía, entre otras, lo cual generaba muchas preguntas que nos llevaban a preguntarnos acerca de las complicaciones que tienen los adultos mayores con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2, nos pareció inquietante conocer si en el momento de brindar cuidado se escuchaba al paciente o tenían en cuenta que era lo que ellos pensaban, o si se les interrogaban acerca de los motivos por los cuales ellos no llevaban a cabo el tratamiento para evitar la complicación de la enfermedad y desafortunadamente es algo que no se tiene en cuenta, y es de gran importancia ya que por medio de estas preguntas hallamos una forma de intervención donde cuentan los pensamientos, las ideas y los conceptos del paciente frente a la complicación y se podrá indicar al paciente; sin llegar a juicios de valor, la forma de llevar el tratamiento sea farmacológico y no farmacológico adecuado para el manejo de su enfermedad.

Esta experiencia de aprendizaje define el interés de la presenta propuesta de trabajo de grado entono a la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las creencias, percepciones y actitudes de adultos mayores con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 frente a las complicaciones de la enfermedad?

## 2. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS

### 2.1 ADULTO MAYOR

Se considera adulto mayor a los de 60 años para los que viven en los países en vía de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados (acuerdo de Kiev , 1979, OMS).

Para la presente investigación los adultos mayores serán hombres y mujeres mayores de 60 años de edad, con diagnóstico médico de Diabetes mellitus tipo 2 y que presentan algunas de las complicaciones que genera la enfermedad.

### 2.2 COMPLICACIONES DE LA DIABETES

Se definen como las consecuencias generadas por la inestabilidad en las cifras de glicemia que al aumentar a nivel sanguíneo van generando daños en diferentes órganos. Estas se dividen en dos grupos, según donde se genera la lesión, la OMS explica *“Pueden ser microvasculares (lesiones de los vasos sanguíneos pequeños) y macrovasculares (lesiones de vasos sanguíneos más grandes)”* (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2012).

De acuerdo a la ubicación de la lesión se generaran daños en diferentes órganos, esto definido de la siguiente manera, . *“Las microvasculares son lesiones oculares (retinopatía) que desembocan en la ceguera; lesiones renales (nefropatía) que acaban en insuficiencia renal; y lesiones de los nervios que ocasionan impotencia y pie diabético”* (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2012) y *“Las macrovasculares son las enfermedades cardiovasculares, como los ataques cardíacos, los accidentes cerebrovasculares y la insuficiencia circulatoria en los miembros inferiores”*, (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2012).

Para terminos de la investigación se tendran en cuenta las microvasculares.

### **2.3 CREENCIA**

Dentro de las definiciones de Creencia destacamos la de este filosofo mexicano, quien nos da una amplia caracterización de la misma, 'Creencia': un estado disposicional adquirido, que causa un conjunto coherente de respuestas y que está determinado por un objeto o situación objetiva aprehendidos. (Ortiz-Millàn, 2007), es a partir de las acciones efectivas de un sujeto que podemos inferir sus creencias (suponiendo dos condiciones: que la disposición del sujeto esté determinada por el objeto o situación objetiva, y que las acciones del sujeto sean congruentes con su disposición). (Ortiz-Millàn, 2007)

Para la presente investigación las creencias, son las nociones adquiridas de las complicaciones de la diabetes.

### **2.4 PERCEPCION**

Proceso cognitivo de la conciencia el cual tiene como objetivo, reconocer, interpretar y buscar el significado de la elaboración de Juicios de acuerdo a las sensaciones que se obtienen del ambiente físico y social. (Melgarejo, 1994).

Para la presnete investigación se definirá la percepción como el proceso racional que busca descifrar que es y cuál piensa el adulto mayor, que fue la influencia más significativa, para que se desarrollara la complicación de la enfermedad.

## **2.5 ACTITUD**

Dentro del contexto de representaciones sociales la actitud, se define como: la dimensión que significa la orientación favorable o desfavorable en relación con el objeto de la representación social. Se puede considerar, por lo tanto, como el componente más aparente, fáctico y conductual de la representación, y como la dimensión que suele resultar más generosamente estudiada por su implicación comportamental y de motivación. (Mora, 2002).

Para la presente investigación, la actitud, es definida como la acción resultante de la unión entre las creencias y percepciones.

### 3. JUSTIFICACIÓN

Si bien la Diabetes Mellitus, es una de las enfermedades más significativas hoy en día en la población adulta mayor; debido a su prevalencia e incapacidad que genera, es también una enfermedad evitable, controlable y llevadera, lo cual nos permite actuar en ella de manera oportuna, sin embargo esta actuación en un comienzo debe realizarse con un enfoque más preventivo que curativo, para evitar las complicaciones las cuales generaran no solo discapacidad, sino una disminución en la calidad de vida que puede tener la población que la padece.

Además el incremento de costos en el sector Salud no solo para las entidades que realizan el control de estos recursos, sino también para la familia, para ello no solo se debe tener en cuenta el avance científico en cuanto al desarrollo de la enfermedad sobre su fisiopatología, factores de riesgo y tratamientos, si bien esto tiene una gran importancia, se limita a ver el problema ya desarrollado y cómo podemos actuar ante él, pero esto no contribuye de manera significativa a que la prevalencia de la enfermedad disminuya.

Es por esto que al plantear una estrategia más preventiva, se deben tener en cuenta diferentes puntos; entre ellos, el cómo se desarrolla la enfermedad y las complicaciones de la misma, cuales son los factores de riesgo para desarrollar la enfermedad y cuáles son los conceptos o que es lo que piensan, creen y actúan las personas que ahora la padecen, este último punto es de gran importancia, ya que hoy en día, el profesional de la salud se limita a ver al paciente como un ente que padece de una patología específica, y que desconoce lo que esto implica por tal motivo no entiende ni opina frente a ello, sin embargo este concepto es errado, y el no indagar sobre lo que piensa y cree el paciente que padece la enfermedad, se convierte en desmeritar e ignorar un conocimiento que tal vez para el profesional de salud no es válido pero para el paciente es lo que determina su enfermedad, y por lo cual va a actuar de una manera determinada frente a el tratamiento establecido, frente a algunas complicaciones generadas, realizando actitudes

que no contribuyen a la disminución del riesgo en padecer alguna complicación de la diabetes, y son precisamente estos tres conceptos de creencias, percepciones y actitudes los que se identificaran para desarrollar el tema de la investigación ya que son de gran importancia tratar los tres de manera específica en lo que piensan los pacientes que tienen diabetes, sobre la enfermedad y las complicaciones de las mismas.

Teniendo en cuenta lo anterior, se determinó buscar investigaciones que hablaran específicamente del tema, a lo cual se encontraron estudios que hablan sobre las representaciones sociales de los pacientes con Diabetes Mellitus, los cuales van directamente relacionados con los conceptos a tratar, pero pocos son los que profundizan en las complicaciones y generación de las mismas, por tal motivo se establece realizar esta investigación con el fin de encontrar algunas de esas creencias, percepciones y actitudes que tienen los adultos mayores sobre las complicaciones de la enfermedad ya que están son las que llegan a generar discapacidad y dependencia en estos pacientes. Esto con el propósito de conocer que es lo que piensan, como expresan, creen y actúan al tener la enfermedad y padecer alguna complicación específica de la Diabetes, para desarrollar planes de cuidado, de prevención de la enfermedad para que aquellas personas que tienen factores de riesgo, conozcan no solamente la parte patológica de la enfermedad sino las creencias que se pueden llegar a tener de acuerdo a como se vive la enfermedad, además esta investigación da a conocer los conceptos que conocen y desconocen los adultos mayores frente a las complicaciones lo cual es un aporte a los profesionales de la salud para que tengan en cuenta a la hora de dar educación del cuidado específico de esta enfermedad y para evitar complicaciones de la misma.

Esta investigación tendrá un impacto positivo, en la población adulta mayor con diagnóstico de diabetes, a los profesionales de la salud y a las personas que teniendo factores de riesgo para padecer la enfermedad pueden evitarla, previniéndola de manera temprana.

En la población adulta mayor, tiene un impacto positivo, ya que permite que ellos expresen conocimientos que tienen de las complicaciones de la enfermedad, que fueron

construyendo a medida que se desarrollaron y que tienen una formación a partir de conceptos culturales y sociales, lo que les permitió generar unas acciones sean positivas o negativas, para el cuidado, al lograr conocer las creencias, percepciones y actitudes, se podrá desarrollar de manera clara para ellos estrategias de educación que sean recibidas y llevadas a cabo de manera clara.

## **4.OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Identificar las creencias, percepciones y actitudes de adultos mayores con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 frente a las complicaciones de la enfermedad.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir las creencias del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 frente a las complicaciones de la enfermedad.
- Describir las percepciones del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 frente a las complicaciones de la enfermedad.
- Describir las actitudes del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 frente a las complicaciones de la enfermedad.
- 

### **4.3 PROPOSITOS**

El propósito de esta investigación es identificar las creencias, percepciones y actitudes que tienen los adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 acerca de la enfermedad en cuanto a las complicaciones, con el fin de entender a la población de adultos mayores que sufran de enfermedades crónicas, no para crear juicios de valor ante sus creencias, sino de entender algunas de ellas y poder encontrar una mejor comunicación para plantear estrategias para generar planes de cuidado don de la educación sea efectiva evidenciando una adherencia al tratamiento evitando las complicaciones y mejorar la calidad de vida.

## 5. REVISION DE LA LITERATURA

### 5.1 ENVEJECIMIENTO

Teniendo en cuenta que este trabajo está enfocada a la población adulto mayor, vale la pena resaltar el concepto de envejecimiento y desglosar como se encuentra esta población en la actualidad según su situación de salud y algunas de las características demográficas que implican un impacto en la sociedad de manera significativo.

El termino envejecimiento se determina de acuerdo a dos características generales, aunque se asocia de manera común más a una que a la otra, la cual es al proceso biológico que experimenta una persona cuando avanza su edad, a la otra característica que se refiere es a los fenómenos de naturaleza biopsíquica y social. Ahora encontraremos una definición completa, que nos muestra estas características como propias del envejecimiento, (Castaneda, Garcia, Noriega, Quintanilla, 2007-2019)

El envejecimiento es el conjunto de transformaciones y o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida: es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Los cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales. (Castaneda, 2007-2019,p.9-10)

Existen enfoques a nivel mundial, nacional y local frente al envejecimiento, donde estructuran sus pensamientos entorno a muchos puntos importantes para la población adulta mayor, sin embargo para términos de la investigación se tomaran referencias para tres puntos específicos. Estos tres puntos son: el impacto positivo que genera el tener un gran número de personas mayores de 60 años, las actividades y acciones que se pueden realizar para que el envejecimiento de la población conserve su estado de Salud y la

existencia de legislación que garantice y defiendan de manera oportuna los derechos de la población adulta mayor.

Dentro del primer punto se encuentra que tal como lo indica la OMS,

El envejecimiento de la población mundial en países en desarrollo y en vía de desarrollo se considera como un indicador de la mejora de la salud en el mundo, ya que la cantidad de personas con 60 años o más en todo el mundo se ha duplicado desde 1980, y se prevé que alcance los 2000 millones de aquí a 2015. (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2015)

Según lo anterior es claro que la OMS determina que el envejecimiento de la población es un Indicador clave para evaluar las mejoras en Salud a nivel mundial, de igual manera el envejecimiento también crea cambios a nivel social que ayudan a avanzar cerrando ciclos y dando oportunidades a la población mayor que puedan aportar su conocimiento y experiencia para la formación de las generaciones futuras, sin embargo aunque esto es de gran impacto en los países desarrollados, vemos que en los países en vía de desarrollo aún se limita este pensamiento tal como lo indica la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2019 de Colombia en su marco conceptual. (Castaneda, Garcia, Noriega, Quintanilla, 2007-2019).

Se puede ver que según la afirmación dada por la política nacional de envejecimiento y vejez, los países en vía de desarrollo se han limitado y perdido la oportunidad de aprovechar al máximo el incremento de la población adulto mayor, marginándolos y sacándolos de muchos de los sectores donde podrían contribuir de manera positiva con su conocimiento y experiencia. Y tal como lo afirman relacionan el envejecimiento con dependencia, enfermedad y falta de oportunidad, lo cual va a generar una perspectiva de poco valor a la población cuando llegan a esta edad y un retroceso o estancamiento en el crecimiento social, sin embargo el reto está en evitar esto y para ello se debe tener en cuenta que se está realizando para aportar al envejecimiento activo, el cual se define

como, *“El proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objeto de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez”* (Castaneda, Garcia, Noriega, Quintanilla, 2007-2019, p.12)

Es aquí donde se toma el segundo punto a tratar, acerca de las actividades y acciones que se están llevando a cabo para que durante el envejecimiento la población conserve su estado de Salud, y pueda tener mayor participación en la sociedad, teniendo en cuenta que la salud es fundamental para que cualquier ser humano desarrolle actividades. Se observa que en las políticas de envejecimiento y vejez tanto nacional como en cada ciudad en este caso en Bogotá hay una parte importante que toca el tema de salud; en el caso de la política nacional de envejecimiento y vejez 2007-2019, indican dentro de las estrategias para el manejo social del riesgo, en las estrategias de prevención, donde la estrategia se sitúan en el marco de la salud pública punto importante para el aporte a la salud. Además la política nacional de envejecimiento y vejez reconoce que *“La Atención Primaria en Salud como una estrategia pertinente, altamente eficiente y eficaz, para garantizar condiciones de acceso, oportunidad, calidad y longitudinalidad en la prestación de servicios de salud.”* (Castaneda, Garcia, Noriega, Quintanilla, 2007-2019, p.17)

En cuanto a la política pública Social para el envejecimiento y la vejez en el Distrito capital 2010-2025, dentro de los objetivos específicos se encuentra el de *“Ampliar y mejorar el Sistema de Protección Social Integral con especial atención en el área de salud, a fin de garantizar el acceso a servicios cercanos, oportunos y de calidad para la población adulta mayor”*, (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2010-2025,p.69) para el cumplimiento de este objetivo la política plantea el eje número 4, donde indica que afrontará *“La garantía al derecho a gozar de un cuerpo y mente saludable y dinámico, más allá de ver la salud como atención a la enfermedad y en relación con otros ámbitos del ser humano.”*, (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2010-2025) p. 78-79) y las líneas que estructuran el eje son: Derecho a la Salud, a la educación, a la cultura, a la recreación y deporte. Vale la pena resaltar también el eje 5, ya que garantizará un entorno Sano y favorable enfatizado en la calidad del medio donde se desarrollan las personas de la

tercera edad, teniendo como base las líneas de derecho a un ambiente Sano y derecho a la movilidad. (Bogotá, Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital 2010 - 2025, 2010)

Además del objetivo específico de la atención de salud de calidad y oportunidad, se resaltara que en esta política, el objetivo número 5 como bien lo indica busca, *“Transformar las representaciones e imaginarios sociales adversos y acciones discriminatorias al envejecimiento y la vejez, mejorando las relaciones intergeneracionales y promoviendo la cultura del envejecimiento activo.”* (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2010-2025,p.69) Es de gran relevancia para esta investigación ya que es un cimiento para indagar más sobre las representaciones sociales de esta población en varios temas.

Teniendo en cuenta lo anterior, las políticas públicas para el envejecimiento y vejez en Colombia son las acciones fundamentales y cimientos para fortalecer y garantizar los derechos y la participación de la población adulta mayor, además generar una perspectiva de avance frente a ellos viéndolos como participantes activos de una sociedad que esta agradecida con ellos.

Sin embargo estas políticas deben estar fundamentadas en un marco legal el cual permite empezar a tomar el tercer punto a tratar, la existencia de legislación que garantice y defienda de manera oportuna los derechos de la población adulta mayor en Colombia.

Como referencia legal se tendrán en cuenta la ley 1251 de 2008, en la cual se procura la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores, y en su artículo 6º, determina los deberes del Estado, la sociedad civil, el adulto mayor y los medios de comunicación para con esta población, donde se encuentra que dentro de los deberes del estado esta, el de *“desarrollar actividades que fomenten el envejecimiento saludable y la participación de los adultos mayores en esas actividades.”*, (Ley N°1251, 2008) deber que debe ser llevado a cabo en su totalidad teniendo en cuenta que es una obligación, no se debe omitir de ninguna manera, dentro de los deberes de la familia se resaltara el deber de *“Brindar un entorno que satisfaga las necesidades básicas para mantener una adecuada nutrición, salud, desarrollo físico, psíquico, psicomotor, emocional y afectivo”*, (Ley N°1251, 2008) el cual complementa la protección del derecho

a la salud del adulto mayor, sabiendo que no solo depende del estado el cumplimiento de este derecho. Dentro de los deberes del adulto mayor se tomarán dos que son primordiales para contribuir a que se le garantice su derecho a un bienestar físico y mental, el *“Desarrollar actividades de autocuidado de su cuerpo, mente y del entorno, además de integrar a su vida hábitos saludables y de actividad física”* (Ley N°1251, 2008) Recordando que ellos podrán ejercer y lograr esto, siempre y cuando el ambiente donde se desarrollen lo permita, garantizando la seguridad de su integridad. En cuanto a los deberes de los medios de comunicación se tiene en cuenta, tiene una labor de gran importancia que las anteriores, *“Conocer, promover y respetar los derechos de los adultos mayores,* (Ley N°1251, 2008) son tres labores primordiales, el conocer, promover y respetar, resumen en gran parte lo que los medios de comunicación debe enfocar a esta población, teniendo en cuenta la participación de esta población.

La legislación es clara al determinar los derechos del adulto mayor y los deberes de los diferentes sujetos que deben ser garantizados y respetados en todo momento.

## **5.2 ENFERMEDADES CRONICAS**

Las enfermedades crónicas o enfermedades no transmisibles íntimamente relacionadas con el envejecimiento son de gran impacto e importancia a nivel mundial en la población ya que su prevalencia aumenta a medida que pasan los años y las cifras que representan estas enfermedades son bastante alarmantes, por su característica de *“larga duración y con progresión generalmente lenta”* (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2012) estas son prevenibles y pueden evitar las complicaciones de las mismas, teniendo en cuenta los factores de riesgo y los hábitos de vida que se llevan a cabo, esto con el fin de mejorar el estado de salud de la población antes de que lleguen a el envejecimiento. (OMS,2012)

Dentro de las enfermedades no transmisibles encontramos, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015) las cuales se ven estrictamente relacionadas con factores de riesgo común, como lo son el tabaquismo, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y la dieta no saludable. (OPS, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2015). Además que cumplen con características que las llevan a determinar su nombre de no transmisibles y de crónicas. Estas características son: la ausencia de microorganismo causal, factores de riesgo múltiples, latencia prolongada, larga duración con períodos de remisión y recurrencia, importancia de factores del estilo de vida y del ambiente físico y social, consecuencias a largo plazo (minusvalías físicas y mentales). (Provincia, 2012) por sus características estas enfermedades se encuentran entre los problemas de salud más habituales y que generan gran costo, sin embargo son enfermedades evitables, por lo cual se debe llegar a actuar de manera oportuna, teniendo en cuenta que las cifras de prevalencia de las enfermedades son altas, que son la mayor causa de muerte y de invalidez en la población adulta mayor.

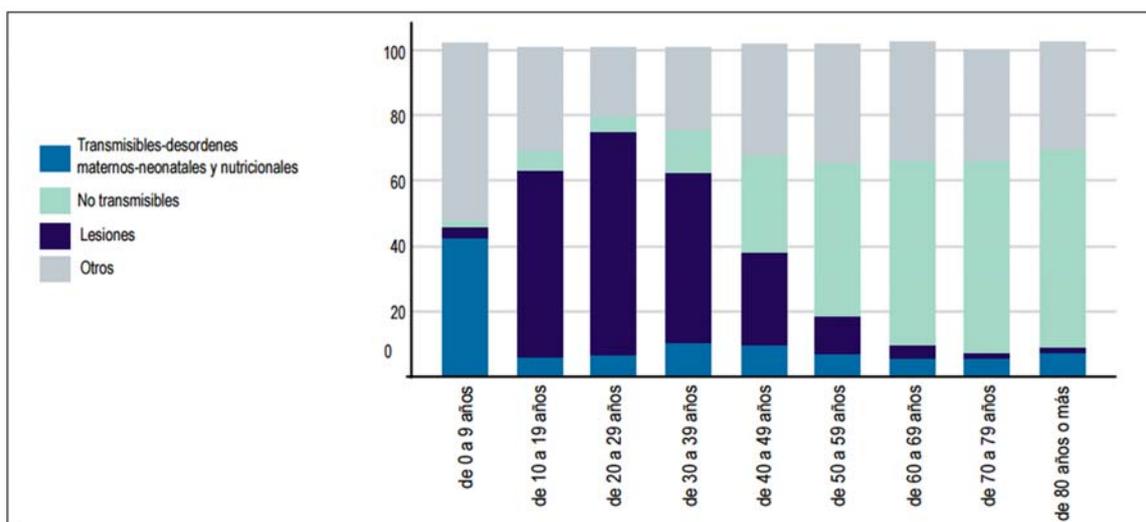
Otra de las características importantes de estas enfermedades tiene que ver con el cambio a nivel global, el estilo de vida que se lleva hoy en día, la demografía, la cultura y el estado socioeconómico en que se vive, además están relacionadas de gran manera con los determinantes sociales de la salud, tal como los ingresos, la educación, el empleo, y las condiciones de trabajo, el grupo étnico, y el género (Ops, 2012). La cultura como se nombró anteriormente también determina muchos de los hábitos de vida que lleva a cabo la población que pueden incrementar el riesgo de padecer enfermedades crónicas o no transmisibles. Teniendo en cuenta todos los factores que influyen en el desarrollo de estas enfermedades, es de esperarse que las cifras de prevalencia son altas y que por lo tanto sean las mayores causas de muerte en el mundo y en Colombia.

Como lo indica la OMS (Organización Mundial de la salud), las enfermedades no transmisibles constituyen la principal causa de muerte a nivel mundial porque originan más defunciones que las demás causas juntas, afectando en su mayor índice a las

poblaciones de ingresos bajos y medios. (Salud, 2011) Según cifras de la OMS, las enfermedades no transmisibles acaparan un 63% del número total de muertes anuales, cifra bastante preocupante, estas enfermedades matan a más de 36 millones de personas cada año. Como se nombró anteriormente estas cifras son mas significativas en las poblaciones de ingresos bajos y medios, y esto se evidencia en las cifras que se relacionan a continuación en el continente americano.

Según la OPS (Organización Panamericana de Salud) en el continente americano, "*las enfermedades no transmisibles siguen causando tres de cada cuatro defunciones*" y presenta cifras donde las enfermedades cardiovasculares provocan 1,9 millones de muertes; el cáncer 1,1 millones; la diabetes 260.000 y las enfermedades respiratorias crónicas, 240.000. Además es preocupante que la carga de muertes prematuras es de 1.5 millones de personas que mueren al año antes de los 70 años. (Ops, 2012).

En Colombia esta realidad no es diferente ya que las enfermedades crónicas no transmisibles también ocupan los primeros lugares en las causas de enfermedad y muerte, (Medellin, Enfermedades Crónicas No Transmisibles Ecnt Y Discapacidad, 2011) veremos cómo estas enfermedades han aumentado las cifras de mortalidad y van atacando de manera significativa a la población de adultos mayores del país, a continuación se encuentra una gráfica que muestra la distribución de casos de muerte por grupo de evento durante el 2010 , tomada del primer informe del Instituto nacional de salud "*Aspectos relacionados con la frecuencia de uso de los servicios de salud, mortalidad y discapacidad en Colombia, 2011*". (Observatorio Nacional de Salud, 2011) Donde se evidencia que las enfermedades no transmisibles aumentan los casos de muerte en los grupos de edad a partir de los 40 años.



**Gráfico N° 1:** Distribución porcentual de casos de muerte por grupo de eventos. Colombia, 2010. Este perfil cambia hacia las enfermedades no transmisibles que empiezan a ser las principales causas de muerte desde los 40 años, mientras que las lesiones tienen un gran impacto entre los 10 y los 40 años. (Observatorio Nacional de Salud, 2011, p.51).

Dentro de las 10 primeras causas de mortalidad reportadas por el informe “Aspectos relacionados con la frecuencia de uso de los servicios de salud, mortalidad y discapacidad en Colombia, 2011”, del Instituto nacional de Salud, se encuentra que 6 de las causas corresponden a enfermedades crónicas no transmisibles, donde la diabetes ocupa el quinto lugar.

**Tabla N°1** Tasas crudas de mortalidad de las 10 primeras causas, Colombia 2010

**Nota.** Recuperado de Primer Informe ONS Aspectos relacionados con la frecuencia de uso de los

Enfermedad	Tasa cruda de mortalidad por 100.000
Enfermedad coronaria	64,59
Violencia interpersonal	40,51
Enfermedad cerebro vascular	26,92
EPOC	24,01
Diabetes mellitus	15,07
Infecciones de vías respiratorias bajas	14,62
Hipertensión arterial	13,97
Accidentes de tránsito	13,22
Cáncer de estómago	9,95
Cáncer de tráquea, bronquios o pulmón	8,77

servicios de salud, mortalidad y discapacidad en Colombia, 2011, por Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Observatorio Nacional de Salud, p.49

Estas cifras muestran que las enfermedades no transmisibles prevenibles pueden disminuir el número de muertes en Colombia, si se plantean objetivos claros para atacar las causas de las mismas.

A continuación se presentan las 10 primeras causas de muerte por grupo etario de los grupos de 60 a 69 años y de 70 a 79 años, en los cuales la mayoría de las causas son por enfermedades crónicas o no transmisibles, encontrándose la diabetes en un cuarto lugar.

**Tabla N° 2** Diez primeras causas de muerte de 60 a 69 años

De 60 a 69 años	Otros	394,20
	Enfermedad coronaria	201,53
	Enfermedad cerebrovascular	78,88
	Diabetes mellitus	58,68
	EPOC	53,20
	Cáncer de tráquea, bronquios o pulmón	41,82
	Cáncer de estómago	38,20
	Hipertensión arterial	30,85
	Infecciones de vías respiratorias bajas	27,31
	Cáncer de colon y recto	23,21

**Nota:** Recuperado de Primer Informe ONS Aspectos relacionados con la frecuencia de uso de los servicios de salud, mortalidad y discapacidad en Colombia, 2011, por Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Observatorio Nacional de Salud

**Tabla Nº 3** Diez primeras causas de muerte de 70 a 79 años

De 70 a 79 años	Otros	1.089,01
	Enfermedad coronaria	635,03
	Enfermedad cerebrovascular	268,34
	EPOC	258,26
	Diabetes mellitus	154,12
	Hipertensión arterial	131,21
	Infecciones de vías respiratorias bajas	101,10
	Cáncer de tráquea, bronquios o pulmón	100,12
	Cáncer de estómago	98,14
	Cáncer de próstata	65,00

**Nota:** Recuperado de Primer Informe ONS Aspectos relacionados con la frecuencia de uso de los servicios de salud, mortalidad y discapacidad en Colombia, 2011, por Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Observatorio Nacional de Salud

### 5.3 CONOCIMIENTOS DE LOS ADULTOS MAYORES ACERCA DE LA DIABETES

Respecto a los estudios sobre representaciones sociales de diabetes en adultos mayores realizados en Latinoamérica cabe destacar los publicados entre 2000 – 2011 de los cuales 5 hacen referencia a las representaciones sociales de complicaciones de la diabetes y 10 abordan de manera general aspectos relacionados con el proceso salud /enfermedad de esta patología.

El artículo de Torres López titulado “Sangre y Azúcar” tuvo como objetivo la determinación de las representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara México, encontramos que las representaciones sociales frente a las complicaciones de la diabetes, hicieron referencia a la información que reciben del médico. (Teresa Margarita Torres-López, 2005) Por ejemplo, los pacientes hicieron alusión a complicaciones como: gangrena, coma diabético e hipertensión. En general los ancianos participantes conocen los síntomas e incomodidades porque los han padecido y obligado a acudir a profesionales de la salud quienes les explicaron sobre el tema de las complicaciones.

Sin embargo, muchos pacientes nombran las complicaciones de la diabetes, por la parte del cuerpo afectada; esto se evidencia en el estudio realizado por García de Alba en México, titulado “Una aproximación al conocimiento cultural de la diabetes mellitus tipo 2 en el occidente de México” (Javier E. García de Alba, 2006) que en relación con las complicaciones se señalaron como: el problema de la vista, del riñón, del pie diabético, la piel entre otros, y para el agravamiento de las complicaciones utilizan términos como heridas que no cierran, atrofia de la piel, azúcar elevada o baja, muerte, piernas hinchadas, gangrena y derrames en los ojos. Estos resultados coinciden con otros estudios, que concluyen que las representaciones frente a las complicaciones están influenciadas por el pensamiento biomédico.

Una de las complicaciones más común es el pie diabético y sus representaciones sociales se asocian a un entendimiento del cuerpo, de la salud y de las enfermedades como una matriz de significados, esto reflejado en una investigación cualitativa de Seloj Cohelo llamada *Social representations of diabetic foot for people with type 2 diabetes mellitus*. (Coelho, Silvall, & Padilha, 2009) donde los actores determinan que el pie es una de las partes del cuerpo que sufre más cambios o se ve más afectado cuando se tiene diabetes mellitus, junto con esto, alrededor de esta complicación también surgen muchos conceptos y pensamientos que nos dejan ver cómo están viviendo las circunstancias frente a esta complicación, donde las personas con el padecimiento indicaban el miedo que sentían en el momento de pensar que es una de las complicaciones más comunes ya que consideran que los pies son el sustento del cuerpo. Cabe resaltar también que las personas por lo general temen a las amputaciones de sus extremidades y además según se evidencia que las personas con diabetes mellitus tienen 15 veces más la probabilidad de sufrir una amputación que los no diabéticos, lo cual corresponde al 50% de las amputaciones.

Tomando otro elemento importante en el contexto de las complicaciones y sus representaciones sociales, se destacan los sentimientos que los ancianos expresan como miedo e impotencia para continuar con su vida cotidiana debido a las restricciones que limitan su capacidad funcional. Tal como lo describen Siqueira Peres, Joel Franco, Santos y Lucia Zanetti, en su trabajo titulado “Representaciones sociales de las mujeres

diabéticas de clases populares en lo referente al proceso salud enfermedad”, (Siqueira Peres, 2008), con 8 mujeres diabéticas con diagnóstico desde hace 12 años, expresaban sentimientos negativos frente a las prohibiciones, limitaciones y posibles complicaciones ya que no soportaban vivir tanto tiempo con restricciones, lo cual generó en ellas mecanismos de negación como una válvula de escape buscando calmar la ansiedad que viven.

Dentro de los demás documentos que no hacían un especial énfasis en las representaciones sociales de las complicaciones de la diabetes, se encontró que uno de los factores que influyen de gran manera en el proceso salud enfermedad de la diabetes en adultos mayores, es la dieta y el tratamiento y la poca adherencia a estos por distintos motivos como el hecho de sentirse obligados además que están modificando muchos hábitos de su vida que no les permite sentirse igual y que los obliga a negar en muchos casos la enfermedad, lo cual interviene de manera determinante tanto en el tratamiento como en la prevención de complicaciones.

Retomando y sintetizando lo anterior, podemos ver que las principales representaciones que encontramos acerca de las complicaciones de la diabetes tipo 2 en adultos mayores, se generan en base a los conceptos biomédicos que reciben a través de las consultas a los que asisten, sin embargo estas representaciones van ligadas a las creencias comunes o significados propios que les dan cada uno de los pacientes a su enfermedad y complicación, en conjunto con lo que reciben de su contexto social más cercano como la familia, amigos y demás, estas representaciones sociales y demás elementos de gran importancia nos permiten articularlos con la propuesta de trabajo de este trabajo de grado.

En busca de la respuesta, nos basaremos en indicar el concepto de las representaciones sociales, quienes las definen, que fundamentos hay en ello, que antecedentes tiene este tema y porque su importancia. Para lo cual decidimos dar un contexto amplio acerca de cómo se desarrolla este concepto.

Muchos autores del tema coinciden en que los antecedentes históricos de las representaciones sociales se sitúan con los aportes que nos da Durkheim, lo nombran como el pionero de este concepto, sociólogo francés en los años de 1951 y 1982, donde

plantea un pensamiento o representación colectiva, una especie de conciencia grupal encargada de dirigir parte del comportamiento de los hombres (Aguirre). Este autor acuñó el concepto de representaciones colectivas para designar de esta forma el fenómeno social a partir del cual se construyen las diversas representaciones individuales.

Según Durkheim explica que las representaciones colectivas se imponen a las personas con una fuerza constrictiva, ya que parecen poseer ante sus ojos, la misma objetividad que las cosas naturales. Por lo tanto, los hechos sociales —por ejemplo, la religión— se consideran independientes y externos a las personas, quienes, en esta concepción, son un reflejo pasivo de la sociedad. (Umaña, 2002) Es evidente que este reflejo se puede ver en muchos de los ámbitos del ser humano dependiendo de su situación y del contexto que le rodee, ya sea en el ámbito familiar, laboral o personal entre otros, y cuando hablamos de situación en el caso de este trabajo nos referimos a su situación o estado de salud, en el caso del tema a tratar “Representaciones Sociales de pacientes diabéticos frente a sus complicaciones” las personas con esta enfermedad y el desarrollo de algunas complicaciones empieza a generar una serie de pensamientos, opiniones y creencias que considera puede ayudar a su estado de salud o que lo ayuda a entender en cierta forma lo que le está sucediendo, estas representaciones en pacientes diabéticos generan un fuerte impacto en su estado de salud y en el personal biomédico que este interactuando con ellos, ya que en muchas ocasiones estas representaciones sociales chocan creando una aversión a no tenerlas en cuenta, sin embargo no es la solución rechazarlas y no tenerlas en cuenta, esta afirmación la podemos articular a una de las razones por la cual en la época de Durkheim se olvidó la idea de las representaciones colectivas como las nombraba ya que la ciencia intento eliminarla.

Sin embargo esto no se quedó allí, ya que unos años más tarde se retoman las representaciones sociales como elemento importante en la persona, y la relación con su comportamiento social, tanto así que no solo se queda en la elaboración de un concepto si no que pasa a un desarrollo de la teoría que ha involucrado de las ciencias sociales ya que constituyen una nueva unidad de enfoque que unifica e integra lo individual y lo colectivo, lo simbólico y lo social; el pensamiento y la acción. (Umaña, 2002) Y es

Moscovici quien en los años 50 se encarga de retomar o reintroducir las ideas que anteriormente Durkheim había planteado, con la publicación de su tesis doctoral, la noción de la representación social, en este trabajo Moscovici, logra demostrar 4 puntos importantes para el análisis de este, el primero de ellos es que las representaciones sociales se construyen a partir de un material cultural básico y que este proceso se realiza por medio de la interacción social, como segundo lugar encontramos que la generación de una representación social, se lleva a cabo siempre de una misma manera, como tercer punto encontramos que las representaciones sociales permiten la reducción de la complejidad del medio circundante a categorías simples, convirtiéndose en una buena guía para las acciones de las personas y por último punto la representación se construye en un modelo interpretativo y evaluativo de la realidad. Teniendo en cuenta lo anterior podemos ver como es Moscovici quien realiza un estudio exhaustivo acerca de las representaciones sociales planteado además conceptos concretos y claros de los que se puede mirar su teoría, por ejemplo según Moscovici, se quiere pasar de la cognición social a la representación social, lo cual implica tres pasos decisivos: el primero de ellos es cambiar el foco de nuestro interés y de nuestras investigaciones del plano individual al plano colectivo, lo cual nos conduce a dar prioridad a los lazos intersubjetivos y sociales más que a los lazos sujeto-objeto. El segundo Acabar con la separación existente entre los procesos y los contenidos del pensamiento social y siguiendo el ejemplo de la antropología y el psicoanálisis, elucidar los mecanismos viendo el contenido que de ellos resulta y deducir los contenidos partiendo de los mecanismos. Y por último revertir el rol de laboratorio y el rol de observación, es decir, emprender estudio de las representaciones sociales en su propio contexto pre ocupándonos por nuestras realidades. (Umaña, 2002)

Finalizando este concepto, las representaciones sociales para Moscovici es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. Las representaciones es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación. (Mora, 2002)

Teniendo en cuenta lo anterior, y lo que nombre Umaña cuando determina que “Las Representaciones Sociales, en definitiva, constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa.” (Umaña, 2002), vemos que lo que reconoce estos sistemas cognitivos se convierten en pautas determinantes al comportamiento de los seres humanos en las diferentes áreas de su vida, lo cual generará las actitudes que afectaran o no su entorno de manera importante.

El reconocimiento de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas son fundamentales para empezar a comprender cuáles son esas representaciones sociales a las que se refieren los autores del tema, ya que estos términos ayudan a desmenuzar este concepto, y profundizar cuáles son esas representaciones que caracterizan a los protagonistas en determinadas áreas de desempeño de su vida y lugares de desarrollo.

Las posiciones sociales, los valores, creencias y actitudes y otras categorías sociales actúan como principios, organizadores de la representación del objeto social. (Materán, 2008)

Para fines de la investigación no se tomaran en la totalidad los mismos términos que definen las representaciones sociales, se estructuraran tres términos que permiten abarcar de manera clara y concisa lo que se quiere lograr, los cuales son, creencias, percepciones y actitudes. De las creencias podemos encontrar que dentro de las definiciones de Creencia destacamos la de este filósofo mexicano, quien nos da una amplia caracterización de la misma, ‘Creencia’: un estado disposicional adquirido, que causa un conjunto coherente de respuestas y que está determinado por un objeto o situación objetiva aprehendidos. (Ortiz-Millàn, 2007), es a partir de las acciones efectivas de un sujeto que podemos inferir sus creencias (suponiendo dos condiciones: que la disposición del sujeto esté determinada por el objeto o situación objetiva, y que las acciones del sujeto sean congruentes con su disposición). (Ortiz-Millàn, 2007). En el término de percepciones encontramos claramente una diferencia ya que ésta aunque es definida por varias disciplinas que nos ayuda a integrar los conceptos vistos, con el fin de relacionarla a la investigación, la definición a tener en cuenta es la que nos plantea la

psicología, donde define la percepción como un proceso cognitivo de la conciencia el cual tiene como objetivo, reconocer, interpretar y buscar el significado de la elaboración de Juicios de acuerdo a las sensaciones que se obtienen del ambiente físico y social. (MELGAREJO, 1994). Por último se encuentran las actitudes, término que tiene una profundidad y trasfondo que impacta en las representaciones sociales de manera positiva para aportar a la creación de una teoría, la actitud se define como la dimensión que significa la orientación favorable o desfavorable en relación con el objeto de la representación social. Se puede considerar, por lo tanto, como el componente más aparente, fáctico y conductual de la representación, y como la dimensión que suele resultar más generosamente estudiado por su implicación comportamental y de motivación. (Mora, 2002)

Teniendo en cuenta que la investigación va enfocada a conocer esas representaciones sociales de las personas que tienen Diabetes Mellitus tipo 2 frente a sus complicaciones, se dará a la tarea de definir de manera clara como es la fisiopatología de la enfermedad y explicar de manera concreta en que consisten sus complicaciones, ya que esto guía la investigación a plantear los puntos clave a tratar.

La Diabetes Mellitus tipo 2, aunque existen dos tipos, para términos de la investigación profundizaremos en la tipo 2, la cual tiene su origen en la incapacidad del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina, lo que a menudo es consecuencia del exceso de peso o la inactividad física. (Salud, 2015), este problema se fundamenta por dos razones, por un lado una resistencia a la insulina, que empeora a medida que la persona se engorda y envejece, y, por otro lado, hay un defecto en la producción de insulina que empeora a lo largo de la vida y en la medida en que la glucemia y los triglicéridos se elevan. (Diabetes, 2011). La resistencia a la Insulina determinado como un fenómeno que para una concentración dada de insulina no se logra la reducción adecuada en los niveles de glucemia. (Barcias, 2009-2011). En cuanto a la segunda razón donde hay un déficit en la producción de insulina se estableció que hay una predisposición genética, sin embargo también se sabe que este déficit aumenta con el aumento de los niveles de glucemia y triglicéridos, debido a un proceso de producción de estrés oxidativo, que influencia en el número y la función de las células beta, ya que este estrés oxidativo genera apoptosis

celular, lo que se refleja un efecto en la reducción del número de células beta, las cuales son las encargadas de producir la Insulina. (Barcias, 2009-2011).

El aumento de la glucosa en la sangre dada por la dos razones ya descritas, no se queda solo en un problema endocrinológico, si no que genera una serie de complicaciones que afectan órganos vitales llegando a crear discapacidad para desarrollar diferentes actividades, entre las complicaciones que genera la diabetes, están las macro-vasculares y micro-vasculares. Entre las macro- vasculares encontramos que la Enfermedad coronaria, no se puede evitar su aparición o progresión como si ocurre con las micro-vasculares, ya que, los demás factores que la afectan llegan a ser determinantes en el desarrollo de esta complicación, algunos de ellos son la etiología multifactorial de la arteriosclerosis la edad, la raza, la duración de la diabetes, las morbilidades entre otras que se desconocen, lo cual genera cerca del 80% de la mortalidad relacionada con diabetes. (Ardila Ardila & Forctich Revollo, 2009-2011).

Dentro de las micro-vasculares encontramos aquellas que afectan los capilares, entre ellas están la retinopatía, nefropatía y neuropatía, las cuales generan gran discapacidad, como ceguera, riñón terminal y la amputación no traumática, generada por el pie diabético, (Ardila Ardila & Forctich Revollo, 2009-2011) es por ello que es prioridad llegar a establecer cambios en estilos de vida, que eviten no solo las complicaciones de la enfermedad si no la progresión de las mismas, ya que como se nombró anteriormente, las complicaciones microvasculares se pueden evitar, manejando de manera adecuada las concentraciones de glicemia en sangre.

De acuerdo a las definiciones de las representaciones sociales y el concepto de Diabetes Mellitus, conociendo sus complicaciones y la implicación de estas en la estabilidad física del paciente, en la presente propuesta se busca identificar las representaciones sociales frente a las complicaciones de los pacientes con diabetes; para lo cual se define las representaciones sociales como, las creencias, percepciones y actitudes que tienen los pacientes con diabetes, frente sus complicaciones. Conocer estas representaciones sociales, permiten obtener un concepto amplio sobre lo que piensan, creen y a que se deben las actitudes de los pacientes con diabetes frente a las complicaciones, teniendo

en cuenta esto, para proyectar y realizar planes de cuidado que tengan como objetivo dar a conocer la importancia de cuidarse después de que les dan el diagnóstico de diabetes, para evitar el desarrollo de las diferentes complicaciones de la enfermedad.

### **5.3 CREENCIAS**

Cuando se hace referencia a las representaciones sociales, se debe tener en cuenta un concepto muy importante, el cual aporta un significado relevante en las representaciones sociales, este concepto es la creencia, ya que como lo refieren algunos autores, estas representaciones, cuando se vuelven determinantes y se conservan es decir no son remplazadas, ya se constituyen como una creencia y esta es la base del significado que adquiere cada nuevo estímulo relacionado con esa cosa, evento, acción o proceso, en este caso con el padecer de su enfermedad. (Raiter, 2001)

La siguiente afirmación nos dará un mejor enfoque de porque las creencias están inmersas en las representaciones sociales

Las representaciones sociales se caracterizan de manera más genérica como entidades operativas para el entendimiento, la comunicación y la actuación cotidiana. Estas, como conjuntos estructurados o imprecisos de nociones, creencias, imágenes, metáforas y actitudes con los que los actores definen las situaciones y llevan a cabo sus planes de acción. (Materán, 2008)

Dentro de las definiciones de Creencia destacamos la de este filósofo mexicano, quien nos da una amplia caracterización de la misma, 'Creencia': un estado disposicional adquirido, que causa un conjunto coherente de respuestas y que está determinado por un objeto o situación objetiva aprehendidos. (Ortiz-Millán, 2007), es a partir de las acciones efectivas de un sujeto que podemos inferir sus creencias (suponiendo dos condiciones: que la disposición del sujeto esté determinada por el objeto o situación objetiva, y que las acciones del sujeto sean congruentes con su disposición). (Ortiz-Millán, 2007)

Teniendo en cuenta que este es uno de los conceptos que nos permitiera dar respuesta a el objetivo planteado para esta investigación, se tendrá en cuenta un tema que se articula de manera perfecta, y es el de modelos de creencias en salud, donde encontramos que,

Modelo de Creencias de Salud se derivan de la hipótesis (propuesta por distintas aproximaciones teóricas y asumida plenamente por Lewin y sus seguidores) de que la conducta de los individuos descansa principalmente en dos variables: a) el valor que el sujeto atribuye a una determinada meta y b) la estimación que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción dada llegue a conseguir esa meta. Si circunscribimos estas variables estrictamente al ámbito de la salud, tal y como han hecho Maiman y Becker (1974), podríamos traducirlas en los siguientes términos: a) el deseo de evitar la enfermedad (o si se está enfermo, de recuperar la salud) y b) la creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad (o si se está enfermo, la creencia de que una conducta específica puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud.) (Moreno San Pedro & Gil Roales-Nieto, 2003)

#### **5.4 PERCEPCIONES**

En cuanto a la percepción, relacionada intimamente con las representaciones sociales, va directamente ligada ya con las percepciones obtenemos sensaciones – la respuesta a un estímulo perceptual es, típicamente – una sensación. (Raiter, 2001). Es por ello que es tenida en cuenta como parte fundamental para la investigación, ya que de acuerdo a las sensaciones que han tenido los pacientes con el diagnóstico de diabetes, van estructurando la percepción que tienen de la causa de la enfermedad.

El propio Moscovici aclara que la representación no es una mediadora sino un proceso que hace que concepto y percepción de algún modo sean intercambiables porque se engendran recíprocamente. Herzlich

(1979) comenta que resulta mas justo decir que, elaborandose a un nivel concreto, la representaciòn social se presenta al individuo como un dato perceptivo. (Mora, 2002)

Proceso cognitivo de la conciencia el cual tiene como objetivo, reconocer, interpretar y buscar el significado de la elaboraciòn de Juicios de acuerdo a las sensaciones que se obtienen del ambiente físico y social. (Melgarejo, 1994).

## **5.6 ACTITUDES**

Un concepto que se vuelve fundamental para la investigaciòn es el de La actitud, la cual se define dentro del contexto de representaciones sociales como: la dimensiòn que significa la orientaciòn favorable o desfavorable en relaciòn con el objeto de la representaciòn social. Se puede considerar, por lo tanto, como el componente más aparente, fáctico y conductual de la representaciòn, y como la dimensiòn que suele resultar más generosamente estudiada por su implicaciòn comportamental y de motivaciòn. (Mora, 2002)

Ademas la actitud se considera

Uno de los componentes (junto con la informaciòn y el campo de representaciòn) de toda representaciòn social; es la orientaciòn global positiva o negativa en una representaciòn. (Mora, 2002)p.18)

## **6. DISEÑO METODOLOGICO**

### **6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio requirió que el tipo de investigación fuera cualitativo, el cual se define como:

La investigación cualitativa no intenta, por tanto, medir la extensión de los fenómenos, sino que busca describir qué existe, cómo varía en las diferentes circunstancias y cuáles son las causas subyacentes. Intenta describir cómo las personas dan sentido a su entorno social y en qué manera lo interpretan. El foco de la investigación, por tanto, para la presente investigación se centra en la búsqueda de creencias, percepciones y actitudes de los sujetos del estudio. (Castro, 2006)

### **6.2 PARTICIPANTES DEL ESTUDIO**

Para la presente investigación los participantes serán, adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que tengan o hayan tenido alguna de las complicaciones de la enfermedad.

### **6.3 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION**

El instrumento que nos permitió hacer la recolección de la información de manera completa y clara, fue la entrevista individual a profundidad (Ver anexo A), la cual es una “Técnica de obtención de información, mediante una conversación profesional con una o varias personas para un estudio analítico de investigación o para contribuir en los diagnósticos o tratamientos sociales.” (Olabuenaga, 2012) lo que permite desarrollar una

conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. (Taylor, 1987).

## **6.5 PROCESO DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN**

Inicialmente la investigación se realizaría en una IPS Domiciliaria que atiende pacientes con enfermedades crónicas, se pasó la propuesta y carta de autorización a la Institución, sin embargo la respuesta se demoraba demasiado tiempo lo cual no permitía el desarrollo de la investigación durante el periodo de tiempo que se iba a realizar. Por este motivo no se realiza en esta institución.

Se decide recolectar la información con la metodología de bola de nieve en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 pertenecientes a la localidad de Puente Aranda que ya hayan desarrollado alguna de las complicaciones de la enfermedad, con diagnóstico médico confirmado.

Se realizó como primera medida, una prueba piloto, antes de iniciar la recolección de la información que se iban a tener en cuenta para la Investigación, esta prueba se realizó aplicando la entrevista a profundidad a una persona de 79 años, previo explicación de la investigación la confidencialidad de los datos suministrados y la firma del consentimiento informado, la entrevista tuvo una duración de 15 minutos con 20 segundos, se realizó en un lugar que tenía un ambiente adecuado, sin interrupciones. Después de la realización de la entrevista se analizó que se debía indagar más sobre las respuestas dadas por el participante y preguntar el significado de los términos que utiliza ya que esto aporta información importante para cumplir los objetivos de la investigación, también se evidenció que no se debe inducir la respuesta del participante, ya que esto generará cambios en las respuestas y no permitirá cumplir con los objetivos establecidos en la investigación.

Se presentaron dificultades en el momento que se realizaron algunas preguntas ya que se utilizaron términos muy técnicos, teniendo en cuenta que se debe mirar el nivel académico y explicar con palabras más claras y entendibles, ejemplo de ello el

participante no comprendía términos médicos que se usaron referentes a las complicaciones de la enfermedad como, la retinopatía, nefropatía, entre otros.

La prueba permitió evidenciar los cambios a realizar en el momento de abordar a el participante, permitió establecer las prioridades en el momento de indagar con las preguntas establecidas y realizar unos ajustes en cuanto al lenguaje que se utiliza con cada uno de los participantes, incluso también se estableció la importancia de llevar a cabo que el tiempo debía ser más largo para indagar de manera profunda, en cada una de las respuestas.

Se buscaron e identificaron pacientes con el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y que padecieran algunas de las complicaciones que generan la misma en la localidad de Puente Aranda, se contactaron por medio telefónico, donde confirmaban la disponibilidad de tiempo para la realización de la entrevista sin embargo varios llamaban a cancelar y pasar para el siguiente día, por imprevistos del momento. En el momento de la realización de la entrevista, se le explica al participante el objetivo de la investigación, se aclara que la información es netamente confidencial y que sería utilizada solo para fines de la investigación, se le preguntó si tenían algún problema porque la entrevista sea grabada, quienes refirieron que no, se les entregó y explicó el consentimiento informado, los ambientes de las entrevistas fueron adecuados, ya que era propicio para escuchar de manera clara cada una de las preguntas tanto para el participante, como también escuchar las respuestas por parte del investigador. El tiempo promedio para la realización de la entrevistas fue de 23 minutos, los participantes se mostraron atentos e interesados, que se les preguntara e indagar que pensaban ellos sobre la enfermedad.

Las entrevistas fueron grabadas, previo la firma del consentimiento informado. En el transcurso de la realización de cada una, los participantes demostraron muy dinámicos e interesados en que se les entendiera lo que estaban queriendo decir con sus respuestas.

## 6.6 ORGANIZACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Como primera medida se organizaron los datos de edad, sexo, procedencia, nivel educativo, tiempo de diagnóstico y complicaciones desarrolladas, tiempo de diagnóstico de la complicación, en una tabla que nos permita organizar la población entrevistada.

**Tabla N°3. Caracterización de la Población**

Nº ENTREVISTA	NOMBRE	EDAD	SEXO	PROCEDENCIA	NIVEL EDUCATIVO	TIEMPO DE DX	COMPLICACIONES PADECIDAS
E1	AH	60	M	BOGOTA	BACHILLERATO COMPLETO	20 AÑOS	RETINOPATIA, NEFROPATIA
E2	LO	71	M	NEIVA	BACHILLERATO INCOMPLETO	15 AÑOS	RETINOPATIA
E3	GB	64	M	BOGOTA	UNIVERSITARIO INCOMPLETO	31 AÑOS	PIE DIABETICO, RETINOPATIA
E4	JV	82	M	TUNJA	PRIMARIA COMPLETA	15 AÑOS	NEFROPATIA, RETINOPATIA
E5	ES	62	M	BOYACA	BACHILLERATO INCOMPLETO	17 AÑOS	RETINOPATIA, NEFROPATIA, NEUROPATIA
E6	MB	75	F	GIRARDOT	BACHILLERATO INCOMPLETO	20 AÑOS	NEUROPATIA
E7	R	61	M	SUEZCA, CUNDINA MARCA	BACHILLERATO	AÑOS	RETINOPATIA NEUROPATIA DIABETICA
E8	MR	60	F	VIOTA, CUNDINA MARCA	PRIMARIA INCOMPLETA	5 AÑOS	RETINOPATIA

Previo al análisis de los datos se hace la transcripción de las 8 entrevistas realizadas, las cuales tienen un promedio de duración de 16 a 25 minutos, de duración y de transcripción

en promedio de 90 a 120 minutos por cada entrevista, se repitieron las grabaciones en el momento de escucharlas con el fin de escuchar cada uno de los detalles y no dejar de lado ningún dato que contribuya a contestar los objetivos planteados. Cada entrevista es identificada con la letra E, de acuerdo al número de entrevistas realizadas, E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8.

Después de esto se seleccionan los datos de acuerdo a los objetivos planteados, y se determinan unas categorías por cada objetivo de acuerdo a las unidades de análisis evidenciadas en las respuestas de cada uno de los participantes. Se realizó la lectura de cada una de las entrevistas de manera detenida, haciendo especial enfoque en las respuestas de los participantes donde se iban a extraer las unidades de análisis las cuales formarían cada una de las categorías. Para determinar las unidades de análisis se leyeron nuevamente los objetivos de la investigación y se sacaron los conceptos principales ya definidos para hacer la identificación de estos en las respuestas de los participantes, estos tres conceptos claros fueron, las creencias, las percepciones y las actitudes, las cuales forman parte fundamental de las representaciones sociales, las cuales son el objetivo de la investigación.

A raíz de la lectura de cada una de las respuestas de los participantes en cada una de las entrevistas se empezaron a identificar unidades de análisis similares encontradas en las diferentes entrevistas para de esta forma agruparlas y generar la categoría que inducía el concepto establecido según lo descrito en la unidad de análisis.

Este análisis y recopilación de la información se resumió de manera práctica en una tabla, que permite ver de manera clara, cual es el objetivo al cual se le dará respuesta, cuales son las unidades de análisis pertenecientes a este objetivo y cuál es la categoría que resume el conjunto de unidades de análisis destacadas de cada una de las entrevistas, además en la última columna se realiza la identificación de la entrevista a la cual pertenece la unidad de análisis seleccionada.

## **7. CONSIDERACIONES ETICAS**

Para esta investigación se tiene en cuenta la Resolución 0008430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Donde se tiene en cuenta lo establecido en el título segundo en el artículo 5 donde establece la importancia de que permanezca la dignidad, la protección de los derechos y el bienestar de los participantes en el estudio. Y se tiene en cuenta también lo establecido en el artículo 6, del mismo título, en el criterio e) donde se contó con el consentimiento informado (Ver Anexo B) y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, el cual se adjuntará en la presente investigación. (Resolución 0008430, 1993). No se conoce de ningún riesgo físico o mental por el hecho de participar en esta investigación.

## 8. ANALISIS Y RESULTADOS

### 8.1 SELECCIÓN DE DATOS CONTENIDOS EN LA CATEGORÍA “INCAPACIDAD”

Objetivos	Unidad de Análisis	Categoría	Entrevista
	“A uno le da Ceguera, y yo tengo problemas renales, por la misma diabetes se me dañaron los riñones, perdí un ojo por la misma diabetes y la sensibilidad en las piernas, que no siente uno ya”.	<i>“La misma diabetes acaba con todos los órganos”</i>	E1
	“Entonces todo eso le ataca a uno mucho pa la vista inclusive ya me operaron de este ojo el lado izquierdo”		E2
	“Porque me dicen que eso es que la vista le va cortando la vista a uno.		E3
	“la diabetes acaba eso, acaba todos los órganos”		E3
	“me empezó como la vista a molestar, cataratas”		E3
	“eso genera muchas mmm por eso tengo un riñón malo, desechable casi, por la enfermedad”		E4
	“Porque ataca todos los órganos, o sea si los órganos o las glándulas casi por que regula todo eso, se va perdiendo la vista de uno poco a poco”		E4
	“La diabetes es una enfermedad degenerativa, que lo va degenerando a uno los órganos.”		E5
	“Si pues en los ojos me operaron de cataratas y pues me fue bien en esa cirugía y si yo sigo el control del oftalmólogo.”		E6
	“porque al otro día amanece uno agotado”		<i>“La enfermedad me hace mantenerme cansado, agotado”</i>
“ese día está bien, al otro día amanece, me perdona la expresión una chancleta eso no sirve uno para nada cansado y con un, si cansado	E3		
Creencias			

	físicamente uno no, no sé por qué y así me pasa así pasa, ahora es peor.		
	“no puede uno hacer fuerzas, mantiene uno muy cansado y no puedo caminar mucho porque me canso mucho.”		E1
	“se siente cansado”		E4
	“no puede uno trabajar y empieza a enfermarse, ya no puede uno trabajar, se siente cansado”		E4
	“ Porque la papa contiene mucha azúcar la papa es un veneno, es que todas esas harinas se vuelven azúcar”	“Las harinas son un veneno”	E3
	“Porque la harina se vuelve azúcar, entre menos coma harina”		E5
	“son harinas es que las harinas son lo que lo mata a uno como diabético”		E2
	“Eso es eso es un veneno por el azúcar, yo lo creo que es un veneno para el cuerpo”		E1
	“Porque las harinas son las que producen el endulzamiento de sangre”		E4
<b>Percepciones</b>	“Eh por demasiada azúcar en las corneas, eso uno pierde la vista, ya con el tiempo todos los diabéticos la mayoría de diabéticos les pasa eso”	“Se le sube el azúcar y eso daña los órganos porque eso va por la sangre”	E1
	“pero ya con el tiempo de tanto tomar líquidos, tomando gaseosa, de tomar aguardiente, de tomar aguardiente, se me subió y me dio una complicación en el Páncreas y de ahí depende lo de la diabetes.”		E1
	“a veces de tanto se le sube a uno la azúcar o se le baja tiene sus subidas y bajadas y le atacan a uno los ojos como cuando a uno se la baja a uno la azúcar le ataca a los ojos”		E3
	“ perjudicando al riñón, a los pulmones eso se da lento también, a la sangre porque cualquier cosa que como se le produce, se le vuelve azúcar lo que uno come y va perjudicando el resto, eso va corriendo por la sangre”		E4
	“por ejemplo a mí me empezó hace unos 20 años y fue que me comí unas sardinas, y desde		

	ahí yo le cogí fastidio al pescado, yo iba a caminar y me tenía que tener de las paredes, entonces fui donde el médico y descubrí que era diabetes y desde ahí me la he venido controlando y era el azúcar que se me bajaba mucho”	<i>“Por una comida me dio ese problema”</i>	
	“Me dio una diarrea y yo fui y me tome un Pedhialite, un suero para niños como se llama uno que le dan a los niños y eso me subió el azúcar mucho y hay mismo quede bloqueado., y eso fue lo que me daño la vista, haberme tomado ese suero”		E1
	“para mí es como de un momento a otro si, uno está bien y de pronto pun resulto mal y le salen cosas raras a uno”	<i>“Lo va matando a uno despacio es degenerativa”</i>	E3
	“yo pesaba 110 kilos, yo era gordísimo y de un momento a otro quede como, eso fue una bajada de peso tremenda, tenaz, cuando eso fue que me dijeron que yo tenía era Diabetes”		E5
	“, pues en este momento tengo claro que la diabetes como le digo es una enfermedad, que no, que es muy degenerativa que uno se va degenerando despacio, le acaba a uno con todos los órganos”		E5
	“yo a veces estoy bien y se me va poniendo la boca toda aguadita entonces me dan ganas de trambocar y de ir al baño y empiezo a ver oscuro y pun caigo, entonces yo he sentido pero poquito”		E6
<b>ACTITUDES</b>	“No tomar, bregar a no tomar, no tomar gaseosas, no tomar que gaseosas ni azúcar, “	<i>“No debo comer alimentos específicos”</i>	E1
	Pues lo que pasa es que hay si se tiene que cuidar uno en cuestión de la comida.		E2
	comer mucho pan yo no como mucho pan azúcar menos yo por lo menos ahorita yo lo que es azúcar yo no noo noo no me tomo nada con azúcar yo todo me lo como.		E2
	No eso yo ya no como, por ejemplo si me como una papa un poquitico de papa, no mas no como más nada de eso ni arroz ni nada de eso.		E3

“que esta constante de no comer salado, no comer nada de dulce, nada de dulce porque el dulce es el que más lo ataca a uno. Y estarse uno cuidando, cuando uno sienta hambre comer”		E4
“Cuidarme es no comer tantas harinas, tantas cosas, tantas grasas.”		E5
“Pues ehh debo comer pero poco, no es como dice el medico que todo le prohíbe a uno si no”		E6
“yo he tomado la decisión procuro no angustiarme”	<i>“No debo angustiarme, porque eso me sube el azúcar”</i>	E6
“sé que no debo angustiarme por nada”		E6
Primero que todo toca tener paciencia y esperar		E1
“Yo creo que lo más importante es estar tranquila y no angustiarme por nada, porque cuando me angustio eso se sube”		E8
“Yo no debo estresarme y lo mejor es mantenerme tranquilo”		E7
“Y no le puede dar a uno malgenio, toca vivir tranquilo.”		E1
“ Por ejemplo la gimnasia a mí me gusta mucho hacer la gimnasia”		<i>“Hacer ejercicio ayuda mucho”</i>
“Eh, el ejercicio eso es muy importante, Salir aunque sea a caminar.”	E5	
“ El ejercicio, se maneja la circulación, entonces si uno está bien de la circulación, eso va llevando bien la Insulina a todas partes, entonces generalmente mínimo media hora toca estar caminando”	E7	
Yo creo que el ejercicio ayuda, porque uno esta en movimiento, los musculos y si eso le ayuda a uno y si yo se que eso ayuda mucho ayuda mucho”	E8	

## 8.2 DESCRIPCION DE LAS UNIDADES DE ANALISIS

### 8.2.1 CREENCIAS

Dentro de los objetivos a desarrollar se encuentra la identificación de las creencias de los adultos mayores frente a las complicaciones de la diabetes, se determinó dejar cuatro categorías que son alimentadas por las respuestas de cada uno de los participantes, estas categorías son descritas a continuación:

#### 1. *"La misma diabetes acaba con todos los órganos"*

Según la investigación determinar las nociones que tienen los pacientes frente a las complicaciones, dejó ver que quienes padecen diabetes, creen y ven que la diabetes acaba con todos los órganos como lo nombran ellos, creen que los órganos más atacados, son aquellos que les generan más limitaciones de sus funciones o actividades diarias. Esto en coincidencia con lo encontrado en la literatura vemos que las representaciones sociales de las complicaciones de la diabetes están influenciadas por el miedo.

... destacando los sentimientos que los ancianos expresan como miedo e impotencia para continuar con su vida cotidiana debido a las restricciones que limitan su capacidad funcional. Tal como lo describen Siqueira Peres, Joel Franco, Santos y Lucia Zanetti, en su trabajo titulado "Representaciones sociales de las mujeres diabéticas de clases populares en lo referente al proceso salud enfermedad(Peres, 2008);

miedo de pensar que se pueden llegar a perder o limitar muchas de las funciones vitales, encontramos por ejemplo que cuando se habla del pie diabético los actores tenidos en cuenta en uno de los estudios a quienes padecen esta complicación reflejan que les genera temor enfrentarse a que pueden estar padeciendo esta complicación y que saben y tienen muy en cuenta que este es el sustento del cuerpo.

Una de las complicaciones más común es el pie diabético y sus representaciones sociales se asocian a un entendimiento del cuerpo, de la salud y de las enfermedades como una matriz de significados, esto reflejado en una investigación cualitativa de Seloï Cohelo llamada Social representations of diabetic foot for people with type 2 diabetes mellitus. (Cohelo, 2009) donde los actores determinan que el pie es una de las partes del cuerpo que sufre más cambios o se ve más afectado cuando se tiene diabetes mellitus, junto con esto, alrededor de esta complicación también surgen muchos conceptos y pensamientos que nos dejan ver cómo están viviendo la circunstancias frente a esta complicación, donde las personas con el padecimiento indicaban el miedo que sentían en el momento de pensar que es una de las complicaciones más comunes ya que consideran que los pies son el sustento del cuerpo. (Cohelo, 2009).

## **2. Las harinas son un veneno"**

Expresiones como "Las harinas lo matan a uno" ò "Las harinas son como veneno", revelan el concepto que tienen de la alimentación frente a las complicaciones que pueden generar, ya que las harinas se convierten en azúcar, según lo determinado por varios de los participantes, el consumir harinas aumentan el nivel de azúcar que generara un mayor riesgo para padecer alguna de las complicaciones de la enfermedad. Esta categoría de "*La harinas son un veneno*", se determino como una creencia ya que es una representación que se conserva en casi todas las respuestas de los participantes, ya sea denominada como un veneno, o como un alimento que es malo para una persona con un diagnostico de diabetes.

Esta representación - en la medida en que es conservada y no reemplazada por otra - constituye una creencia (o es elemento de una creencia) y es la

base del significado que adquiere cada nuevo estímulo relacionado con esa cosa, evento, acción o proceso. (Raiter, 2001)

### **3. "La enfermedad me hace mantenerme muy cansado, agotado"**

El cansancio físico, uno de los síntomas más referidos dejan ver como el padecimiento de la enfermedad afecta su vida diaria, refieren que ese cansancio que padecen no les deja hacer nada, que se sienten sin fuerzas para realizar actividades, incluso llegan a pensar y determinar expresiones como *"Se siente uno como una chancleta"*, *"que ya no sirve para nada"*. Se determina nombrar esta categoría, como una creencia, ya que según las unidades de análisis vistas en las diferentes entrevistas incluso se puede decir que en la mayoría, son unidades de análisis que se conservan en sí mismas y no tienen cambios significativos entre uno y otro participante, ya que incluso cabe resaltar, que es el primer cambio que refieren al preguntarles por las complicaciones de la enfermedad, el cansancio y agotamiento, son bastante significativos en los participantes.

Esta representación - en la medida en que es conservada y no reemplazada por otra - constituye una creencia (o es elemento de una creencia) y es la base del significado que adquiere cada nuevo estímulo relacionado con esa cosa, evento, acción o proceso. (Raiter, 2001)

## **8.2.2 PERCEPCIONES**

Dentro de los objetivos a desarrollar se encuentra la identificación de las percepciones de los adultos mayores frente a las complicaciones de la diabetes, se determinó dejar tres categorías que son alimentadas por las respuestas de cada uno de los participantes, estas categorías son descritas a continuación:

### **1. "Se le sube el azúcar y eso daña los órganos porque eso va por la sangre"**

Las expresiones "el azúcar se sube y eso daña", son comunes y consideradas por los participantes la causa más importante de las complicaciones, varios de ellos coincidieron en que el azúcar va por la sangre lo que genera que se dañen los órganos ya que estos

deben recibir sangre, además refieren que es la acumulación del azúcar en los órganos lo que genera estas complicaciones. De acuerdo a lo ya descrito, es esta categoría considerada una percepción, ya que según la definición dada en la investigación, el aumento de las cifras de glicemia es uno de los factores más significativos para la generación de una de las complicaciones y no se debe dejar de lado el hecho de que las unidades de análisis aportan de manera específica a que es una percepción ya que, como ellos lo indican la sensación de el aumento del azúcar se ve reflejado después como ellos poco a poco van desarrollando las complicaciones y recordar que, Tal como se ve según los autores las percepciones obtenemos sensaciones – la respuesta a un estímulo perceptual es, típicamente – una sensación. (Raiter, 2001).

## **2. “Por una comida me dio ese problema”**

Una característica común a la hora de determinar la causa de la enfermedad, es a referirse al suceso que desencadenó según ellos la enfermedad, un ejemplo de ello es, *“Me dio una diarrea y yo fui y me tome un Pedhialite, un suero para niños como se llama uno que le dan a los niños y eso me subió el azúcar mucho y hay mismo quede bloqueado”*, se refieren a algún alimento específico que consumieron debido a que eso fue lo que en el momento anterior al suceso de desarrollar alguna complicación, comieron, esto debido a la sensación experimentada lo que les da una percepción de que hay alimentos específicos que desarrollaran alguna complicación.

## **3. “Lo va matando a uno despacio es degenerativa”**

De acuerdo a la definición de la enfermedad varios participantes refirieron y relacionaron la enfermedad como un padecimiento degenerativo, que va acabando con ellos poco a poco, incluso llegan a considerarlo como un cáncer o peor que este diagnostican la enfermedad como su cuerpo va decayendo, refieren que hay momentos en que se sienten bien, y de pronto se empeoraron, expresiones como *“uno está bien y de pronto pun resultado*

*mal y le salen cosas raras a uno*”, son frecuentes a la hora de referirse a la enfermedad y como la perciben de acuerdo a sus sensaciones. Tal como se ve según los autores las percepciones obtenemos sensaciones – la respuesta a un estímulo perceptual es, típicamente – una sensación. (Raiter, 2001).

### **8.2.3 ACTITUDES**

Dentro de las actitudes que refieren los participantes teniendo en cuenta sus creencias y percepciones, se determinaron cuatro categorías, se describen de la siguiente manera, teniendo en cuenta los argumentos dados por ellos.

#### **1. “No debo comer alimentos específicos”**

Tal como relacionan el consumo de harinas como “*veneno*”, se encontró que los participantes ven como primera acción determinar el cuidado de la alimentación, especificando los alimentos que no deben consumir, dadas las razones que refieren como “*No debo comer alimentos específicos*”.

Se determina esta una de las actitudes mas relevantes dentro del estudio ya que teniendola en cuenta la relacion de representaciones sociales con este termino “Acción” es uno de los componentes fundamentales a la hora de hablar de representaciones ya que tiene una implicación comportamental.

La actitud, la cual se define dentro del contexto de representaciones sociales como: la dimensión que significa la orientación favorable o desfavorable en relación con el objeto de la representación social. Se puede considerar, por lo tanto, como el componente más aparente, fáctico y conductual de la representación, y como la dimensión que suele resultar más generosamente estudiada por su implicación comportamental y de motivación. (Mora, 2002)

## **2. “No debo angustiarme, porque eso me sube el azúcar”**

El estado de ánimo es referido como una de las causas que generan el aumento de las cifras de glicemia en la sangre, las cuales al ser repetitivas van a generar alguna de las complicaciones. Varios de los participantes señalaron que el estar preocupados por alguna situación familiar o al tener un conflicto que les genere malgenio, se desestabiliza las cifras de glicemia en su cuerpo.

La relación con las emociones y el desarrollo de enfermedades o de complicaciones de las mismas es un hecho que en el caso de los pacientes con diabetes, genera que tomen diferentes actitudes frente a la angustia, por tal motivo optan por no preocuparse y buscan que esto, no afecte su estado de salud,

La no preocupación, el mantenerse tranquilo, dentro del contexto de la investigación se categorizo como una unidad de analisis dentro de las actitudes ya que nos permite ver cual es esa reacción que toman, al ver el resultado positivo o negativo de cuando dejan de lado los problemas que les generan estrés y que van realizando cambios es su estado de salud. Varios de los participantes refirieron que el incremento del los niveles de glicemia aumentan cuando se encuentran en un estado de estrés o preocupación, por tal motivo al tener este concepto, mas lo que ellos perciben con el desarrollo de la complicacion, genera una actitud que si la realizan, les ayudará a mantener niveladas las cifras de glicemia. Teniendo en cuenta la definición de las actitudes dentro de las representaciones sociales como se planteo en esta investigación, se confirma esta unidad de analisis como una actitud,

La actitud, la cual se define dentro del contexto de representaciones sociales como: la dimensión que significa la orientación favorable o desfavorable en relación con el objeto de la representación social. Se puede considerar, por lo tanto, como el componente más aparente, fáctico y conductual de la representación, y como la dimensión que suele resultar más generosamente estudiada por su implicación comportamental y de motivación. (Mora, 2002)

### **3. “Hacer ejercicio ayuda mucho”**

La realización de actividad física, es uno de las acciones referidas por los participantes como acción de gran importancia, para evitar la generación de complicaciones, en cuanto a las razones, varían los conceptos que tienen en cuenta, sin embargo el punto siempre es el mismo, ya que consideran que el ejercicio, como caminar si se puede, estar activo no solo genera cambios a nivel físico si no que también genera una distracción que ayuda a sobrellevar la enfermedad.

### **8.3 RELACION ENTRE CATEGORIAS**

Teniendo claras las unidades de análisis y cada una de las categorías surgidas con esas unidades de análisis que darán respuesta a los objetivos planteados, se realizará una relación entre esas categorías, para determinar que tanto interviene en lo que creen y perciben para generar ciertas actitudes específicas.

#### **Relación N°1 Creencia y Percepción**

- La diabetes acaba con todos los órganos (categoría 1), esto debido que según las causas más significativas para que se generen complicaciones está ligada a que el aumento de la glicemia la cual va por la sangre hace que haya un daño masivo de los órganos (categoría 2). Esta relación es clara al momento de verificar cual es la causa por la cual la diabetes genera complicaciones en los diferentes órganos del cuerpo, y es preciso tener en cuenta que esta relación genera de manera directa una Representación Social que según la definición tenida en cuenta para la Investigación, *“Las representaciones sociales Constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa”* (Umaña, 2002).

#### **Relación N°2 Creencia y Actitud**

- Las harinas son un veneno, (categoria 1), esta expresión conlleva que como actitud, se tome el excluir este tipo de alimentos de la dieta (categoria 2), no solo por opinion de un profesional de la salud, si no porque los mismos participantes consideran que cuando las consumen, su estado empeora, lo que los puede llevar a padecer una complicación o al ya padecerla son mas propensos a que no mejoren. Dos categorias que describen la creencia que tienen los pacientes con diabetes sobre la alimentación y la influencia de esta para generar o no complicaciones, es importante resaltar que muchos de lo referido no solo es por lo que viven si no por una fuerte influencia cultural y social, cultural, de lo que viven a traves del desarrollo de la enfermedad y social a traves de los conceptos dados por los profesionales de la salud que influyen en su creencia y conocimiento.

### **Relación N°3 Percepción y Actitud**

- El aumento del azúcar daña los organos, eso va por la sangre, (categoria 1), y este aumento va a depender de el estado emocional en que se encuentre la persona, si se angustian o tienen un problema generará el aumento de las cifras de glicemia lo que aumentará el riesgo padecer alguna de las complicaciones que ataca a los diferentes organos, es por este motivo que una actitud a tomar es el no angustiarse por nada, (categoria 2), lo cual permitira no solo mantenerse de mejor estado de animo, si no evitar el aumento de las cifras de glicemia.

### **Relación N°4 Creencia y Percepción (2)**

- La segunda relación resaltada entre una de las unidades de analisis de las creencias y una de las percepciones se establece con una de las sensaciones que tienen los participantes cuando empeizan a padecer la enfermedad, se sienten cansados y agotados (categoria 1) y con la percepción de ver la enfermedad como un proceso degenerativo (categoria 2), debido al desarrollo de las compliaciones de manera paulatina. Los participantes referian incluso

que una de las causas para que les diagnosticaran la enfermedad fue la sensación de cansancio que sentían a partir de un tiempo determinado y referían que desde ese momento el cuerpo ya no resistía de la misma manera.

#### **8.4 REVISION DE DATOS**

La revisión de los datos en la investigación se estableció por la relación entre las categorías establecidas y la definición de cada uno de los objetivos planteados corroborando que cada uno de estos concuerden con la referencia de la literatura dentro de las representaciones sociales, que es el tema central tratado en esta investigación. Para lo cual se desarrolló por cada una de las categorías.

##### **Creencia**

##### **Categorías**

***"por la misma diabetes acaba con todos los órganos"***

***"La enfermedad me hace mantenerme cansado, agotado"***

***"Las harinas son un veneno"***

Se determinan como una creencias, ya que según la definición dada para términos de la investigación, las creencias son, las nociones de las complicaciones de la diabetes que tienen los adultos mayores las cuales fueron adquiridas por medio del desarrollo de estas debido a su enfermedad, que al acoplarlas generan una respuesta equilibrada de lo que padecen con lo que pudo ser la causa de la enfermedad.

Acaba con todos los órganos, la expresión en sí misma determina que ya hay un problema más allá del diagnóstico de la enfermedad, además está dado por lo que han vivido a partir del momento que les dieron el diagnóstico y vieron cambios en sus vidas. Esta

categoría es confirmada como creencia cuando se toma el significado de la creencia dentro de las representaciones sociales donde indica que

La representación - en la medida en que es conservada y no reemplazada por otra - constituye una creencia (o es elemento de una creencia) y es la base del significado que adquiere cada nuevo estímulo relacionado con esa cosa, evento, acción o proceso. (Raiter, 2001)

### ***"La misma diabetes acaba con todos los órganos"***

Esta categoría fue determinada ya que se encuentra una relación entre lo que determina la literatura que son varias las complicaciones que relacionaron los pacientes en estudios como el de "Sangre y Azúcar", *los pacientes hicieron alusión a complicaciones como: gangrena, coma diabético e hipertensión.* (Teresa Margarita Torres-López, 2005)

### ***"La enfermedad me hace mantenerme cansado, agotado"***

El cansancio es un síntoma característico que refirieron los participantes y que incluso en la literatura se encuentra como impedimento para realizar las actividades

"Para las mujeres diabéticas de clases populares la condición de estar enfermo solo se percibe cuando aparece una manifestación corporal que les impide ejecutar su rutina de trabajo." (Teresa Margarita Torres-López, 2005)

### ***"Las harinas son un veneno"***

En esta categoría se evidenció que los participantes atribuyen en gran parte a la alimentación la causa de generar alguna complicación, son específicos al decir que son las harinas un alimento prohibido. Dentro de la literatura, al igual que los participantes, atribuyen gran responsabilidad a la alimentación como causa de la enfermedad o de las complicaciones

“Entre las causas de la diabetes mellitus tipo 2 mencionadas (al menos dos veces) por los pacientes diabéticos en las listas libres se alude a tres conceptos básicos: emociones (negativas y positivas), condiciones personales (herencia y gordura), conductas inapropiadas (consumo de alcohol, diversión y comida)” (Javier E. García de Alba, 2006)

## **Percepción**

### **Categorías**

***“Se le sube el azúcar y eso daña los órganos porque eso va por la sangre”***

***“Por una comida me dio ese problema”***

***“Lo va matando a uno despacio es degenerativa”***

Estas tres categorías se entienden como percepciones, debido a que estas son las influencias más significativas que desencadenaron o desarrollaron algunas de las complicaciones que padecen, además las tres describen lo que se establece de manera clara en la literatura sobre las percepciones, *“Proceso cognitivo de la conciencia el cual tiene como objetivo, reconocer, interpretar y buscar el significado de la elaboración de Juicios de acuerdo a las sensaciones que se obtienen del ambiente físico y social”*. (Melgarejo, 1994).

Se observa que las tres están relacionadas con las sensaciones que han percibido a medida que iban desarrollando las complicaciones de la enfermedad.

***“Se le sube el azúcar y eso daña los órganos porque eso va por la sangre”***

La presente categoría, permite ver como los adultos mayores ven la influencia del aumento de la glucosa en sangre en la generación de daños en el cuerpo. Se determino ya que en la literatura encontramos un significado similar a lo que expresaron los participantes

“La diabetes mellitus se representa también, como el “tener azúcar”, “lo que enferma la sangre para toda la vida”. Se hace referencia, además, a la condición de la sangre como “contaminada de azúcar, sangre pesada, sangre infectada o enferma” (Teresa Margarita Torres-López, 2005)

“También se identificó el sentir con respecto a una enfermedad que daña todo el cuerpo, por cuanto la sangre lo recorre totalmente. Ejemplo de lo anterior se resume en lo citado por una señora: “tener diabetes es como tener la sangre amelcochada, espesa, que daña todo el cuerpo”. (Masis, 2010)

### ***“Lo va matando a uno despacio es degenerativa”***

En esta categoría los participantes perciben la enfermedad como degenerativa, por las complicaciones que va generando progresivamente, lo cual vemos en la literatura que coincide ya que en un estudio en particular determinan la enfermedad como progresiva.

La mayoría de las PAMD asocia la DM con términos tales como: “mala”, “terrible”, “jodida”, “incurable”, “traicionera” y “progresiva”. (Masis, 2010)

## **Actitudes**

## **Categorías**

***“No debo comer alimentos específicos”***

***“No debo angustiarme, porque eso me sube el azúcar”***

***“Hacer ejercicio ayuda mucho”***

Las actitudes, según la definición dada para la investigación van relacionadas con las creencias y percepciones anteriormente expresadas, para fines de la investigación, las actitudes son

Las acciones resultantes de la unión entre las creencias y percepciones, anteriormente definidas las cuales generan un resultado que desarrollan los adultos mayores, frente a las complicaciones para sobrellevar su enfermedad.

La cual está respaldada por la definición de las actitudes en el campo de las representaciones sociales, *“Se puede considerar, por lo tanto, como el componente más aparente, fáctico y conductual de la representación, y como la dimensión que suele resultar más generosamente estudiada por su implicación comportamental y de motivación”* (Mora, 2002)

***“No debo comer alimentos específicos”***

En esta categoría los participantes la refieren como una prohibición, ya que ellos saben que no deben comerla, pero su expresión está basada en el NO, esta categoría fue determinante, ya que en la literatura se encontró la relación de obligación y en ocasiones de negación a seguir las dietas impuestas.

“Para las mujeres entrevistadas, seguir el plano alimentario recomendado parece tener varios significados, como la pérdida del placer de comer y de beber, la pérdida de la autonomía y de la libertad de escoger los alimentos que desean, así como otras restricciones, conforme se puede observar en los diálogos: No estoy más como yo era, sin esa porquería de la diabetes. (...) todo lo que voy a comer,

pienso, no voy comer eso que me va a hacer mal. (...)" (Siqueira Peres, 2008)

Respecto a los principales cambios asociados con el padecimiento de la DM, cabe señalar que la mayoría cita, entre los cinco primeros lugares, la alimentación, la depresión, el cansancio, la dependencia a medicamentos y la sensación de pérdida de bienestar.(Masis, 2010)

***“No debo angustiarme, porque eso me sube el azúcar”***

Una de las causas mas referidas para generar alguna de las complicaciones es el estado de animo, lo cual lo podemos encontrar relacionado con lo que nos indica la literatura, ya que el estado de animo influye demasiado según los participantes.

“Las principales causas identificadas concuerdan con las señaladas para población de origen hispanohablante en Estados Unidos, México y Guatemala por Weller et al. (1999), como es el caso de las emociones fuertes.” (Javier E. García de Alba, 2006)

“Las decisiones en relación al tratamiento de esa enfermedad afectan y son afectadas por los sentimientos, pensamientos, valores y otros aspectos psicosociales asociados a la enfermedad” (Siqueira Peres, 2008)

## 9. CONCLUSIONES

- Las expresiones más significativas que se evidenciaron en el desarrollo de la investigación, están relacionadas directamente con las creencias que los adultos mayores tienen acerca de; como se desarrollan las complicaciones y cuales son según los organos afectados, haciendo un especial énfasis en que la diabetes ataca todos los organos debido a que la sangre que lleva el azucar va por todo el cuerpo. Además cabe resaltar que al referirse a las complicaciones que padecen los adultos mayores siempre se referían a la parte del cuerpo afectado, como me daño el riñón, o los pies, lo cual coincide con los estudios ya realizados sobre el tema.
- Dentro de las creencias encontradas en los adultos mayores con diagnóstico de diabetes sobre sus complicaciones, cabe resaltar que ellos son conscientes de la influencia negativa o positiva que genera la alimentación en sus cuerpos para evitar las complicaciones y así mismo tienen conceptos negativos de ciertos alimentos que por experiencia les genera un efecto negativa en el cuerpo.
- Las diferentes creencias y percepciones identificadas en la investigación, dejan ver la influencia que estas tienen para el desarrollo de las actitudes que tienen los adultos mayores frente a la enfermedad, sea para evitar complicaciones o no, un ejemplo de ello es el cambio de actitud, de la preocupación a la tranquilidad, ya que según ellos esto influye en de gran manera el mantener estable las cifras de glicemia.

## 10. RECOMENDACIONES

- Escuchar de manera oportuna y atenta a cada uno de los pacientes con diagnósticos de diabetes, teniendo en cuenta sus creencias y actitudes, respetando lo que piensan sin dejar de lado el porque ellos ven o refieren de esa manera la enfermedad o las complicaciones, ya que el conocer lo que ellos piensan y escucharlos generara un mejor ambiente para explicarles nuestros conocimientos y poder realizar retroalimentaciones en lo que ellos estan pensando.
- El personal de enfermería debe estar mas abierto a explicar de manera clara y explicita muchos de los conceptos que desconocen los pacientes diabeticos acerca de la enfermedad que padecen y de las complicaciones.
- Debe realizarse una retroalimentación, de paciente a profesional de la salud, para verificar que el paciente entienda cada una de las cosas que se les esta explicando, ya que es un derecho de ellos saber, tener el conocimiento y las explicaciones de las posibles complicaciones que puede padecer.

## 11. BIBLIOGRAFIA

- 1, T. M.-L. (2005). "Sangre y azúcar": representaciones. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 101-110.
- Aires, M. d. (Marzo de 2012). *Introducción Epidemiológica de las Enfermedades No Transmisibles*. Obtenido de <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/seguropublico/files/2012/03/Enfermedades-No-Transmisibles.pdf>
- Alcaldia Mayor de Bogotá, S. D. (2010-2025). *Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital*. Alcaldia Mayor de Bogotá. Bogotá: Bogotá Positiva. Recuperado el 5 de Diciembre de 2014, de [http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/en/lg/En2010\\_Lg\\_Alcaldia.pdf](http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/en/lg/En2010_Lg_Alcaldia.pdf)
- Bogotá, A. M. (2010). *Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital 2010 - 2025*. Bogotá: Bogota`Positiva.
- Bogotá, A. M. (2010). *Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital 2010 - 2025*. Bogotá: Bogotá Positiva.
- Castaneda, Garcia, Noriega, Quintanilla. (2007-2019). *Politica nacional de Envejecimiento y Vejez*. Politica Nacional, Bogota. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ.pdf>
- Castro, A. B. (2006). LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN LAS CIENCIAS DE LA SALUD . *Nure Investigación*, 4.
- Coelho, M. S., Silvall, D. M., & Padilha, M. I. (2009). Social representations of diabetic foot for people with type 2 diabetes mellitus. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 1-7.
- Javier E. García de Alba, A. L. (2006). Una aproximación al conocimiento cultural de la diabetes mellitus tipo 2 en el occidente de México. *Esquinas*, 1-15.
- Masis, P. S. (2010). Percepciones sobre la diabetes y su padecimiento en personas adultas mayores diabeticas y familiares de un area urbana de Costa Rica. *Anales en Gerontología*, 103.

- Materán, A. (2008). Las Representaciones Sociales: Un referente teórico para la Investigación Educativa. *Geoenseñanza*, 244.
- Medellin, A. d. (2011). Enfermedades Crónicas No Transmisibles Ecnt Y Discapacidad. *Revista Salud Pública de Medellín*, 61.
- Medellin, A. d. (2011). ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES ECNT Y DISCAPACIDAD . *Revista Salud Pública de Medellín*, 61.
- Melgarejo, L. M. (1994). *Sobre el concepto de percepción*. Obtenido de <http://biblioteca.ues.edu.sv/revistas/10800277-4.pdf>
- Mora, M. (2002). *La teoría de las Representaciones Sociales* . Obtenido de <http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/34106/33945>
- Moreno San Pedro, E., & Gil Roales-Nieto, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I.: *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 94.
- Observatorio Nacional de Salud, I. N. (2011). *Primer Informe ONS, Aspectos relacionados con la frecuencia de uso de los servicios de Salud, mortalidad y discapacidad en Colombia*. Bogota: ONS.
- Olabuenaga, J. I. (2012). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- OMS. (2012). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de [http://www.who.int/diabetes/action\\_online/basics/es/index3.html](http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index3.html)
- OMS. (2015). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
- OMS. (Febrero de 2015). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/diabetes/es/>
- OPS, O. (1996). *Educación sobre Diabetes*. Washington. D.C. : International Diabetes Federation.
- Ops, O. (2012). 28.a Conferencia Sanitaria Panamericana 64.a Sesión Del Comité Regional. *Estrategia Para la Prevención y el control de Enfermedades No Transmisibles, 2012-2025* (pág. 14). Washington, D.C., EUA: CSP28/9, Rev. 1 (Esp.).
- OPS, O. (2 de Mayo de 2015). *Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=1199&Itemid=852&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1199&Itemid=852&lang=es)

- Organización, M. (2011). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 RESUMEN DE ORIENTACIÓN*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Ortiz-Millán, G. (2007). Una Definición muy general. Un comentario a la definición de Representaciones Sociales. *Signos Filosóficos*, 8.
- Profamilia, A. P. (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Bogotá: Printex.
- Provincia, M. d. (Marzo de 2012). *BA Buenos aires Provincia*. Obtenido de <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/seguropublico/files/2012/03/Enfermedades-No-Transmisibles.pdf>
- Raiter, A. (2001). *Representaciones Sociales*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Salud, O. M. (2011). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 RESUMEN DE ORIENTACIÓN*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Siqueira Peres, J. F. (2008). Representaciones Sociales de las mujeres diabeticas de clases populares en lo referente al proceso de salud enfermedad.
- Social, M. d. (11 de Noviembre de 2015). *MINSALUD*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/Enfermedades-no-transmisibles.aspx>
- Social, M. d. (11 de Noviembre de 2015). *MINSALUD*. Obtenido de MINSALUD, Todos por un nuevo país: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/Enfermedades-no-transmisibles.aspx>
- Taylor, S. y. (1987). *Introducción a los métodos Cualitativos de Investigación: La búsqueda de significados*. Barcelona, Buenos Aires, Mexico: Editorial Paidós Básica.
- Teresa Margarita Torres-López, M. S.-D.-M. (2005). "Sangre y azúcar": representaciones. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 101-110.
- Umaña, S. A. (2002). *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión*. San Jose, Costa Rica : Leonardo Villegas.

Uricoechea, D. H. (2009-2011). *Asociación Colombiana de Endocrinología*.

Obtenido de

[http://www.endocrino.org.co/files/Epidemiologia\\_de\\_la\\_diabetes\\_mellitus\\_H\\_Vargas.pdf](http://www.endocrino.org.co/files/Epidemiologia_de_la_diabetes_mellitus_H_Vargas.pdf)

# **ANEXOS**

## Anexo A. Entrevista a Profundidad



### ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

1. Nombre: \_\_\_\_\_
2. Edad: \_\_\_\_\_
3. Sexo:  
Masculino\_\_\_ Femenino\_\_\_
4. Lugar de Procedencia: \_\_\_\_\_
5. Nivel Educativo  
Primaria\_\_\_  
Bachillerato\_\_\_  
Técnico/Tecnólogo\_\_\_  
Universitario\_\_\_  
Especialización\_\_\_
6. Hace cuánto le diagnosticaron la Diabetes?  
\_\_\_\_\_
7. Que complicaciones ha tenido por la diabetes?  
\_\_\_\_\_
8. Hace cuanto padece algunas de las complicaciones? (Tiempo del diagnóstico)  
\_\_\_\_\_

Buenas tardes, Mi Nombre es Yesica Alvarado, soy estudiante de la Pontificia Universidad Javeriana, del programa de Enfermería, estoy realizando un estudio sobre las Representaciones Sociales que tienen las personas con Diabetes Mellitus frente a las complicaciones de su enfermedad.

El objetivo es conocer que creencias, percepciones y motivaciones tiene usted acerca de las complicaciones que genera la Diabetes.

De acuerdo a esto, es usted libre de expresar lo que piensa de las complicaciones de la enfermedad, no hay respuestas buenas ni malas lo que realmente importa es lo que usted piensa.

Para obtener el permiso de hacer esta entrevista, se le pasara un consentimiento informado, donde se da a conocer los temas que se van a tratar y donde usted contara con la seguridad que la información será manejada de manera confidencial., exclusivamente para la Investigación.

1. ¿Conoce las complicaciones que genera o da como resultado la diabetes?, que complicaciones o que otras enfermedades, tiene a causa de la Diabetes? ¿Cómo definiría la complicación? Y por qué la define de esta manera?, (De acuerdo a la que padezca la persona, nefropatía, neuropatía, cardiopatía y retinopatía)
  
2. Por qué cree que aparecieron o se generaron las complicaciones relacionadas con la Diabetes? (De acuerdo a la complicación, que tenga el paciente, seguir indagando cuál cree que fue la causa)
  
3. 3. Que acciones realiza, o que comportamientos tiene hoy en día para sobrellevar las complicaciones de la enfermedad o para controlar la progresión de la misma? O para la prevención de otras? (Si no realiza acciones, o si las realiza pero no en pos de evitar progresión, es válido indagar por qué?)

## **Anexo B. Consentimiento Informado**



**Pontificia Universidad Javeriana  
Facultad de enfermería  
Departamento de Salud de los Colectivos**

### **Consentimiento Informado**

Información para las personas a quienes se les ha pedido que participen en una investigación.

---

La información que se presenta a continuación tiene como finalidad ayudarle a decidir si usted quiere participar en un estudio de investigación de riesgo mínimo. Por favor léalo cuidadosamente. Si no entiende algo, o si tiene alguna duda, pregúntele a la persona encargada del estudio.

#### **Título de la investigación:**

Representaciones sociales de adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus frente a las complicaciones de la enfermedad, en Bogotá, 2015.

#### **Persona a cargo del estudio:**

Yesica Lorena Alvarado Núñez

#### **Dónde se va a desarrollar el estudio:**

Bogotá, Localidad Puente Aranda, personas con diagnóstico de diabetes mellitus adultos mayores (entrevistas.)

#### **Información General del Estudio de Investigación**

El propósito de esta investigación es identificar los, creencias, percepciones y actitudes que suelen tener los adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus acerca de su enfermedad en cuanto a las complicaciones de la enfermedad en una institución de salud domiciliaria, con el fin de entender a la población y pacientes que sufran de enfermedades crónicas, no para crear

juicios de valor ante sus creencias, sino de entender algunas de ellas y poder encontrar una mejor comunicación con esta población para que la adherencia al tratamiento sea mejor, evitar las complicaciones y mejorar la calidad de vida.

### **Plan del Estudio**

1. Como primera medida se describirá la población escogida con el fin de determinar que sean las personas que correspondan al estudio es decir pacientes adultos mayores con diagnóstico de Diabetes Mellitus.
2. Se pedirá a la población de los escogidos, quienes desean participar, en la realización de la investigación.
3. Se les explicara de manera clara en que consiste.
4. Desarrollo de las entrevistas que se aplicara a la población, las preguntas incluidas en estas entrevistas serán de acuerdo a esos conocimientos, opiniones, estereotipos y creencias que podrían tener los participantes, además se realizaran preguntas abiertas.
5. Recolección de los datos.
6. Lectura y análisis de las entrevistas de acuerdo a los aspectos similares y los diferentes, teniendo en cuenta las características de la investigación cualitativa.
7. Elaboración de las conclusiones.

### **Beneficios de Participar en este Estudio**

- Compartir experiencias con otras personas que piensen algo muy similar a usted acerca de su enfermedad.
- Resolver todas las dudas que tengan acerca del tratamiento de la enfermedad.
- Establecer una mejor comunicación con el personal de salud acerca de su enfermedad y de su tratamiento.
- Se respetara los conocimientos y creencias que tengan a partir de su enfermedad.

### **Riesgos de Participar en este Estudio de Investigación**

No se conoce de ningún riesgo físico o mental por el hecho de participar en esta investigación

### **Confidencialidad y Privacidad de los Archivos y Anonimato**

Los archivos y la información que se encuentra en las entrevistas, además el resto de información, será manejada exclusivamente por las personas a cargo de la

investigación y por la asesora personal, estas se llevarán en un folder que solo será mostrado con la autorización de los participantes.

### **Participación Voluntaria**

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 decide retirarse en cualquier momento antes de terminar la investigación, no tendrá ningún castigo, ni tampoco perderán los beneficios que ya haya obtenido.

### **Preguntas y Contactos**

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede comunicarse con

- **Yesica Lorena Alvarado Núñez.** Correo: [alvaradoy@javeriana.edu.co](mailto:alvaradoy@javeriana.edu.co)  
Tel: 3168331322
- **Asesora de Tesis:** Liliana Quevedo León. Profesora Facultad de Enfermería. Correo. [quevedo.l@javeriana.edu.co](mailto:quevedo.l@javeriana.edu.co). Tel 3208320 ext. 2656.

### **Consentimiento**

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

### **Declaración del Investigador**

De manera cuidadosa he explicado al participante la naturaleza del protocolo arriba enunciado. Certifico que, basado en lo mejor de mi conocimiento, los participantes que leen este consentimiento informado entienden la naturaleza, los requisitos, los riesgos y los beneficios involucrados por participar en este estudio.

---

Nombre

---

Firma

---

Fecha