

# Representaciones sociales de las personas con diabetes *mellitus* tipo 2 en Neiva (Colombia)

---

## Social Representations of People with Type 2 Diabetes *Mellitus* in Neiva (Colombia)

Juan Manuel Andrade Navia  
*jandradenav@uniminuto.edu.co*

Administrador de Empresas de la Universidad Surcolombiana, magíster en Prospectiva por la Universidad Externado de Colombia, magister en Talento Humana por la Universidad de Manizales, doctorando en Agroindustria y Desarrollo Agrícola Sostenible en la Universidad Surcolombiana. Docente de la Corporación Universitaria Minuto de Dios.

Dagoberto Páramo Morales  
*dparamo@uninorte.edu.co*

Director del Grupo de Investigaciones en Marketing (GIM, Colciencias A). Profesor asociado de la Escuela de Negocios de la Universidad del Norte. Ph.D. en Ciencias Económicas y Sociales, mención Gestión de Empresas-Marketing, Université de Genève (Ginebra, Suiza). Magíster en Management Tulane, University (EE. UU.). Magíster en Administración y Gestión con énfasis en Gestión Internacional (Université Catholique de Louvain (Lovaina-la-Nueva, Bélgica). Profesional en Marketing, Universidad de Ejecutivos de Ventas y Marketing (C. de México, México).

Elías Ramírez Plazas  
*elias.ramirez@usco.edu.co*

Ingeniero industrial por la Universidad de los Andes, magíster en Economía y Administración por la Universidad Santo Tomás, magíster en Dirección Universitaria por la Universidad de los Andes y doctor en Administración de Empresas por la Universidad Libre de Bruselas. Docente de la Universidad Surcolombiana.

## Resumen

Se evaluaron desde un enfoque etnográfico las representaciones sociales (RS) de las personas que viven con diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) en Neiva (Colombia) en 2020 y para lograrlo se entrevistaron a 50 personas, con características sociodemográficas de género, edades, estudios y estratos socioeconómicos. Las RS encontradas entre las personas que viven con DM2 en 2019 fueron azúcar, angustia, cambios, cuidado, enfermedad, herencia, muerte y tristeza. Los resultados de este estudio servirán para que los profesionales del sector de salud que laboran con las personas DM2 evalúen sus percepciones y aseguren una mayor efectividad en las intervenciones.

**Palabras clave:** *diabetes mellitus tipo 2; representaciones sociales (RS).*



## Abstrac

The general objective of this article is to evaluate, from an ethnographic approach, the social representations (SR) of people living with type 2 diabetes mellitus (DM2) in the municipality of Neiva (Colombia) in 2020. To achieve this, 50 people, with sociodemographic characteristics of gender, ages, studies, and socioeconomic strata were interviewed. The social representations found among people living with type 2 diabetes mellitus in the municipality of Neiva (Colombia) in 2019 were: sugar, anguish, changes, care, illness, inheritance, death, and sadness. The results of this study will be used by professionals in the health sector who work with people with DM2 to evaluate their perceptions and ensure greater effectiveness in interventions.

**Keywords:** *type 2 diabetes mellitus; social representations (SR).*

## 1. INTRODUCCIÓN

“La diabetes es un importante problema de salud pública y una de las cuatro enfermedades no transmisibles (ENT) seleccionadas por los dirigentes mundiales para intervenir con carácter prioritario” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016, p. 2). La diabetes, además de ser la más común en la población, tiene una alta incidencia en los costos sociales y económicos para su manejo (Arcos y Peña, 2019). Según información más reciente de la OMS (2016), la diabetes ha tenido un crecimiento rápido en el mundo: en 2012, cerca de 347 millones de personas entre los 20 y 79 años sobrellevaron esta enfermedad, y 1,5 millones fallecieron por su causa. En el mundo, en 1980, el número de personas con dicha enfermedad fue de 108 millones y en 2014 ascendió a 422 millones.

En Colombia, 2.5 millones de personas sufren de diabetes *mellitus*, y el 40 % no saben que tienen la enfermedad (Díaz, 2019). Igualmente, es considerada como primera causa de muerte en el país (prevalencia del 4,8 % en 2010 cuya proyección para 2030 se estima en el 6,0 %) (Figueroa et al., 2011). Colombia ocupa el cuarto lugar en América Latina, el primero es Brasil, el segundo Venezuela y el tercero Argentina, donde también se muestra un aumento significativo en muertes para el sexo femenino (OMS, 2016). Machado et al., (2011) señalan que la enfermedad en el mundo está en aumento: 130 millones de personas la padecen, de los cuales 35 millones está en toda América y 19 millones en América Latina. Se prevé que para 2025 habrá 300 millones de personas con diabetes en el mundo, y de estos, 4,0 millones estarán en Colombia. Esta situación es preocupante porque la diabetes crece en forma acelerada en el país en forma silenciosa, con poca cultura preventiva y se está volviendo un problema significativo porque hay 3 millones de personas que la padecen, y solo 2,1 millones están diagnosticadas (*Revista Hechos&Crónicas*, 2018). Estas estadísticas son alarmantes, porque, según la Encuesta Nacional de Salud 2007, el 67,7 % de los colombianos nunca hacen ejercicios, el 32,3 % tienen sobrepeso y el 13,7 % padecen de obesidad (Agudelo-Londoño et al., 2012); además, estas personas pueden sufrir las siguientes enfermedades: ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, amputación de piernas, pérdida de visión y daños neurológicos (OMS, 2016, p. 2). La diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) en Colombia se ve con

más frecuencia en adultos mayores, aunque cada vez aumenta en niños, adolescentes y adultos jóvenes debido al crecimiento de la obesidad, el sedentarismo y las deficiencias en la dieta diaria (Díaz, 2019).

Como consecuencia de un ambiente desfavorable en el entorno del diabético, la paciencia para hacerle frente a la enfermedad se reduce y da lugar al estrés (García et al., 2001). Esta situación genera que los estilos de afrontamiento, o bien sea activo centrado en el problema, o bien pasivo centrado en las emociones, por ejemplo, ira, inseguridad, tristeza, ansiedad, disminuye la adherencia al tratamiento médico y su desempeño laboral; los hombres manifiestan mayor resistencia al seguimiento del tratamiento que las mujeres en cuanto a hábitos saludables (Silva y Agudelo, 2011).

Diferentes estudios han permitido profundizar en distintos aspectos que describen la conducta del diabético: defectos de la educación sobre el control de la diabetes (Retigg et al., 1986); factores que influyen en el incumplimiento de las terapias por parte de los enfermos (Hernández et al., 2021); impacto de la enfermedad en la vida cotidiana, personal, familiar y laboral (López et al., 2003); apoyo familiar y control de la enfermedad (Valadez et al., 2003); depresión, estrés y calidad de vida de la persona (Weaver et al., 2014); autocuidado y apoyo familiar (Caballero, 2007); creencias y actitudes frente a la prevención de la diabetes (Cavazos, 2014); representaciones sociales de la diabetes en México (Torres-López et al., 2005; Arcos y Peña, 2019).

Péres et al. (2008) y Torres-López et al. (2005) encontraron que la diabetes se asocia con sentimientos negativos como conflictos, rabias y tristezas, que estos pacientes poseen representaciones y prácticas populares de la enfermedad, que muchas veces son intercambiadas entre ellos, las cuales son ignoradas por los profesionales de la salud porque no es un conocimiento técnico, ni científico. Hoyos et al. (2011) hallaron que la adherencia al tratamiento en personas con DM2 está mediada por las concepciones culturales sobre la enfermedad, desencuentros entre los profesionales de la salud y el saber popular, cansancio por tomar medicamentos, miedo a las punciones por la aplicación de la insulina, insatisfacción con la calidad brindada por los servicios de salud y el costo económico a largo plazo. Giraudo y Vieta (2018) identificaron que la DM2 se asocia

con las siguientes palabras: cuidados diarios (13 %), controles médicos (11 %), movimientos (10 %), harinas (9 %), bajar peso (5 %), comer menos (4 %), azúcar (4 %), pies (2 %), dulces (2 %), y otros (11 %); Arcos y Peña (2019) expresaron que los pacientes con DM2 presentan sentimientos negativos como tristeza, enojo y sorpresa.

Péres et al. (2008) y Sedó (2010) encontraron las palabras de impotencia, inseguridad, incomprensión y exclusión de la sociedad y en la familia directa, así como impacto de la enfermedad en la vida cotidiana, personal y laboral. López et al. (2003), Mata et al. (2003) y Whitemore (2000) establecieron relación entre factores socioeconómicos y su efecto en el manejo de la enfermedad. Ahnquist et al. (2012) estudiaron las percepciones de los enfermos y familiares sobre el padecimiento de enfermedades crónicas. Tejada et al. (2006) relacionan la enfermedad con depresión, estrés y calidad de vida de la persona. Weaver et al. (2014) evaluaron autocuidado y apoyo familiar. Caballero (2007) y Villalobos-Pérez et al. (2006) destacan que los médicos y familiares deben proveer un entorno confiable para las personas diabéticas, porque de lo contrario derivará en complicaciones mayores para una adecuada evolución de su salud. De los Ríos et al. (2004) y Machado-Alba et al. (2011) enfatizan en la importancia de profundizar en la estimación social, familiar y laboral, porque al diabético le avergüenza reconocer la enfermedad y ello le produce depresiones, ansiedades y estrés; y por eso, algunas personas tratan de afrontar su situación acudiendo a la práctica de la medicina alternativa o popular.

Este conjunto de estudios destaca que existen múltiples factores que influyen en la conducta del paciente diabético, y sin el adecuado entendimiento de los médicos, familiares y empresarios, no proveerán un entorno confiable, lo que derivará en complicaciones para una adecuada evolución de su salud (Villalobos-Pérez et al., 2006). Igualmente, hay estudios que tratan la DM2 como si fuera una sola (García et al., 2001; López y Ávalos, 2013; Péres et al., 2008; Sedó, 2010; Torres-López et al., 2005).

## 2. REPRESENTACIONES SOCIALES

Para Torres-López et al. (2005, p. 102), la visión epidemiológica representa solo una parte del problema y, por ello, es necesario realizar un

acercamiento más profundo a la vida de las personas que padecen esta dolencia para conocer sus experiencias como enfermos crónicos, porque los sufrimientos condicionan sus significados y se puede rescatar de ellos elementos que logren desarrollar una mejor atención y prevención a las personas que sufren esta enfermedad, que nos lleva a estudiar las representaciones sociales (RS) porque constituyen una manera de aproximarse a este problema. Por ello, a continuación se presentan los principales autores que han estudiado las RS.

Moscovici (1961) plantea que las RS son formas de conocimiento, socialmente elaborado y compartido, que le dan sentido a la vida y contribuyen a la construcción social de una realidad constituida por categorías mentales. Posteriormente, el mismo autor en 1979, sostiene que las RS son un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad (Moscovici, 1979, p. 18). Para Jodelet (1986, p. 472), las RS son imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencias que nos permiten interpretar lo que sucede; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos. Para Berger y Luchkman (1966), las RS son maneras de pensar e interpretar una realidad cotidiana.

Para Banchs (1986, p. 27), el ser humano es un productor de información y significados; y como las RS se caracterizan por su dinamismo, se enriquecen y modifican constantemente en el diario comunicar e intercambiar con la sociedad, cuyo objetivo es mantenerse dentro del grupo social al cual pertenecen. La investigación en RS produce conocimiento sobre fenómenos de índole social que facilitan el entendimiento y la realidad social a través de la construcción colectiva (Jodelet, 2000). Para Abric (2001, p. 13), las RS funcionan como un sistema de interpretación de la realidad que rige las relaciones de los individuos con su entorno físico y social, porque determinan sus comportamientos o sus prácticas. Para Cuevas (2016), las RS es un conjunto de conocimientos que le permiten al ser humano comprender e interpretar el mundo, de conocimientos de sentido común que hacen posible la comprensión de la realidad, porque los hechos son elaborados socialmente.

El presente estudio sobre RS se justifican porque estas otorgan razón a creencias, ideas, mitos, los cuales dotan de significados a los objetos y facilitan la comprensión de los vínculos sociales (Vergara, 2008). Para entender el papel de las RS que intervienen en la conceptualización de la DM2 en Neiva (Colombia), es necesario estudiar los años que estas personas la padecen, las percepciones intrínsecas que tienen sobre la enfermedad, sus imaginarios, los significados, la incidencia en su salud y las enfermedades futuras si no se cuidan.

### 3. METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo de investigación

Este proyecto de investigación se desarrolló bajo el enfoque cualitativo, orientada por la teoría fundada planteada por Glaser y Strauss (1968) como método interpretativo de la realidad social que busca desarrollar “teoría que se fundamenta en la recolección y el análisis sistemático de datos, y se desarrolla a través de una continua interpelación entre el análisis y la recogida de datos” (Strauss y Corbin, 1994, p. 273), cuyo objetivo es producir interpretaciones que puedan explicar y proporcionar información sobre las personas cuyas conductas fueron sometidas a estudio (Glaser y Strauss, 1968). Con esta óptica, el presente estudio no se inscribe en un contexto de confirmación de modelos existentes. Se opta por un contexto de descubrimiento que busca interpretar las representaciones sociales de las personas que padecen DM2 en Neiva (Colombia) en 2020. Las fases de recopilación, análisis e interpretación de la información están orientadas por el método *prospective dialectic and interpersonal network* (Prodin), propuesto y desarrollado por Bergadaá (2006).

El estudio está orientado por la etnometodología de Garfinkel (1967), quien plantea que las actividades cotidianas de las personas son comprendidas a partir del contexto en el cual emergen porque dotan y ajustan el significado tras cada nueva interacción que ellas realizan. En vista de que los significados se verbalizan mediante la conversación, Psathas (1995) sostiene que el análisis conversacional sirve para esclarecer la forma en que las personas organizan su interacción y estará regido por unas reglas de conductas y la comprensión sobre las RS comienza por entenderse por los significados

asociados y las formas en que las personas con DM2 en Neiva (Colombia) se refieren a ellos mismos y su relación con la enfermedad.

### 3.2. Determinación de los sujetos de estudio

El tamaño de la muestra fue de 50 personas con DM2 en Neiva (Colombia) y la información recolectada se hizo entre enero y febrero de 2020 con las características sociodemográficas de género, edad, nivel educativo, estrato (tabla 1). La selección de las personas entrevistadas fue voluntaria y se hizo en las casas de los diabéticos.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las personas entrevistadas

Variable	Varón	Mujer	21-35	36-50	+50	Nin	Pri	Sec	Uia	1	2	3	>=4	Total
Género (No)	24	26												50
Edad (No)			10	24	16									50
Nivel educativo (No)						3	5	30	12					50
Estrato (No)										9	22	11	8	50
Porcentaje	48	52	20	48	32	6	10	60	24	18	44	22	16	

### 3.3. Recolección y análisis de la información

Como fuente de información primaria se consultaron a través de entrevistas estructuradas a 50 personas con DM2 en Neiva (Colombia). Antes de cada entrevista, que duró aproximadamente entre 15 y 20 minutos, se les explicó el objetivo del estudio y se solicitó el consentimiento verbal y por escrito. La entrevista incluyó las siguientes preguntas:

- ¿Qué tipo de diabetes tiene?
- ¿Se aplica insulina?
- ¿Hace cuántos años tiene la diabetes?
- ¿Cuántas personas conforman su grupo familiar?
- ¿Cuál es el nivel educativo?
- ¿A qué estrato pertenece el barrio donde vive?



- ¿Qué palabra se le viene a la mente cuando le menciono la palabra diabetes?
- ¿Qué significa?
- ¿Por qué le apareció la diabetes?
- ¿Qué consecuencias en su salud le ha traído a la diabetes?
- ¿Qué enfermedades graves puede tener un diabético si no se cuida?

A las primeras cuatro entrevistas, una por cada estrato, se les hizo un “análisis piloto”, para corregir las preguntas y ajustarlas de una manera más apropiada hacia los objetivos de la investigación, aunque la información que aporten será igualmente importante e incluida. El nuevo formato guía de entrevista se aplicó a los otros entrevistados, que fueron transcritas literalmente y presentadas a los entrevistados para analizar si deseaban hacer ajustes.

Los análisis se realizaron a partir de los datos obtenidos de la transcripción literal de las entrevistas, de la revisión documental y de la reflexión de los investigadores. Esta información depurada permitió estructurar las categorías descriptivas, lo que permitió emplear el método de comparación constante entre los datos recopilados en el terreno, el análisis de contenido y la reflexión intelectual de los investigadores, las observaciones de expertos y las teorías similares establecidas. Se buscó, tal como propone Páramo (2012), leer la realidad a partir de la convergencia entre observaciones, reflexión, datos del terreno, análisis de contenido, revisión teórica, formulación de aproximaciones teóricas, siempre respetando la rigurosidad y la honestidad intelectual implicada en estos procesos de lecturas subjetivas de complejas realidades poco o nada estudiadas.

#### 4. HALLAZGOS

La tabla 2 esboza las principales representaciones sociales de las personas con DMS en Neiva (Colombia), según el número del informante (I) y el estrato (E).

Tabla 2. Representaciones sociales por estrato de las personas con DM2

Representaciones sociales/estrato	E1	E2	E3	E4	Total	%
Azúcar	4	4	1		9	18
Angustia	1	1	1	1	4	8
Cambios		4	2	4	10	20
Enfermedad	3	9	4	1	17	34
Herencia		2			2	4
Muerte	1	1			2	4
Tristeza		1	3	2	6	12
Totales (cantidad)	9	22	11	8	50	
Totales (%)	18	44	22	16		100

A continuación, se presentan las principales representaciones sociales de las personas con DM2 encontradas en Neiva (Colombia):

- **Azúcar.** El azúcar en la sangre proviene de los alimentos que se consumen y es la principal fuente de energía (<https://medlineplus.gov/>). “Es un problema en la sangre que debo cuidar sino pasa a más gravedad y se complica” (I2, E1). “Azúcar elevada en mi sangre y afecta los riñones” (I3, E1). “Aumento de azúcar en la sangre y que me debo cuidar” (I10, E2). “El cuerpo pierde la capacidad de producir suficiente insulina” (I13, E3). “Azúcar en la sangre” (I22, E2) (I37, E2) (I49, E1). “Enfermedad, se me sube el azúcar” (I23, E1). “Mal funcionamiento del páncreas” (I24, E2). “Problemas de azúcar” (I35, E2).
- **Angustia.** Aflicción, congoja, ansiedad (Real Academia Española [RAE], 2014). “Aburrimiento” (I8, E2). “Angustia y tristeza” (I14, E1) (I15, E2). “Angustia” (I28, E4). “Dolor” (I32, E3).
- **Cambios.** Acción y efecto de cambiar (RAE, 2014). “Cambios drásticos para mí y para mi familia” (I9, E2). “Cambiar mi vida” (I18, E2). “Cohibiciones de comidas buenas y de dulces” (I19, E2). “Cero azúcares” (I20, E4). “Reducir grasas” (I29, E4). “Disminuir fritos” (I28, E3) (I42, E4). “Que no puedo consumir alimentos dulces, ni comidas saladas” (I21, E2). “Cambio de vida” (I29, E2). “Voluntad y responsabilidad” (I45, E4). “Cambio de hábitos” (I47, E3). “Cambio

de comidas” (I47, E4). “Cambio de comidas” (I47, E4). “Aumento de azúcar en la sangre y que me debo cuidar” (I10, E2). “Cuidado” (I16, E3). “Impedimentos” (I41, E2).

- Enfermedad. Alteración más o menos grave de la salud (RAE, 2014): “Enfermedad, que se debe tener cuidado y controles” (I1, E2). “Rabia, mal genio porque es una enfermedad incurable” (I4, E2). “Enfermedad de cuidado” (I6, E1). “Dolor, enfermedad que se puede tratar mas no curar” (I7, E1). “Enfermedad y hay que saberla controlar” (I17, E2). “Enfermedad incurable (I27, E2). “Enfermedad que requiere cuidados en la alimentación” (I30, E2) (I31, E3) (I36, E5). “Enfermedad silenciosa” (I38, E3). “Debilidad, sueño, cansancio, frío” (I39, E2). “Enfermedad grave y con grandes cambios en la vida” (I43, E1). “Enfermedad dura y cohibiciones” (I44, E2). “Enfermedad terminal” (I48, E2). “Afección crónica” (I40, E4). “Enfermedad incurable” (I42, E3).
- Herencia. Rasgos o circunstancias de índole cultural, social, económica que influyen en un momento histórico procedentes de otros momentos anteriores (RAE, 2014). “Herencia maldita de mi padre” (I25, E2). “Antecedentes familiares y mal consumo de alimentos” (I26, E2).
- Muerte. Cesación o término de la vida (RAE, 2014). “Muerte porque mi padre falleció por esa enfermedad” (I5, E1). “Enfermedad crónica que dura toda la vida que puede llevar hasta la muerte” (I11, E2).
- Tristeza. Sentimiento de dolor anímico producido por un suceso desfavorable que suele manifestarse con un estado de ánimo pesimista, la insatisfacción y la tendencia al llanto (RAE, 2014). “Tristeza y preocupación” (I12, E2). “Tristeza” (I33, E4) (I38, E3). (I50, E3). “Nostalgia” (I34, E4). “Aburrimiento y tristeza” (I46, E3).

## 5. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

El estudio de las RS de la DM2 en Neiva (Colombia) en los diferentes estratos indican que estas fueron asociadas con las palabras de “azúcar, angustia, cambios, enfermedad, herencia, muerte y tristeza”, el cual responde a Conrad (1987) quien sostiene que los investigadores deben dar la voz de las personas que padecen enfermedades crónicas porque resalta la visión desde dentro; reconoce que el otro se encuentra ahí y sirve para promover estrategias de autocuidado. Esta visión de padecimiento ha

sido resaltada parcialmente por los estudios realizados por Sedó (2010): “terrible, maligna, incurable y progresiva”; Torres-López et al. (2005): “difícil de tratar, tremenda, traicionera, enferma la sangre para toda la vida, compañera de mi vida”; Péres et al. (2008): “tristeza”; López y Ávalos, (2013): “mala, terrible, incurable”; Hernández (2012): “enfermedad, 32.8 %, azúcar, 21.6 %, muerte, 12.7 %”.

Los trabajos y resultados socioeconómicos encontrados en el estudio (edad, 42 años; 11 años de escolaridad) son similares a los encontrados en Costa Rica (46 años) (Arcos y Peña, 2019). Igualmente, se encontró que la familia juega un factor muy importante en el tratamiento de la enfermedad (“Cambios drásticos para mí y para mi familia”, “Cohibiciones de comidas buenas y de dulces”, “Cero azúcares”, “Reducir grasas”, “Disminuir fritos”, “Que no puedo consumir alimentos dulces, ni salados”, “Voluntad y responsabilidad”) (Arredondo et al., 2006; Sedó, 2010), en que inferen que la existencia de una pareja o la familia son factores positivos para el paciente porque desempeñan un papel muy importante en la red de apoyo y acompañamiento en los procesos de cuidado frente a la enfermedad. Igualmente, los participantes en la investigación argumentaron que la alimentación es uno de los factores más importantes para manejar la diabetes, factor similar a los estudios realizados por Arcos y Peña (2019) y Péres et al. (2008).

## 6. RECOMENDACIONES

Los profesionales de la salud que atienden personas con DM2 deben preguntarles a sus pacientes qué palabras llegan a su mente cuando les mencionan la palabra diabetes, y a las que expresan las palabras “angustia”, “enfermedad”, “muerte”, o “tristeza”, decirles que ellos están en una etapa controlable a través de los cambios de hábitos de consumo, advertirles las complicaciones que les pueden pasar y recomendarles ir donde el dietista. También se le debe entregar una fotocopia con las siguientes indicaciones: caminar 30 minutos al día, evitar el consumo de tabaco, de bebidas azucaradas, de alimentos fritos, de harinas y de productos ultraprocesados (Jagua, 2019). Igualmente, como política pública, los gobiernos departamentales y municipales deben indicar en las licitaciones sobre programas de alimentación escolar que se deben suprimir las bebidas azucaradas, los alimentos fritos, las harinas y los productos ultraprocesados, e incluir frutas y verduras.

## REFERENCIAS

- Abric, J. C. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. Coyoacán.
- Agudelo-Londoño, S. M., Giraldo-Villa, A. y Romero-Nieto, V. I. (2012). Percepción del estado de salud en la región central colombiana: Encuesta Nacional de Salud, 2007. *Revista de Salud Pública*, 14, 899-911. <https://www.scielosp.org/article/rsap/2012.v14n6/899-911/es/>
- Ahnquist, J., Wamala, S. P. y Lindstrom, M. (2012). Social determinants of health: A question of social or economic capital? Interaction effects of socioeconomic factors on health outcomes. *Social Science y Medicine*, 74(6), 930-939. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.026>
- Ahnquist, J., Wamala, S. P. y Lindstrom, M. (2012). Social determinants of health: A question of social or economic capital? Interaction effects of socioeconomic factors on health outcomes. *Social Science y Medicine*, 74(6), 930-939. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.026>
- Alwan, A. (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. World Health Organization.
- Arcos Guzmán, M. J. y Peña Mena, K. E. (2019). Representaciones sociales de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes de Cuautla, México. *Pensamiento Psicológico*, 17(2), 121-134. <https://doi.org/10.11144/javerianacali.ppsi17-2.rsdm>
- Arredondo Montes de Oca, A., Márquez Cardoso, E., Moreno Aguilera, F. y Bazán Castro, M. (2006). Influencia del apoyo social en el control del paciente diabético tipo 2. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 11(3), 43-48. <https://www.redalyc.org/pdf/473/47312479004.pdf><https://www.redalyc.org/pdf/473/47312479004.pdf>
- Banchs, M. A. (1986). Concepto de representaciones sociales: análisis comparativo. *Revista Costarricense de Psicología*, 8(9), 27-40. <http://rcps-cr.org/wp-content/uploads/2016/05/1986.pdf>
- Bergadaà, M. (2006). Une stratégie de recherche constructiviste appliquée aux services culturels: l'exemple du Musée olympique, de son concept et de ses profils types de visiteurs. *Recherche et Applications en Marketing*, 21(3), 91-113. <https://doi.org/10.1177/076737010602100305>
- Berger, P. y Luckman, L. (1966). *La construcción sociales de la realidad*. Armand Colin.
- Caballero, A. E. (2007). Cultural competence in diabetes mellitus care: An urgent need. *Insulin*, 2(2), 80-91. [https://doi.org/10.1016/S1557-0843\(07\)80019-4](https://doi.org/10.1016/S1557-0843(07)80019-4)
- Cavazos Arroyo, J. (2014). Análisis de las creencias, actitudes y normas subjetivas como predictores de la intención a realizar comportamientos preven-

- tivos en hijos de personas que padecen diabetes *mellitus* tipo 2 en el estado Hidalgo. *Ciencias Administrativas Teoría y praxis*, 1, 144-163. [https://www.researchgate.net/profile/Monica-Blanco-Jimenez/publication/324247097\\_Ciencias\\_Administrativas/links/5ac71838a6fdcc8bfc7f913d/Ciencias-Administrativas.pdf#page=132](https://www.researchgate.net/profile/Monica-Blanco-Jimenez/publication/324247097_Ciencias_Administrativas/links/5ac71838a6fdcc8bfc7f913d/Ciencias-Administrativas.pdf#page=132)
- Conrad, P. (1987). The experience of illness: Recent and new directions. *Res Social Health Care*.
- Cuevas, Y. (2016). Recomendaciones para el estudio de representaciones sociales en investigación educativa. *Cultura y Representaciones Sociales*, 11(21), 109-140. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-81102016000200109&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-81102016000200109&script=sci_arttext)
- De los Ríos Castillo, J. L., Sosa, J. J. S., Santiago, P. B. y Sustaita, V. G. (2004). Calidad de vida en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 42(2), 109-116. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=1977>
- Díaz, M. (2019, 17 noviembre). Diabetes: las cifras van en aumento. *El Espectador*. <https://www.elespectador.com/actualidad/diabetes-las-cifras-van-en-aumento-article-891611/>
- Figuroa, F. N., Morales, J., Melgarejo, A., Forero, J., Gabriel, M., León, J. A., Londoño, A. C. y Salazar, B. C. (2011). Characterization of patients with pre-diabetes in first-level health care service institutions Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 42(1), 98-106. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-95342011000100012&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-95342011000100012&script=sci_abstract&tlng=pt)
- García Pérez, A. M., Leiva Fernández, F., Martos Crespo, F., García Ruiz, A. J., Prados Torres, D. y Sánchez de la Cuesta y Alarcón F. (2001). Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. *Medicina de Familia*, 2, 29-34.
- Garfinkel, H. (1967). *Ethnomethodology*. Englewood Cliffs.
- Giraud, N. y Vietto, V. (2018). Qué significa vivir con diabetes en una comunidad del conurbano bonaerense: representaciones sociales de la diabetes *mellitus* tipo 2. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 38(2), 62-69. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1023082>
- Glaser, B. G., Strauss, A. L. y Strutzel, E. (1968). The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. *Nursing Research*, 17(4), 364.
- Hernández García, O. (2012). *El impacto de los programas de prevención de la diabetes en Mazatlán, Sinaloa, México*. <https://ideas.repec.org/a/erv/coccss/y2012i2012-0249.html>
- Hoyos Duque, T. N., Arteaga Henao, M. V. y Muñoz Cardona, M. (2011). Factores de no adherencia al tratamiento en personas con diabetes *me-*

- llitus* tipo 2 en el domicilio: la visión del cuidador familiar. *Investigación y Educación en Enfermería*, 29(2), 194-203. <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105222400005.pdf>
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En S. Moscovici (ed.), *Psicología social. Vol. 2: Pensamiento y vida social* (pp. 469-494). Paidós.
- Jodelet, D. (2000). Representaciones sociales: contribución a un saber sociocultural sin fronteras. En D. Jodelet y A. Guerrero Tapia (eds.), *Develando la cultura: estudio en representaciones sociales* (pp. 7-30). Universidad Autónoma del Estado de México.
- Jodelet, D. (2011). Aportes del enfoque de las representaciones sociales al campo de la educación. *Espacios en Blanco: Revista de Educación*, 21, 133-154. <https://www.redalyc.org/pdf/3845/384539803006.pdf>
- López-Carmona, J. M., Ariza-Andraca, C. R., Rodríguez-Moctezuma, J. R. y Munguía-Miranda, C. (2003). Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud pública de México*, 45, 259-267. [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/spm/v45n4/a04v45n4.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v45n4/a04v45n4.pdf)
- López Ramón, C. y Ávalos García, M. I. (2013). Diabetes *mellitus* hacia una perspectiva social. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(2), 331-345. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=43754>
- Machado-Alba, J. E., Torres-Rodríguez, S. y Vallejos-Narváez, A. (2011). Effectiveness the pharmaceutical care in diabetic patients. *Colombia Médica*, 42(1), 72-80. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-95342011000100009](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342011000100009)
- Mata Casesa, M. Roset Gamisans, X. Badia Llachb, F. Antoñanzas Villar y J. Ragel Alcázare (2003). Impacto de la diabetes *mellitus* tipo 2 en la calidad de vida de los pacientes tratados en las consultas de atención primaria en España. *Atención Primaria*, 31(8), 493-499. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)70722-7](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)70722-7)
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Presses universitaires de France.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Huemul.
- Organización Mundial de la Salud. (2016, 7 de abril). *Informe mundial sobre la diabetes*. <https://www.fundaciondiabetes.org/general/material/107/informe-mundial-sobre-la-diabetes-de-la-oms--resumen-de-orientacion>
- Organización Mundial de la Salud. (2021, 13 de abril). *Diabetes*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

- Páez, D. y Pérez, J. A. (2020). Social representations of covid-19. *International Journal of Social Psychology*, 35(3), 600-610. <https://doi.org/10.1080/02134748.2020.1783852>
- Páramo Morales, D. (2012). La etnografía, una aproximación antropológica al estudio del comportamiento del consumidor. *Revista Colombiana de Marketing*, 1(1), 1-23.
- Páramo Morales, D. (2015). La teoría fundamentada (*grounded theory*), metodología cualitativa de investigación científica. *Pensamiento y Gestión*, 39, 1-7. <http://www.scielo.org.co/pdf/pege/n39/n39a01.pdf>
- Pérez, D. S., Franco, L. J., Dos Santos, M. A. y Zanetti, M. L. (2008). Representaciones sociales de las mujeres diabetes de clases populares en lo referente a salud y enfermedad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(3), 389-395. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000300009>
- Psathas, G. (1995). *Qualitative research methods. Vol. 35: Conversation analysis: The study of talk-in-interaction*. Sage.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española*. <https://www.rae.es/>
- Rettig, B. A., Shrauger, D. G., Recker, R. R., Gallagher, T. F. y Wiltse, H. (1986). A randomized study of the effects of a home diabetes education program. *Diabetes Care*, 9(2), 173-178. <https://doi.org/10.2337/diacare.9.2.173>
- Revista Hechos&Crónicas*. (2018, 19 de julio). Diabetes, amenaza de salud pública con más de 422 millones de afectados. <https://revistahyc.com/2018/07/19/diabetes-amenaza-de-salud-publica-con-mas-422-millones-de-afectados/>
- Schein, E. (1985). *Psicología de la organización*. Prentice Hall.
- Sedó Masís, P. (2010). Percepciones sobre la diabetes y su padecimiento en personas adultas mayores diabéticas y familiares de un área urbana de costa rica. *Anales en Gerontología*, 6(6), 99-112. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6140284>
- Silva Fernández, C. S. y Agudelo Velez, D. M. (2011). Creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida en pacientes en rehabilitación cardiovascular. *Acta Colombiana de Psicología*, 14(1), 47-60. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-91552011000100005&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-91552011000100005&script=sci_abstract&tlng=es)
- Strauss, A. y Corbin, J. (1994). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Sage.
- Tejada Tayabas, B E. Grimaldo Moreno y Maldonado Rodríguez, O. (2006). Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 7(1). <https://www.mediagraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=13237>



- Torres-López, T. M., Sandoval-Díaz, M. y Pando-Moreno, M. (2005). "Sangre y azúcar": representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 101-110. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100012>
- Valadez Figueroa, I. de la A., Alfaro Alfaro, N., Centeno Covarrubias, G., Cabrera Pivaral, C. E. (2003). Diseño de un instrumento para evaluar el apoyo familiar al diabético tipo 2. *Investigación en Salud*, 6(3), 167-172. <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=51512>
- Vergara Quintero, M. del C. (2008). La naturaleza de las representaciones sociales. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 6(1), 55-80. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1692-715X2008000100003&script=sci\\_abstract&tlng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1692-715X2008000100003&script=sci_abstract&tlng=en)
- Villalobos-Pérez, A., Brenes-Sáenz, J. C., Quirós-Morales, D. y León-Sanabria, G. (2006). Características psicométricas de la escala de adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo ii-versión III (EATDM-III©) en una muestra de pacientes diabéticos de Costa Rica. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 31-38. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-91552006000200004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-91552006000200004&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Weaver, R. R., Lemonde, M., Payman, N. y Goodman, W. M. (2014). Health capabilities and diabetes self-management: the impact of economic, social, and cultural resources. *Social Science y Medicine*, 102, 58-68. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.11.033>
- Whittemore, R. (2000). Strategies to facilitate lifestyle change associated with diabetes mellitus. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(3), 225-232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2000.00225.x>