



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

PSICOLOGIA SOCIAL Y AMBIENTAL

**DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LOS SIGNIFICADOS QUE OTORGAN HOMBRES
Y MUJERES A LA DIABETES MELLITUS TIPO II**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
DOCTORA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

ADRIANA GUADALUPE REYES LUNA

JURADO DE EXAMEN DOCTORAL

DIRECTORA: DRA. MA. ALEJANDRA SALGUERO VELÁZQUEZ

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA. U.N.A.M.

COMITÉ: DRA. LAURA EVELIA TORRES VELÁZQUEZ

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA. U.N.A.M.

DRA. OLIVIA TENA GUERRERO

CENTRO DE INVESTIGACIONES INTERDISCIPLINARIAS EN CIENCIAS Y

HUMANIDADES. U.N.A.M.

DRA. MARÍA EMILY REIKO ITO SUGIYAMA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA. U.N.A.M.

DRA. PATRICIA ORTEGA SILVA

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA. U.N.A.M.

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México

octubre 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice	I
Agradecimientos	IV
Resumen	VII
Abstract	VIII
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. PROCESO SALUD-ENFERMEDAD	8
1.1 Salud	9
1.2 Enfermedad	12
CAPÍTULO 2. PERSPECTIVA DE LA CONTRUCCIÓN SOCIAL DE LA REALIDAD	18
2.1 Construccinismo social	18
2.2 Perspectiva de género	21
2.2.1 La Diabetes mellitus tipo II desde el construccionismo social con perspectiva de género	33
CAPÍTULO 3. INVESTIGACIONES SOBRE DIABETES MELLITUS II, DIFERENTES APROXIMACIONES	35
3.1 Estudios con énfasis en la epidemiología	36
3.2 Estudios con énfasis en la calidad y estilo de vida	41
3.3 Estudios que enfatizan los significados del proceso salud-enfermedad de la DMII	47
3.4 Estudios que enfatizan en los determinantes sociales e individuales	50
3.5 Estudios que enfatizan en la adherencia médica y control	57
3.6 Estudios que enfatizan Servicios de Salud	61
3.7 Panorama epidemiológico en México	63
CAPÍTULO 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y ESTRATEGIA METODOLÓGICA	66
4.1 Planteamiento del problema y preguntas de investigación	67

4.2 Objetivo general y objetivos específicos	69
4.2.1 Estrategia metodológica	70
4.2.2 Método	71
4.2.2.1 Participantes	71
4.2.2.2 Consideraciones éticas de la investigación	77
CAPÍTULO 5. VIVENCIAS DE HOMBRES Y MUJERES CON DIABETES MELLITUS TIPO II	78
5.1 Diagnóstico	78
5.2 Cuidado	81
5.3 Sexualidad	82
5.4 Trabajo	84
CAPÍTULO 6. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LAS VIVENCIAS DE HOMBRES Y MUJERES CON DIABETES MELLITUS TIPO II	86
6.1 Diagnóstico	86
6.1.1 La vida ante el diagnóstico	87
6.1.2 Afrontamiento ante esta nueva condición de vida, para ellos y ellas	94
6.2 Cuidado	102
6.2.1 Tengo DMII, ¿qué no se dan cuenta?, Quiero que me cuiden	102
6.2.2 A los otros u otras no les cae el veinte	107
6.2.3 ¡Cuídate! ya sabes lo que tienes que hacer	110
6.2.4 No queda de otra, ahora trato de cuidarme	112
6.3 Sexualidad	122
6.3.1 La DMII, llegó a afectar mi desempeño sexual	122
6.3.2 Se va una secando	126

6.4 Trabajo	132
64.1 Prefiero no decir que tengo DMII	133
6.4.2 A veces hay que decirlo	136
6.5 El discurso biomédico en la construcción de significados en torno a la DMII	141
6.5.1 El personal de salud	141
Conclusiones	148
Reflexiones y consideraciones finales	150
Referencias	157
Apéndices	175
A OCDE, estudio con 25 naciones del mundo y la DMII	176
B Prevalencia de DMII	177
C México y la prevalencia de DMII de acuerdo a la entidad federativa	178
D Prevalencia de la DMII de acuerdo a edad y sexo	179
E Diabetes Mellitus tipo II y su prevalencia a nivel mundial	182
F DMII, Complicaciones y su estadística	185
G DMII y su Prevalencia en México	187
H DMII y Costos de la diabetes	189
I Antecedentes Históricos de la DMII	190
J Definición, tipos, síntomas, consecuencias, diagnóstico y tratamientos de DMII	193
K Guía de entrevista	200
L Consentimiento Informado	204

SEÑOR

Gracias por cuidarme, apoyarme y guiarme en la vida, he tenido tropiezos errado en ocasiones mi dirección, perdiéndome en el camino; sin embargo, tu mirada siempre en mí y tu bondad, me han encontrado y guiado nuevamente.

Gracias por todos los ángeles que en mi camino has puesto para acompañarme y sostenerme en los momentos de tribulación y animarme a continuar.

Gracias por permitirme seguir aprendiendo y lograr mi titulación en el Doctorado, con ello permíteme ser una mejor profesionista y sobre todo un mejor ser humano

AMEN

AGRADECIMIENTOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

En 1985 ingrese a la matrícula de la máxima casa de estudios para cursar mi bachillerato en la Escuela Nacional Preparatoria No. 5 "José Vasconcelos". En 1988 comienzo mis estudios de licenciatura en psicología en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, hoy FES Iztacala. Fui generación 89-92, en 1993 pase de ser alumna de la universidad a ser una académica de tu Facultad, y hoy concluyo mis estudios de Doctorado en Psicología.

*Gracias por abrirme las puertas de tu institución y apoyarme desde entonces para mi desarrollo profesional, académico y personal.
Soy orgullosamente Universitaria*

HONORABLE COMITÉ

*DRA. MA. ALEJANDRA SALGUERO, DRA. LAURA E. TORRES., DRA. OLIVIA TENA, DRA. MA. EMILY ITO
Y DRA. PATRICIA ORTEGA*

He sido afortunada por contar con su asesoría para este trabajo, son Dras. de gran calidad y amplios conocimientos, y sobretodo maravillosos seres humanos. Agradezco su disponibilidad, tiempo, paciencias, comprensión y apoyo que me dieron durante todo mi proceso, no solo en lo académico, sino en lo personal.

Mil gracias y por siempre mi respeto y admiración

TUTORA HONORARIA

DRA. ROSALIA VÁZQUEZ AREVALOS

No hubiera sido posible iniciar este proceso sin tu ayuda, consejo y orientación. No fuiste mi tutora oficial, pero siempre estuviste presente. Gracias por preferir la charla de café y compartir tu amistad conmigo.

GABY, ADRIANA y NADIA

GRACIAS por caminar conmigo desde hace muchos años, por su cariño, apoyo y amistad, son y serán parte muy importante de mi vida

A LAS MUJERES Y A LOS HOMBRES PARTICIPANTES

Gracias por su amable colaboración para lograr este trabajo, sus aportaciones son de una gran valía

ALEJANDRO, LAURA Y DANIEL

Mis grandes tesoros, gracias por estar conmigo en las buenas y en las malas en este proceso y durante toda mi vida. Fueron, son y serán mis principales motivos para superarme, me siento muy orgullosa y afortunada por tenerlos, así como por su apoyo para que lograra el sueño de estudiar un doctorado.

Los amo

Gracias ALBERTO por darme tanto amor y el orgullo de ser tu hija.

CANDE gracias por mostrarme el camino del trabajo, perseverancia y a darle buena cara a la adversidad.

Los estaño

Hermanos y Tíos que en cuerpo ya no están con nosotros, los tengo presente siempre en mis pensamientos y en mi corazón. Gracias por haber contribuido a mi formación como persona.

ELENA, JOSE Y SANDRA, la suerte me acompañó al tenerlos conmigo, gracias por su paciencia, por su compañía y cariño. Se los agradece de todo corazón, su hermana “lupilla”, “el oso” y “petra”.

HECTOR

Tus palabras de ánimo y apoyo siempre me han acompañado, y durante todo mi proceso de doctorado no fue la excepción. Presente en mis días de sol y en tardes de lluvia y sobre todo en los momentos de tristeza. Hoy no podía dejar de hacer estas líneas y expresarle mi gran cariño a “mi sobrino favorito”. Gracias por permitirme contar contigo.

TEOFILO

Has estado con mi familia siempre presente. Acudiste a mis S.O.S.; hemos pasado muchas cosas juntos: buenas, malas, regulares, peores y por supuesto bellas e inolvidables. Durante este proceso y en mi trabajo de investigación me has acompañado y hemos compartido experiencias, tiempo y espacio de nuestras vidas y el cariño de nuestras familias.

Gracias a los dos por ser mis confidentes, cómplices, amigos y familia

Wendy, Sandra, Sonia, Amairani, Abigail y Jennifer

Su apoyo durante este trabajo me permitió llevarlo a buen término, gracias por su colaboración y disponibilidad

Resumen

La prevalencia de diabetes mellitus (DM) en la población mexicana ha mostrado un incremento en las últimas décadas, de acuerdo con las cifras reportadas por las Encuestas Nacionales de Salud, convirtiéndose actualmente en la principal causa de muerte en nuestro país. Estas cifras también señalan que los aumentos más dramáticos se observan en la población femenina, lo cual ha generado nuevas líneas de investigación encaminadas a explorar posibles desigualdades de género vinculadas con la diabetes mellitus II (DMII) y a identificar los significados diferenciales en varones y mujeres, su relación con la adherencia al tratamiento y calidad de vida de las personas. En esta línea se ubica el presente estudio cuyo objetivo es analizar el significado que otorgan hombres y mujeres a la diabetes mellitus II, desde una perspectiva de género. Participaron de manera voluntaria 5 hombres y 6 mujeres con diagnóstico de DMII, se aplicó una entrevista semiestructurada previo consentimiento informado. Los resultados muestran discursos generales relacionados con las condiciones biomédicas de la enfermedad, producto de la información recibida por mujeres y hombres. No obstante, las experiencias, significados y respuestas ante el diagnóstico de DMII en relación con su cuidado, sexualidad y trabajo, estuvieron permeados por su condición y socialización de género. Se concluye que existen diferencias de género en cómo viven y significan la diabetes hombres y mujeres. Dentro de los hallazgos de este trabajo se encontró que los hombres se involucran por voluntad o forzadamente en su cuidado, ya que las parejas no aceptan totalmente la responsabilidad; ellos esperan ser cuidados por los otros u otras, pero que esto no los desmerezca o les haga verse débiles o pierdan su estatus en su familia. Por otro lado, las mujeres asumen que las únicas responsables de su cuidado son ellas, aunque para confirmar su relevancia en la dinámica familiar, esperan que los otros y otras (esposo, pareja, hijos, hijas, madre, etc.) se impliquen en su circunstancia y les “recuerden” que se deben de cuidar. En la actividad sexual, los hombres viven cambios y se obligan a cuidarse para no perder su virilidad; mientras que las mujeres no reportan ningún cambio, solo cansancio el cual no es identificado como consecuencia de la DMII, siendo su actividad sexual más receptiva y pasiva. En el ámbito laboral, los participantes identifican ganancias secundarias como consideraciones, permisos, entre otras, principalmente los hombres; mientras que las mujeres aun cuando en un caso se menciona recibir mimos y cuidados, se identificó que llegan a recibir presiones y agresiones, pues deben demostrar que en verdad están enfermas. Tanto hombres como mujeres significan esta enfermedad como mortal, que los vulnera. Los hombres temen perder su estatus, su hombría, tener que ser vistos como “minusválidos” “que ya no sirven”, tanto en el ámbito familiar, como el laboral; mientras que las mujeres la viven como una pérdida de la posibilidad de cuidar de otros. La condición de género marca diferencias, entre los hombres y las mujeres en la forma en como significan la enfermedad y su relación con el cuidado, las cuales han puesto en desventaja a estas últimas.

PALABRAS CLAVE: género, salud, enfermedad, diabetes mellitus II, construccionismo

Abstract

Mellitus Diabetes (MD) prevalence in Mexican population has shown an increase in the past decades, according to figures reported by the National Health Survey. It has currently turned to be the first cause of death in our country. The survey also shows the most dramatic increase has been observed in feminine population, which has generated whole new lines of investigation on probable gender variations linked to Diabetes Mellitus II (DM II), and to identify differential meanings in males and females, adherence to treatment and quality of life in the population. In that order, this study has the objective of analyzing the matter, the value both male and female, give to the condition when they suffer DM II from gender perspective. 5 men and 6 women who have been diagnosed volunteered. A semi-structured survey was applied with their consent, having being previously informed. The results show general positions related to the bio-medical conditions of the disease, based on the information received by men and women. However, their experiences, meaning, and answers to their DM II diagnose in relation to the care they need, sexuality and work, were influenced by their condition and social approach. It was concluded that there are differences to each gender as in how they live and what it means to them to have DM II. Other findings in this research are that males get involved in their care by will or forced, since their partners don't fully accept their responsibility, they expect to be taken care of by their mates, but they don't want to be diminished or be seen as weak, or lose their leading role in the family. On the other hand, females assume they are the ones who have to look after themselves; however, they expect the rest of their families, (husband, kids) to get involved in the treatment, in order to maintain their relevance, and to be kept in mind, to be reminded to take care of themselves, to be pending of their follow up. As for sexual activity, men suffer changes and are forced to follow up treatment in order to continue functionality, while women don't report change, other than fatigue, which they do not relate to their new condition. Their sexual activity however, turns more receptive and passive. In the working environment, the group reports some little gains such as small considerations like absence permits, among other, mostly men. Women report these, also being even pampered, and in general the sympathy of others, but also they get aggression, and pressure, since they are made feel they have to prove they are really sick. Both male and females envision the disease as deadly, it vulnerates them. Men fear losing their status, manhood; to be seen as handicapped, that they are no longer worth anything both in the outside world and at home; while women see it as the loss of their capacity of taking care of others. Gender condition sets differences between men and women as to the way they view their condition and its relation to care, which brings the last ones to a disadvantage.

KEY WORDS: Gender, health, illness, type II Diabetes, Constructionism

INTRODUCCIÓN

A principios del siglo XX, las causas de muerte se debían principalmente a enfermedades infecciosas (tuberculosis, neumonía, gripe, difteria y trastornos derivados de la mal nutrición; entre otras). A lo largo de ese siglo, este tipo de enfermedades comenzaron a descender gracias al desarrollo de tratamientos farmacológicos, quirúrgicos y al avance en medidas preventivas tales como: la promoción de la higiene personal, la cloración de las aguas públicas, la promoción de mejores hábitos nutricionales, por citar algunas. De este modo, la población experimenta un aumento en la longevidad siendo ahora las principales causas de muerte: el cáncer, las enfermedades coronarias, el abuso de drogas, el alcohol, homicidios, suicidios, etc. que están relacionadas con el comportamiento y los estilos de vida de los individuos. En los países con alto desarrollo económico, las enfermedades crónico degenerativas, como la Diabetes mellitus, están entre las causas principales de enfermedad y muerte, y en los países en vías de desarrollo coexisten además problemas como la desnutrición, la violencia, la accidentalidad y enfermedades infectocontagiosas (Programa Nacional de Salud, 2007; Schwartzmann, 2003).

La DM, es una enfermedad compleja, con altos índices de prevalencia e incidencia, tanto en nuestro país como en todo el mundo, llegándose a considerar como una epidemia mundial. Se han tomado medidas importantes en el sector salud de diferentes países del mundo, sin embargo, en lugar de disminuir, sus índices van en aumento, evidenciándose que no es suficiente atender las condiciones biomédicas de la enfermedad, existiendo una resistencia, no solo a tomar medicamentos y llevar un control médico de su enfermedad, sino de acudir al mismo médico para ser atendidos y de reconocer el diagnóstico. Por tanto, se deben considerar otros aspectos del individuo presentes en su construcción social y cultural, es decir aspectos psicosociales que tienen que ver con su concepción y acciones en relación a su estado de salud o de su enfermedad.

A la par, a partir de mediados del siglo pasado, se da un cambio en la concepción de salud, dada la pobreza explicativa del modelo biomédico para dar cuenta de los cambios epidemiológicos de los países industrializados (Florez, 2001; Oblitas y Becoña, 2000; Martínez-Donate y Rubio, 1999). Se cuestiona el modelo biomédico y como consecuencia surge una propuesta de salud como concepto integral formado por aspectos biológicos, psicológicos y sociales dando lugar al modelo biopsicosocial de salud. Esta concepción, señala que los

factores biológicos son condiciones necesarias, pero no suficientes en el inicio de una enfermedad pues ésta es resultado de complejas interacciones entre variables psicológicas, biológicas y sociales, las cuales conjuntamente explican las variaciones que se producen en el inicio, la severidad y el curso de la misma.

Las reformulaciones del concepto de salud acuñado en los años treinta - definición de la O.M.S. de 1948, como la propia rectificación de 1984¹- ponen de manifiesto el carácter dinámico de este concepto y en sí, del mismo proceso salud-enfermedad, es decir que aun cuando la actual definición de salud implica mucho más que la ausencia de enfermedad, ambas son parte de un proceso multidimensional, donde el individuo a lo largo de su vida, se desplaza sobre un eje salud-enfermedad hasta llegar la muerte, acercándose en ocasiones a uno u a otro, según se altere o rompa el equilibrio entre factores que están permanentemente interactuando como son los biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales. En este sentido, la salud se entiende dentro de una cultura particular que influye en el modo en como ésta se experimenta. De igual manera, la enfermedad es enmarcada de acuerdo con creencias que dan forma a los síntomas de quien las sufre y dan cuenta de su ubicación social y cultural; por lo que la significación de la enfermedad y las implicaciones que cada quien tenga, tendrán características particulares, construyéndose así formas singulares de padecimiento (Conrad y Barker 2010; Kleinman, 1980). En cuanto a su estudio, la Salud, no es un concepto unidisciplinario sino que se aborda desde diversas profesiones y disciplinas cuya finalidad es ver al individuo como un ser integral y social que puede o no realizar una serie de conductas para mantener su salud o enfermar, que se encuentra inserto en diversos contextos, con una historia (sociopolítica y económica) y que es parte de una cultura, reconociéndose la importancia de conocer y comprender la forma de percibir su realidad y el mundo del otro o los otros, de acuerdo a sus particularidades socioculturales.

Por otra parte, las cuestiones de índole económica referentes al gasto del sector salud se han aumentado (principalmente en Estados Unidos), debido a que una cantidad importante de los costos del cuidado de la salud van destinados a reparar daños causados por hábitos y estilos de vida no saludables. Esto propicia gran inquietud, por lo que en la década de los 70's se

¹“La salud es la capacidad de realizar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente”.
Oficina regional para Europa de la OMS, 1984

convierte en un interés de diferentes disciplinas ocupadas de cuestiones relacionadas con la salud desde sus áreas de trabajo (clínica, experimental, social, educativa, entre otras), consolidando el surgimiento de una psicología social en el campo de la salud. Entonces, el trabajo dentro del área de la salud requiere un enfoque multidisciplinario donde desde la pedagogía, psicología, medicina (cardiología, pediatría, neurología, alergología, geriatría, ginecología, obstetricia), educación, trabajo social, sociología, antropología, nutriología, biología, así como, desde la administración de empresas, odontología, arquitectura, ingeniería, etc. dentistas, arquitectos, ingenieros, etc., en sí, todas aquellas profesiones cuya finalidad se dirige a promover el bienestar individual y social de manera inter, intra y transdisciplinaria.

En particular y de acuerdo al Programa Sectorial de Salud 2013-2018 en conexión con el Plan Nacional Desarrollo 2013-2018, en México también se reconoce la necesidad de un trabajo multidisciplinario de especialistas para mejorar la atención, ya que, de igual manera en los países desarrollados, se ha observado un cambio en la manera de enfermar y de morir. Hoy predominan las enfermedades no transmisibles (enfermedades crónico degenerativas no trasmisibles) y las lesiones accidentales e intencionales². Esta transición está íntimamente asociada al envejecimiento de la población y al creciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables (mayor tiempo de vida, pero menos calidad). La transformación de los patrones de daños a la salud impone retos en la manera de organizar y gestionar los servicios, ya que las etapas intermedias y terminales de las enfermedades actuales demandan una atención compleja, de larga duración y costosa, que exige el empleo de alta tecnología y que precisa la participación de múltiples áreas de especialidad (Córdova-Villalobos y cols., 2008; El Universal, 2009b, Franco, 2009, Programa Nacional de Salud, 2007).

En México, tres tipos de enfermedades concentran más del 33% de las muertes en mujeres y más de 26% de las muertes en hombres: la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-vasculares. Estas enfermedades comparten algunos factores de riesgo con: sobrepeso y obesidad, que afecta a 70% de la población de 20 años o más. El tabaquismo, el colesterol elevado y la hipertensión arterial, también influyen en el desarrollo de las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-

² Según estimaciones de la Dirección General de Información en Salud [DGIS] de la Secretaría de Salud, 84% de las muertes en el país se deben a enfermedades crónicas no transmisibles y lesiones, y 53% se concentran en los mayores de 65 años.

vasculares; la prevalencia en adultos mexicanos es de 21.5, 26.5 y 30.8%, respectivamente (ASIC-La Jornada, 2009, Programa Nacional de Salud, 2007; Gutiérrez-Delgado y Guajardo-Barrón, 2010).

En 1990, la diabetes mellitus aparece dentro de las 10 primeras causas de muerte, convirtiéndose en la primera en nuestros días en México (ENSANUT, 2012).

Con la finalidad de atender estas enfermedades, el gasto en salud en México se ha ido incrementado en los últimos años, de acuerdo con los indicadores de desarrollo mundial del Banco Mundial (2015), de 5.1% del PIB en 2000 a 5.9% en el 2005, y en 2010 a 6.3% (se pretendía seguir incrementándolo); sin embargo, en el 2013 decrementó al 6.2%, siendo aún insuficiente para atender las demandas de la población (El Universal, 2009a; Gómez y Ortiz, 2004; Tapen y Orcí, 2008). Por tal motivo, el Programa Nacional de Salud 2007-2012 contemplando el panorama nacional, planteó cinco grandes objetivos de política social: 1) mejorar las condiciones de salud de la población; 2) brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente; 3) reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables; 4) evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal; y 5) garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en México (Programa Nacional de Salud, 2007).

Actualmente, el Plan Nacional de Desarrollo del Gobierno de la República Mexicana 2013-2018, realiza su Programa Sectorial de Salud estableciendo seis objetivos: 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades; 2. Asegurar el acceso afectivo a servicios de salud en calidad, 3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida; 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país; 5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud y 6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de salud. Teniendo como una de sus tres estrategias transversales, la perspectiva de género en cada uno de sus objetivos.

Con base en lo anterior, la prevención y el control de las enfermedades crónico degenerativas se ha convertido en una prioridad. Dado su crecimiento y letalidad el efecto social de estas

anomalías será creciente, ya que afectan a individuos en edades productivas y representan costos elevados para la familia, la persona que la padece y el sector salud. Como resultado, contribuyen a la acentuación de la pobreza que irá en aumento, por lo que es necesario hacer algo al respecto; por ejemplo, la enfermedad que tiene un mayor impacto en la estimación del ingreso perdido, bajo cualquier escenario, es la DMII, le siguen las enfermedades cardiovasculares y la contribución de los tumores malignos, (Gutiérrez-Delgado y Guajardo-Barrón, 2010).

Conceptuar el proceso de salud-enfermedad implica abordarlo en términos de pensamientos y conductas que repercutan en beneficio o daño en éste proceso para paliar, cuidar, controlar y detecta su enfermedad; esto último es crucial pues por pena, vergüenza o desconocimiento, pueden tanto hombres como mujeres no detectar algún problema serio de salud hasta que ya es demasiado tarde.

El panorama epidemiológico en México, relacionado con la incidencia, prevalencia, morbilidad y mortalidad a causa de la DMII, es alarmante ya que estos índices van en aumento, en 1980 la prevalencia era del 6%, comparado con el que hoy en día se reporta, que es casi el doble; en este sentido esta enfermedad ha evolucionado de manera silenciosa, progresiva, irreversible y costosa; se contempla que el 10.14% de la población tienen DMII, encontrándose que, de cada 100 mil habitantes hospitalizados, 380.6 es por esta enfermedad, siendo este el registro más alto entre los 25 países del mundo que participaron en el estudio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico³ en el 2016 (OCDE). En el 2014, la prevalencia de la DMII aumento al 11% y se sigue manteniendo en el mayor índice de incidencia dentro de los miembros de la OCDE, identificándose en este año que 87 mil personas mayores de 30 fallecieron por esta causa (ODCE, 2016 en El Universal, 2016c).

En México, la Secretaria de Salud inició en el 2003, la acción de desagregación por sexos en los registros estadísticos de salud, mostrando desigualdades en los niveles de salud entre mujeres y hombres con diabetes mellitus II (DMII). Se ha podido identificar que la prevalencia de este padecimiento fue mayor en la población femenina de 1990 a la fecha; además aparece como causa de mortalidad mayor en mujeres que en hombres. Indagando en los registros se

³ Ver apéndice A.

encontró que en el 2000 fue la primera causa de muerte en mujeres, y actualmente se mantiene en la misma situación (ENSANUT, 2006, 2012). Hoy en día la prevalencia es mayor en mujeres con un 11.89% en comparación con los hombres con un 8.6% (ODCE, 2016 en El Universal, 2016c).

Los aumentos en la incidencia de la DMII han sido en mayor proporción en la población femenina, lo cual ha generado nuevas líneas de investigación encaminadas a explorar posibles desigualdades de género asociadas y a identificar los significados diferenciales en varones y mujeres con diagnóstico acerca de la DMII, en el entendido de que estos dos factores se relacionan con la adherencia al tratamiento y calidad de vida de las personas (Urbán-Reyes, Coghlan-López y Castañeda-Sánchez, 2015; Gonzales, 2015; INEGI, 2014; Guerrero-Angulo y Padierna-Luna, 2011). Esto nos lleva a analizar las diferencias entre hombres y mujeres sobre su concepción de salud, atención y cuidado, así como los elementos involucrados en el proceso salud-enfermedad.

Una manera de abordar la investigación sobre esta problemática y su proceso es la propuesta del construccionismo social con perspectiva de género, que incorpora los aspectos culturales e históricos y no sólo aspectos biológicos; argumenta que no existe una realidad independiente del sujeto, por lo que el conocimiento será una construcción entrelazada con los contextos en que se origina, donde el género en tanto construcción cultural, refleja las relaciones y actitudes en torno a la diferencia sexual, clase, raza, que producirán experiencias comunes pero también diferencias en el hecho de ser mujer o varón (Vizcarra, Chávez, y Guízar, 2009).

El presente trabajo se desarrollará de la siguiente manera: en el primer capítulo se aborda el proceso de salud-enfermedad considerando que los comportamientos ligados a la salud y a la enfermedad forman parte de un sistema de creencias que permite modificar algunos esquemas interpretativos y plantear la hipótesis de que *los significados atribuidos a la salud y la enfermedad dan razón y explican las acciones realizadas por una persona para afrontar una enfermedad o para preservar su salud, en este caso ante la DMII*. En el segundo capítulo se aborda la construcción de la realidad desde el construccionismo social con una perspectiva de género para esta investigación; en el capítulo tres se mencionan investigaciones sobre la DMII, desde diferentes aproximaciones, así como el panorama epidemiológico en México; en el capítulo cuatro se describe el planteamiento del problema, se parte de las cifras nacionales del

índice de DMII que ha llevado a ser considerada la principal causa de muerte, señalando que en la población femenina es mayor su incidencia, prevalencia y muerte. Lo anterior ha generado nuevas investigaciones encaminadas a explorar posibles desigualdades de género vinculadas con la DMII. En este mismo capítulo, se plantea la estrategia metodológica a seguir para este estudio exploratorio interpretativo. El desarrollo de este trabajo se realizó dentro del marco de la investigación cualitativa que nos permite, en su vertiente interpretativa, indagar si hay características de género vinculadas con la DMII y a identificar significados diferenciales en varones y mujeres diagnosticados con esta enfermedad, en el entendido de que aquéllos se relacionan con la adherencia al tratamiento y calidad de vida de las personas. El objetivo fue analizar los significados que otorgan hombres y mujeres a la diabetes mellitus tipo II desde una perspectiva de género. Se entrevistó a cinco hombres y seis mujeres, previo consentimiento informado. Se abordaron los siguientes ejes de análisis: familiar, trabajo y sector salud. En el capítulo 5, se presentan testimonios y su interpretación; así mismo en el capítulo 6, se discuten los resultados a la luz del marco teórico, para llegar a las reflexiones finales y conclusiones.

CAPÍTULO 1

PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

La salud y la enfermedad no son puntos extremos de una recta, ni tienen un punto límite exacto entre ellos. Salud y enfermedad son diferentes grados de adaptación de los individuos frente al medio, donde los modos y estilos de vida son influidos e influyen en la actividad de la persona como ser social. Los procesos de salud son dinámicos, incluyen dimensiones individuales, sociales y ecológicas que están en constante transformación. Por ende, las conductas relacionadas con la salud y la enfermedad se aprenden y realizan en contextos histórico-sociales, que dan contenido y significado a estos conceptos.

Battistella (2008), menciona que el ser humano nace con una determinada constitución genética y vive dentro de una sociedad de manera organizada que se transforma continuamente; en este constante cambio, el hombre y el ambiente están en la búsqueda de un equilibrio, alrededor del cual giran los conceptos de salud-enfermedad. Debido a este carácter dinámico, es más apropiado hablar del *“proceso salud-enfermedad”*. En torno del proceso salud-enfermedad, hay una configuración de ideas, valores y normas generadas y aprendidas socialmente, a su vez condicionadas por características estructurales de accesibilidad económica, cultural, jurídica, etc., que posibilitan o dificultan la adopción de hábitos saludables por parte de la población (Kornblit y Mendes, 2000).

Hablar del proceso salud-enfermedad es atender a un complejo mundo de creencias, valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados explícitamente a la salud, que interactúan permanentemente con la medicina oficial y que informan no sólo de las modalidades de gestión de la salud, sino también de la relación que el sujeto tiene con su cuerpo, con la alimentación, con los hábitos de vida, con el tiempo libre, con el conjunto de los servicios sanitarios, etcétera. En este sentido, da forma al significado que otorga a sus condiciones de salud como de su(s) enfermedad(es) que bajo este proceso de salud-enfermedad, se construye y desarrolla socialmente en cada individuo. El modelo biopsicosocial permite su abordaje integral reconociendo la interrelación entre los determinantes biológicos, psicológicos y/o sociales, donde la afectación en alguno repercute a su vez en los demás. El proceso salud-enfermedad expresa la unidad de lo “natural” y lo social en la persona, pone en evidencia que la

predisposición genética de un individuo puede ser modificada por los factores socioculturales a la hora de expresarse o no.

A partir de estas consideraciones, nos preguntamos ¿cuáles son estas prácticas que guían a las personas a construir un significado de su enfermedad que los lleva a preservar condiciones de salud?, ¿cómo vamos construyendo hombres y mujeres prácticas saludables o no?, ¿a qué atienden hombres y mujeres para prevenir o cuidarse de una enfermedad?

En este sentido, el intercambio de sentidos y significaciones enriquece los actos cotidianos, los cuales se reflejan en los índices en aumento de las enfermedades crónicas transmisibles o no, producto de las condiciones y prácticas diarias. No es suficiente evaluar y diagnosticar si se está sano o no, sino que es necesario profundizar a qué atiende(n) la(s) persona(s) para estar sano(s) o saberse enfermo(s). Aun cuando el cuidado de la salud esté fuertemente arraigado a las creencias y tradiciones culturales de los individuos, así como a prácticas y representaciones sociales, existe poca investigación al respecto (Conrad y Barker, 2010).

A continuación, se describirán las definiciones y concepciones de salud y enfermedad, para conocer sus componentes y diversidad.

1.1 Salud

De acuerdo con su etimología, "Salud" viene del latín *sanitas*, y desde el origen hace referencia a "la salud del cuerpo y del espíritu". Tener salud significa tener buen sentido (Haro, 2008, p. 18). El Diccionario de la Lengua Española define la salud como "el estado en el que un ser orgánico ejerce normalmente sus funciones" (Junta de Andalucía, 2011). Pero en general, la definición de salud era enunciada hasta mediados del siglo pasado en función de la ausencia de enfermedad. La salud y la enfermedad eran concebidos como estados contrarios en los que se puede encontrar un organismo, a partir del modelo explicativo biomédico⁴.

⁴ Descartes crea el modelo biomédico, éste es dualista, donde la mente y el cuerpo son elementos diferentes y totalmente aislados uno del otro. Se centra en el estudio y tratamiento de las enfermedades, considerando a éstas como entidades propias independientes de los pacientes. Trata de curar enfermedades con un preciso diagnóstico e indicando un tratamiento correcto según la Medicina Basada en la Evidencia, más no pacientes con enfermedades. La investigación de las causas de la enfermedad y de los procedimientos terapéuticos se concentra en las "evidencias o pruebas materiales" olvidando la compleja realidad del ser humano.

Sin embargo, hoy en día la concepción que de salud se tiene es muy variada debido a la diversidad de formaciones profesionales, contextos socioculturales, etapas de vida, etc. (Kornblit y Mendes, 2000):

- Concepciones médicas. Surgen desde el punto de vista de la medicina, como actividad profesional y se diferencian en:
 - Concepción somático-fisiológica. La salud es el bienestar del cuerpo y del organismo físico, no posee éstas alteraciones visibles.
 - Concepción psíquica de la salud. Implica el conocimiento de la estrecha interrelación entre cuerpo y psique en el organismo humano, no restringe la experiencia de salud a la orgánica únicamente, aunque se le considera que su debilidad es la atención a la subjetividad y la indeterminación de sus manifestaciones.
 - Concepción sanitaria de la salud. Su énfasis está en la salud colectiva de una población, tiene un enfoque preventivo de los problemas de diversos grupos sociales diferenciados por edad, sexo, nivel socioeconómico, etc., establecen medidas de lo que se considera saludable (norma estadística) para cada comunidad o región de un país.
- Concepciones sociales. Parten desde la perspectiva de las ciencias sociales y responden a diferentes enfoques disciplinares:
 - Concepción político-legal de la salud. La considera como un bien general que interesa a todos, tutelado por el ordenamiento jurídico de un país se convierte en un derecho exigible por los ciudadanos. Atentar contra la salud, propia o ajena, debe ser penado por el Estado, en virtud que supone un ataque a un bien que debe protegerse.
 - Concepción económica. La salud es un elemento único y costoso en el mundo desarrollado debido a la importancia que posee para la eficacia del factor humano en los procesos productivos, elemento estratégico para este proceso, por lo cual es necesario contar con una “buena salud”.
 - Concepción cultural. La salud es enunciada como un estado de aptitud para el desempeño de roles sociales, se define en consecuencia de manera

variada como numerosos son los roles en la sociedad. La definición cultural de la salud según el estado de desarrollo del país de que se trate y según cuáles sean los roles sociales que la persona debe cubrir, lleva a enunciar lo que se denomina *relatividad cultural de la salud y la enfermedad*, lo que significa que cada grupo social (por ejemplo, una nación o un grupo familiar) poseerá una definición peculiar de salud establecida de acuerdo con lo que se considera “normal” en dicho grupo, lo cual influye activamente en la forma de sentirse sano o enfermo de las personas pertenecientes a él.

- Concepción de salud ideal. Basado en un modelo bio-psico-social, supone un estado de salud no alcanzable por el ser humano en su realidad diaria; definición teórica de una situación deseable de salud. La más conocida es la definición de la Organización Mundial de la Salud de 1946⁵: “estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad”. Esta definición ha recibido críticas debido a que dicho estado de salud es imposible de alcanzar para toda una población, así como por lo subjetivo del concepto de bienestar. En 1984, la misma organización reformula su definición tratando de ser más realista y holística, como: “el alcance del que un individuo o grupo es capaz, por un lado, para realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otro lado, para cambiar o hacer frente al ambiente”. Ésta ha sido de gran utilidad y ha sido usada como guía para las actividades sanitarias que versan siempre sobre estados parciales de salud física, psíquica o social.

La concepción de salud invita a considerar niveles aceptables o inaceptables, que estarán condicionados por la situación global de cada sociedad (Conrad y Barker, 2010), es decir, “la posibilidad que tiene una persona de gozar de una armonía bio-psico-social al interrelacionarse dinámicamente en el medio en el que vive” (Kornblit y Mendes, 2000, p. 9), considerando a la persona en constante interacción con el medio ambiente físico, biológico y sociocultural, expuesta a influencias tanto favorables como desfavorables, configurando a partir de esta interacción el nivel de salud; así tendrá salud en la medida en que pueda resolver los conflictos

⁵ La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948 (<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>).

que se le plantean, considerándose como un ser activo que participa en el logro o no de su salud.

1.2 Enfermedad

En cuanto al término enfermedad, su etimología “procede del latín: *infirmitas*, y está relacionada con *Phatos*, que significa *afección* en griego” (Haro, 2008. p. 19), es decir es *una afección*.

El Diccionario de la Lengua Española define la enfermedad como "alteración más o menos grave de la salud". Como cualquier *estado donde haya un deterioro de la salud del organismo humano*. Todas las enfermedades *implican un debilitamiento del sistema natural de defensa del organismo* o de aquellos que regulan el medio interno. Incluso cuando la causa se desconoce, casi siempre se puede explicar una enfermedad en términos de los procesos fisiológicos o mentales que se alteran (Junta de Andalucía, 2011).

La concepción de enfermedad de la medicina científica responde a lógicas que se centran en síntomas, causas y terapias de enfermedades. Es así que desde el modelo médico tradicional las enfermedades son vistas como universales, independientes del tiempo y lugar; esta concepción de “enfermedad” es producto de un razonamiento puramente biológico y naturalizante; basado en un discurso y lenguaje técnico dirigido a identificar y diagnosticar a partir de las manifestaciones biológicas del cuerpo, un nombre o etiqueta (cáncer, diabetes, pulmonía, sida, síndrome metabólico, gripe, etc.). Sin embargo, este argumento hoy en día se cuestiona, gracias a las investigaciones e importantes contribuciones de la sociología médica desde donde se enfatiza que el mismo conocimiento biomédico es construido a través del tiempo, dentro de una cultura y sociedad. Por ende, el dar un nombre a una enfermedad o etiquetarla en cuanto a sus niveles de manifestación o diagnóstico biológico es necesario, pero la enfermedad debe también ser vista como una experiencia en el o los contextos de relaciones sociales cotidianas, que a su vez altera(n) el comportamiento de uno mismo. En otras palabras, todas las enfermedades se construyen socialmente en el ámbito de la experiencia, en cómo las personas llegan a entender e interpretar su enfermedad, cómo forman o reestructuran su identidad, cómo viven con y a pesar de ella, así como, por la manera de responder ante las manifestaciones sociales y médicas ante tal o cual enfermedad diagnosticada y asumida (Conrad y Barker, 2010).

Atendiendo a las consideraciones anteriores, este trabajo se concuerda con ese planteamiento según el cual además de los aspectos técnicos y “naturales” del desarrollo de la enfermedad, existen aspectos vinculados con la enfermedad que operan como símbolos y se relacionan con una amplia variedad de experiencias propias de una cultura; es decir, los conceptos comunes de enfermedad nombran entidades en el cuerpo, así como a imágenes asociadas con otros órdenes de la vida. En este sentido, se pueden mencionar cuatro aspectos del fenómeno enfermedad para el individuo (Kornblit y Mendes, 2000):

- estar enfermo: sufrir alteraciones a causa de enfermedades en el cuerpo y sus funciones
- sentirse enfermo: percibir tales modificaciones en el propio organismo
- identificar la enfermedad: basándose en los conocimientos adquiridos en su época y referidos al tema, y
- poder estar enfermo: dependiendo del tipo de enfermedad como de los roles sociales que desempeña la persona, puede la misma persona estar enferma o legitimar su enfermedad

Conrad y Barker (2010) enfatizan que “la experiencia del paciente (subjetivo) no es lo mismo que la experiencia de enfermedad (biomédico)”; pero ambas se construyen. Por ende, se debe de conocer cómo se va construyendo este proceso de salud-enfermedad subjetiva del paciente y no solo desde un punto de vista “objetivo” como se ha pretendido entender y explicar desde la medicina tradicional una enfermedad como la DMII, que se construye a partir de múltiples interacciones del individuo con su medio tanto social como ambiental, teniendo sentidos diferentes con consecuencias, en muchas ocasiones, perjudiciales para la salud, según los significados e interpretaciones que prevalecen y se conforman según la cultura, la sociedad o las mismas posibilidades económicas a las que tienen acceso de las personas que la viven.

El padecimiento es la vía por la que el hombre enfermo percibe, expresa y contiene con el proceso de enfermedad, por lo tanto, el padecer antecede al malestar. En consecuencia, el malestar requiere de la participación del discurso médico profesional para su construcción, es decir su evaluación, diagnóstico y tratamiento.

Estas formas de abordaje del proceso salud-enfermedad, hacen una separación en cuanto a formas, dimensiones, características, partes, etc. de una enfermedad para su comprensión y

explicación; considera a la persona, al organismo y sus relaciones en diferentes contextos como un todo.

Las personas sufren dolencias que, al ser percibidas, pueden llevarles a consultar al médico quien valorará y diagnosticará una enfermedad (o no), lo que por lo general dará formalidad y existencia de ésta; es decir, a partir de este discurso médico, se legitima y nombra una enfermedad, por tanto, se asume ésta y se busca una cura. De lo contrario, antes de su diagnóstico, el individuo puede no reconocer a ciencia cierta qué enfermedad tiene, solo identifica sus malestares se asume enfermo o no se le reconoce socialmente su enfermedad, requiere de ningún cuidado o consideración especial su comportamiento diario (Kornblit y Mendes, 2000; Conrad y Barker, 2010). Por ejemplo, si una mujer que ha desarrollado ya una DMII, pero aún no ha sido diagnosticada por un médico, se siente somnolienta, cansada, débil, molesta y “enferma”, puede disminuir sus actividades domésticas o tareas como madre, esposa o hija, es decir como cuidadora de los demás, lo cual puede ser interpretado por los otros, es decir por su entorno social, como que “está de/ es una floja” por no cumplir con sus “deberes de mujer”. Sin embargo, cuando ella se siente enferma, va al médico y después de un interrogatorio, una auscultación “objetiva” y una serie de estudios clínicos le diagnostican DMII, entonces la construcción social de la enfermedad toma un sentido nuevo en su entorno y en ella misma, convirtiéndose en un proceso de diversas combinaciones y sobretodo no lineal, que les da forma y sentido a sus malestares, legitimándolos o no. Otro ejemplo es cuando un varón es observado por sus familiares cercanos, como la esposa y los hijos, quienes notan que ya no ve bien, va frecuentemente al baño, de momento se pone pálido y empieza a sudar; puede ser que le comenten que lo ven mal que posiblemente esté enfermo, pero él no lo acepta o no reconoce ante ellos sentirse mal, pues para un varón estar enfermo es sinónimo de debilidad, lo cual va en contra de su rol de género masculino, de fortaleza y “aguante”. Posiblemente, la familia deba convencerlo de acudir con el médico, para que, a partir de su valoración, se diagnostique si padece o no una enfermedad. En el caso, del varón se espera que éste reconozca y otorgue un sentido a sus malestares, atribuidos ahora a una enfermedad que de acuerdo con lo que se sabe de ésta, tome sentido para él y sus familiares⁶.

⁶ El individuo rotulado como enfermo luego del diagnóstico médico, recurre a la información existente en su medio social acerca de su enfermedad y adopta un determinado modo de pensar, sentir y reaccionar frente a ella. En las reacciones de los

Hablar de enfermedad no es suficiente para su definición, hay que considerar también que difiere según su sintomatología. Se habla de enfermedades las cuales son evaluadas de manera distinta según la sociedad, la época y las características de la cultura, es decir, existe una construcción social de la o las enfermedades, que se expresa bajo un lenguaje médico-técnico, al que se le ha otorgado la facultad de legitimarlas; y por otro lado, esta construcción tiene una connotación sociocultural que además de una definición biomédica, tiene y se co-construye un significado o significados según los contextos, el género, el tiempo, la economía y las relaciones e interrelaciones que se establecen con ella. En ese sentido, lo que se reconoce como síntoma de un mal corresponde en parte a una función de la “desviación estándar” cultural e histórica de normalidad establecida por la experiencia diaria. Si una persona considera que está enferma y necesita ayuda médica, lo más seguro es que encuentre aceptación y apoyo dentro de su medio cultural, siempre que muestre síntomas que a juicio de otros (principalmente el médico) indiquen un mal, y si los interpreta del modo adecuado de acuerdo con lo que los demás esperan (Moreno-Altamirano, 2007 y Kornblit y Mendes, 2000). Para Escobar (2008), la enfermedad en ocasiones, refleja una relación de conflicto con la sociedad.

Se puede considerar que la enfermedad o la concepción que de ésta se tiene, hace referencia a una dolencia personal, pero también a una construcción social de estar enfermo, sentirse enfermo, identificar la enfermedad y poder estar enfermo dependiendo de lo que se espera de la mujer o el hombre en cuanto a su comportamiento y normas de género culturalmente asignados. Por ende, lo que la o las conductas adoptadas al respecto deben comprenderse con base en el contexto familiar, institucional y social en el que se desarrolla la persona. Las creencias sobre la enfermedad dan forma a los síntomas de quien las sufre y también dan cuenta de su ubicación social. La cultura forma parte de la naturaleza misma de la enfermedad.

La enfermedad que aquí se abordará es la DMII, que desde el discurso médico, consiste en el individuo un proceso biológico de desequilibrio (alteración, disfunción o deterioro) de órganos o sistemas entre la interacción del huésped y su ambiente; en el caso particular, la diabetes está considerada como una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, heterogénea, caracterizada por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción de insulina

pacientes, se debe considerar la representación cultural que tienen de la enfermedad, así como la actitud y conocimiento acerca de ella.

pancreática, afectando el metabolismo de los hidratos de carbono, proteínas y grasas (NOM-015-SSA2-1994) (Secretaría de Salud, 2000).

A la vez, la DMII es una enfermedad construida socialmente, no solamente desde lo biológico y en términos médicos (parte biomédico), sino también de la experiencia vivida de quien es diagnosticado con ésta, las personas que le rodean en los diversos contextos en los que se relaciona; así como por los medios de comunicación o divulgación a los que tenga acceso o estén a su disposición. Ello nos lleva a plantear que la DMII incorpora elementos a nivel social e individual. Al hablar de diabetes debemos tener presente diferentes manifestaciones de su padecer dependiendo del significado que se le otorgue; puede ser un problema para la persona diagnosticada (él o ella) en cuanto a lo que puede o no hacer; o ser vista como una maldición, una condición que afecta sus relaciones laborales, interpersonales (de pareja, padre o madre), su autoestima, las estrategias de afrontamiento, en lo emocional, en sus prácticas diarias (cambios o no en su dieta, actividad diaria, orden de prioridades o de distribución del tiempo, creencias, culpa, normalización, etc.); o hasta como una condición que le proporcionará algún tipo de ganancia secundaria que se reflejarán en la vivencia o experiencia de la persona, construyendo un significado de su enfermedad que lo puede llevar a adherirse a un tratamiento o no tomar en consideración las indicaciones sobre su propio cuidado de la salud. De ahí que el componente ideológico sea importante (Cerkoney y Hart, 1980).

Por ello, la postura a partir de la cual se desarrollará el presente trabajo considera la DMII como una enfermedad que incorpora elementos de construcción biopsicosocial, que se ha abordado desde el discurso médico con un lenguaje técnico y bajo la mirada de la biología médica como un desequilibrio metabólico, identificado a partir de una dolencia o síntomas identificados personalmente, pero también como una construcción social y cultural donde la o las conducta(s) adoptada(s) al respecto debe(n) comprenderse con base al contexto, a la familia, la(s) institución(es), cultura y sociedad en que se desarrolla la persona. Las creencias sobre la DMII darán forma a los síntomas de quien la sufre, identificando la enfermedad (basándose en los conocimientos adquiridos en su época y referidos al tema) y el poder estar enfermo (dependiendo del tipo de enfermedad cómo de los roles sociales que desempeña la persona), (Herrera, 2000). Kleinman (1988) considera que, en el caso de la DMII, es importante considerar que es tanto una enfermedad biomédicamente reconocida, como un padecimiento que ha sido

socialmente construido. En el primer caso, el autor lo designa como *disease* y hace referencia precisamente al modelo biológico, y el segundo, padecer, hace referencia al estado subjetivo percibido por el individuo, designado como *illness* donde se puede explorar las diferencias asignadas al padecimiento entre las personas que lo padecen y como la relación que establece con los otros, en diferentes contextos y a diferentes niveles, poniendo entre juego su condición “natural” de la enfermedad y su concepción de la misma ante los demás, lo que nos lleva a establecer el concepto de *sickness* a la relación entre ambos estado (biomédico y subjetivo), relación presente desde antes del diagnóstico médico, es decir, desde que se empieza a tener manifestaciones o síntomas asociados con alguna enfermedad (o varias), con una connotación social construida a partir de las interrelaciones discursivas en el entorno social en el que participa la persona que la padece (Kleinman, 1980; Moreno-Altamirano, 2007).

CAPÍTULO 2

PERSPECTIVA DE LA CONTRUCCIÓN SOCIAL DE LA REALIDAD

Para Conrad y Barker (2010), el enfoque construccionista social ha permitido hacer investigación sobre la enfermedad basada en la distinción conceptual ampliamente reconocida: “*disease*” (la condición biológica) e “*illness*” (el significado social de la condición), es decir, se enfatiza cómo el significado y la experiencia de la enfermedad están determinados por los sistemas culturales y sociales, en contraste con el modelo médico, a partir del cual se supone que las enfermedades son universales e independientes de tiempo y lugar, a pesar que su planteamiento biomédico también ha sido construido históricamente y culturalmente (Kleinman, 1988).

Al hablar de salud es necesario considerarla indisolublemente ligada a la enfermedad, y/o viceversa, estos estados se encuentran presentes en la vida del ser humano, en una escala gradual, donde existe la posibilidad de alteraciones tanto en la salud como en la enfermedad, ambas condiciones constituyen un proceso en los que el individuo trata de mantener su equilibrio entre las fuerzas biológicas, físicas, mentales y sociales que tienden a alterarlo. En este sentido, la salud y la enfermedad conforman un binomio cuyo proceso los sitúa en los extremos, pero que, no obstante, están en constante movimiento, como dos áreas entrelazadas que se acercan, se tocan y se diferencian al mismo tiempo. Es decir, no se está cien por ciento sano ni cien por ciento enfermo. En el caso de la DMII, se puede ver que aun cuando se ha diagnosticado la enfermedad, en ocasiones no se sienten enfermos aun cuando saben que ya presentan este problema metabólico, contribuyendo esto a dificultar su atención o cuidado médico y personal, así como también tienen o mantienen comportamientos de riesgo para su salud como consecuencia de un estilo de vida no saludable que acelerará y agudizará el deterioro a corto plazo del organismo provocando una condición de vida difícil, invalidez o muerte (Cerkiney y Hart, 1980).

2.1 Construccionismo social

Retomar esta concepción de salud, lleva a considerar, por un lado, que la investigación en este campo está íntimamente ligada con la enfermedad, por tanto, ambos casos no se pueden definir y abordar en aislado; y por otro, no puede solo considerarse los aspectos biológicos, ya que se debe contemplar su significado, historia, proceso y contexto. Por ende, su estudio debe hacer

énfasis en cómo los significados de los fenómenos no necesariamente son inherentes a los mismos fenómenos, sino que se desarrollan a través de la interacción en un contexto social.

La formación del pensamiento individual y social, de nuestros significados y conceptos, se puede entender como un proceso en el cual los individuos inmersos en una cultura y una sociedad damos cuenta de la realidad, de los acontecimientos y del mundo al cual se pertenece, así como a los elementos vinculados con nuestro proceso de salud- enfermedad.

Una manera de abordar el estudio sobre este proceso y en particular de la DMII, es desde el *construccionismo social*, este marco teórico conceptual incorpora los aspectos culturales e históricos (experiencia, vivencia, significación e interpretaciones subjetivas e intersubjetivas, así como contextuales y transcontextuales), y no sólo los biológicos.

El construccionismo social es un modelo epistemológico donde el conocimiento se construye tal como la realidad es construida socialmente. En este modo, las personas tienen un papel importante, pues tanto los individuos como los grupos contribuyen a la producción social de la realidad percibida y al conocimiento, es decir, construyen el significado o los significados a partir de las realidades elaboradas. El conocimiento y la forma en que se entiende éste, se abordan a partir del discurso sobre el mismo, como un artefacto -una construcción- que deriva del diálogo público, por tanto, el método dialógico permite acceder a esta información (Berger y Luckmann, 1968). De acuerdo, con Davies y Harré (1990) las prácticas discursivas son la manera en que las personas producen de forma activa las realidades sociales y psicológicas. En consecuencia, se apoya la idea de que no hay verdades sociales incontrovertibles, sino sólo relatos del mundo, relatos que nos contamos a nosotros mismos y que contamos a otros, es decir múltiples realidades. Da cuenta de un proceso intersubjetivo donde se establecen de manera implícita o explícita acuerdos (Conrad y Barker, 2010).

Berger y Luckmann (1968) sostienen que todo el conocimiento, incluyendo el sentido común (conocimiento más básico, producto de la vida diaria -realidad diaria-), se deriva y es mantenido por las interacciones sociales. Robledo-Martínez (2006, p.3) menciona, que “el estudio del ‘pensamiento ingenuo’, del ‘sentido común’ en adelante es esencial, que la identificación de la “visión del mundo” que los individuos o grupos llevan en sí y utilizan para actuar o tomar

posición, es reconocida como indispensable para entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar los determinantes de las prácticas sociales”.

Puesto que el conocimiento del sentido común es negociado por la gente, las caracterizaciones humanas, significado e instituciones sociales se presentan como parte de una realidad “objetiva”. Hoffman (1996) plantea que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje. Desde este marco, todo conocimiento evoluciona en el espacio entre las personas, en el ámbito del mundo común y corriente, y es sólo a través de la permanente conversación con sus íntimos que el individuo desarrolla un sentimiento de identidad. Los individuos por sí mismos no pueden significar nada: sus actos carecen de sentido hasta que se coordinan con los otros (Gergen, 1992).

Esta mirada teórica enfatiza cómo el significado y la experiencia de la enfermedad están determinadas por los sistemas culturales y sociales a través del tiempo, por ello no todas las enfermedades son lo mismo y los significados culturales influyen en la forma como se experimenta un padecimiento, en cómo se representa, cómo se responde socialmente a éste, así como determina la manera en que se crean, desarrollan e implementan las políticas públicas para su atención. Por ejemplo, en Cuba se contempla para todos los enfermos (con colesterol, VIH, cáncer, entre otras) algunos productos adicionales para su dieta, los cuales deberán ser proporcionados en su canasta básica de abasto, llamada popularmente “libreta de abastecimiento”, que es proporcionada por el estado a cada persona, en el caso de quien han sido diagnosticado(a) con DMII deberán registrarlo para que además de una libra de pollo, media libra de frijol y de mortadela, cinco libras de arroz, tres libras de azúcar blanca, aproximadamente $\frac{1}{4}$ de kg. de sal, cinco huevos y un paquete de espagueti al mes y un pan diario, se les dé un kilo de leche descremada, una libra de pollo más (en lugar de pescado). Asimismo, garantizarles consulta médica, medicamento, glucómetro, lancetas, tiras reactivas para su monitoreo. Aun cuando en ocasiones puede escasear estos productos y que tendrán que esperar a que los haya, está asegurado que los recibirán con la finalidad de favorecer su salud y control de la enfermedad; mientras que en México los programas de salud dan la recomendación o el médico receta (en el mejor de los casos, lo que no garantiza una buena atención médica del sector salud), pero es responsabilidad del usuario la dieta, en muchas de las ocasiones su medicamento y la habilitación de los alimentos, y por supuesto los productos

que necesitan para su cuidado y monitoreo, cómo el glucómetro y sus complementos, que cabe mencionar implican un desembolso considerable en el gasto personal y familiar. En el primer caso se puede ver que se recibe algunos otros alimentos, que al interior de las familias es un “privilegio”, mientras que en el segundo implica una carga o problema económico.

El investigar, dentro de este marco las enfermedades crónicas en general y en particular la DMII, permite abordar y analizar cómo las personas luchan para dar sentido a ésta y a sí mismo, dando a su enfermedad un significado o varios según el contexto de sus relaciones sociales, familiares, situación laboral, de su servicio de salud o cobertura del seguro de vida, dentro de sus creencias religiosas y culturales. Vivir una enfermedad crónica, como la DMII, de acuerdo con Conrad y Barker (2010) puede llevar al individuo a una reevaluación de su vida anterior y de su identidad (creando una nueva como enfermo diabético). El abordaje desde este enfoque permite dar cuenta de la experiencia subjetiva de la enfermedad, examinar sus significados personales y sociales, así como el padecerla; permite explorar como la enfermedad se maneja en el contexto social y cultural.

El cómo hablar de su experiencia o vivencia con la enfermedad, la salud o las condiciones saludables, es tomar en cuenta “que se tiene” una historia que va dando sentido hasta nuestros días de lo que es la DMII y cómo ha sido considerada, tratada y manifestada. El reconocer que esta enfermedad tiene una connotación social y cultural visibiliza y refleja la reproducción de las formas de desigualdad social existentes (por género, clase o raza) o los matices que culturalmente se otorga al padecer una enfermedad (creencias, cuidados, tradiciones, discriminación).

2.2 Perspectiva de género

En los estudios y la investigación social, se ha considerado importante el análisis de la perspectiva de género como una herramienta o dispositivo analítico que muestra cómo una construcción social y cultural, para hombres y mujeres, moldea y permea el comportamiento de las personas tanto social como individual. La perspectiva de género da cuenta de los procesos de construcción social donde la realidad no es única ni neutral, es variable y está sujeta a la intervención humana, en este sentido, el género es también una construcción social. Martínez (2005, p.7), afirma “que el género se construye culturalmente, y que desde el construccionismo

social se defiende el origen situacional de las características de género, matizando que éste no es un conjunto de rasgos en los individuos, sino una construcción que identifica las transacciones adecuadas para un sexo determinado”.

Además, a través de esta perspectiva se pretende incidir y comprender cómo se produce la discriminación de las mujeres, las diferencias de sexo y género en la vida diaria en las diferentes áreas de desarrollo de hombres y mujeres, así como para identificar, proponer y poner en práctica las vías para transformarla.

Por ende, se ha hecho uso de la perspectiva de género como bagaje conceptual que permite mostrar las diferencias culturales asignadas a los seres humanos según sean hombres o mujeres y no solamente como producto de sus diferencias biológicas.

Esta diferenciación ha tenido una connotación de desigualdad social entre hombres y mujeres producto de una construcción donde las desventajas han sido principalmente para la mujer, para lo femenino, en contraparte los privilegios y ventajas corresponden al varón, a lo masculino. Desde el siglo XVII, en la Europa occidental se tiene evidencia de los primeros aportes feministas, quienes ante todo constituyeron un movimiento social transformador de las relaciones de subordinación social de las mujeres ante una cultura patriarcal, y como consecuencia de este largo periodo de lucha, se establece la base para un punto de vista diferente, y es en los años 70 del siglo XX que como producto de investigaciones científicas en las áreas de las ciencias sociales y humanidades, se realizaron grandes aportaciones al abordaje y análisis de las problemáticas de desigualdad entre mujeres y hombres, considerándose por tanto, el género como una categoría analítica de alcance universal (Serret, 2008). Posteriormente, en los noventa las investigaciones feministas han focalizado su interés en las relaciones entre varones, mujeres, desarrollo y democracia, abordando el análisis cultural, económico, político y social de los diferentes grupos. Por tanto, los estudios de género en psicología analizan la construcción socio-cultural del género⁷, su función simbólica y las

⁷ El género se construye a través de la socialización entendida como un complejo y detallado proceso cultural de incorporación de formas de representarse, valorar y actuar en el mundo y es un proceso continuo a lo largo de la vida de cada uno (Barberá y Martínez, 2005; Keijzer, 2001; Mayobre y Caruncho, 1998).

representaciones sociales, argumentando que las experiencias diferenciales en función del sexo generan diferencias sustanciales en el modo de ser de los varones y de las mujeres.

Cada vez es más claro que género, no es sinónimo de mujer, ni tampoco de lo femenino. Actualmente, se puede definir género como “un conjunto de atributos simbólicos, sociales, políticos, económicos, jurídicos y culturales, asignados socialmente al ser hombre o ser mujer (forma de comportamiento, valores, actividades a realizar, su lugar en el mundo), que establecen roles y estereotipos de la mujer y del hombre” donde se establecen “relaciones sociales de poder entre hombres y mujeres que generan inequidad en el ámbito de la salud y de la vida en general” (Rodríguez, Robledo y Pedroso, 2010, p.11). Como construcción social y cultural de la diferencia sexual, establece un sistema tradicional de género que impone normas, roles y estereotipos de género que se reproducen a través del sistema sexo-género (Herrera, 2000; Lamas, 1996).

Las normas y roles de género hacen referencia al “deber ser” de hombres y mujeres reforzado por las costumbres, las leyes, la clase económica etc. Las expectativas que la sociedad tiene sobre los comportamientos y actitudes “aceptables” de hombres y mujeres en sus diferentes etapas de la vida son las normas o el *desiderátum* social; mientras que los roles o papeles de género son las funciones socialmente asignadas a las mujeres y a los hombres en su quehacer y desarrollo social, hacen referencia a determinadas actitudes, conductas, prácticas, costumbres, etc. que históricamente se dice debe cumplir una mujer y un hombre, que son su “responsabilidad” asignada socialmente y asumida consiente y voluntariamente o no, es decir “cosas de mujeres” (ser el ama de casa, la encargada de la limpieza, la comida, del cuidado de la familia, de los enfermos, de la reproducción y crianza de los hijos o hijas, entre otras) y “cosas de hombres” (proveedor, productivo, diestro en las reparaciones mecánicas, eléctricas, automotrices, ser protector, ser el encargado del trabajo rudo y de las cosas pesadas, fuerte, valiente, etc.). Esta serie de funciones y otras más, generan imágenes y representaciones proyectadas y prejuiciosas sobre mujeres y hombres que se comparten y reproducen en una sociedad, generándose los estereotipos de lo femenino y lo masculino, es decir, de lo que se espera de ellos socialmente, aun cuando no necesariamente se cumplan estos estereotipos de género, sin embargo sirven de modelo que repercute en el juicio y la valoración social hacia un hombre o una mujer, además de influir en la propia imagen y autoestima, que limita la

potencialidad de las personas al reforzar y estimular unos comportamientos y reprimir o castigar otros de acuerdo con nuestro sexo.

En el caso de los estereotipos asociados a la masculinidad y la feminidad encontramos que lo masculino presenta una capacidad técnica competitiva, agresiva y racional a diferencia del rol femenino, el cual se ha relacionado con la capacidad de cuidar a los demás, la pasividad, la orientación hacia las relaciones y la emotividad. Estas conductas características del rol de género se atribuyen a que las mujeres han sido educadas para desempeñarlas, fomentando en ellas conductas de cuidado a los demás, aceptación y facilidad para expresar emociones y permitirse buscar apoyo social; en caso de que no actúen de acuerdo con lo que se espera, son sancionadas o criticadas por la sociedad. A diferencia de las mujeres, en los hombres se desarrollan socialmente sus capacidades y habilidades en relación a la acción y resolución, por lo que son socializados (y en ocasiones obligados) a asumir riesgos, a ser asertivos, mostrarse calmados ante el peligro y otras actitudes similares, además de no permitir que expresen emociones o debilidad, pues ellos deberán ser fuertes e invulnerables (Chaveste, 2009). El contenido de las reglas que dirigen el establecimiento de estereotipos o roles de género corresponde a cómo, cuándo y dónde se esté, es decir, con base en la cultura de la que se trate. Por ejemplo, en nuestro país, la expresividad, la debilidad, la dependencia, la sensibilidad, la obediencia, la afectividad, la inseguridad, la ternura, la belleza y lo delicado aún corresponden en gran medida a lo femenino, asignado socialmente a las mujeres; mientras que para los hombres, lo masculino se considera posee rasgos instrumentales como la fortaleza, la independencia, el espíritu emprendedor, la dominación, la valentía, la inteligencia, además de diferenciarse jerárquicamente, donde lo masculino es valorado como superior a lo femenino, dando lugar a relaciones desiguales de poder que influyen en los comportamientos de las personas (Colín, 2013).

El género, de acuerdo con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (Rodríguez, Robledo y Pedroso, 2010), es un determinante en el cuidado y mantenimiento de la salud o de condiciones saludables ya que mujeres y hombres cumplen diferentes roles dentro de diversos contextos sociales; no obstante dicha asignación de roles y estereotipos de lo femenino y lo masculino, en gran medida aun tradicionales, no necesaria ni forzosamente se cumple hoy en día, ni son exclusivos de unas y de otros, sino que se realizan de acuerdo con

las condiciones en que vive cada mujer y cada hombre, sus necesidades, deseos y contexto sociocultural así como de sus posibilidades, oportunidades y alcances.

El conducirse o no bajo el sistema sexo-género, se reflejará en sus prácticas relacionadas con la salud-enfermedad, por ejemplo, bajo este modelo de las mujeres que deben ser cuidadoras de los demás antes que de sí mismas, no es raro que en muchas ocasiones aun cuando se les diagnostica una enfermedad como DMII, hipertensión, osteoporosis, etc. no dejan de priorizar el ocuparse de los demás y en ocasiones abandonan su tratamientos, no se ocupan de sí, mientras su propio padecimiento y deterioro orgánico le permita ser un ser para los otros, y cuando ya no pueden servir a otros viven un temor, una angustia por ya no servir, ya no ser útil para su familia. Por otro lado, cuando, no se asume la mujer como la cuidadora de los demás y se atiende y cuida, aun cuando su comportamiento es acertado y favorece una mejor condición de vida, se ve frecuentemente señalada o criticada por otros y otras, catalogándola como “mala madre”, “mala esposa”, “mala hija”, “mala hermana”, se le considera egoístas, insensibles e individualista, en ocasiones cuestionándose ellas mismas si están haciendo bien o no al preocuparse y ocuparse de ellas, de su vida, de su salud.

En el caso de los hombres, bajo este modelo tradicional de género, no es raro encontrar que de principio difícilmente acepte un diagnóstico de una enfermedad, ya que esto lo hace vulnerable, débil y corre el peligro de perder su status, autosuficiencia y virilidad; actúa temerariamente retardando su atención médica y cuidado, manteniendo o realizando conductas de riesgo, como el fumar, tomar, o incluir excesos en la alimentación. Sin embargo, aun cuando existe una gran resistencia a aceptarse enfermo, también asume en cierta medida que en caso de estarlo será responsabilidad de las y los demás cuidarlo por ser el varón, el hombre de la casa, quien merece y necesita ser cuidado, porque se considera que los hombres no saben cuidarse o cuidar de otros.

En este sentido, los comportamientos, actitudes y valoraciones de hombres y mujeres del “deber ser”, “poder ser” y lo que “se permita o le permitan o no hacer” tendrá una relación importante con sus conductas saludables o de riesgo, las enfermedades y la salud, que afectará el alcance que tienen ellos y ellas al acceso y control de recursos en la toma de decisiones para proteger su salud o condiciones saludables, o de hecho en su proceso salud enfermedad.

En particular, el análisis del proceso de salud-enfermedad desde la perspectiva de género, permite entender las diferencias de significados y significantes en la vida cotidiana de hombres y mujeres, enfatizando que éstos no son determinantes naturales, sino el producto de las relaciones que se dan entre ambos, cuestionando los estereotipos con que somos educados, abriendo la posibilidad de elaborar nuevos contenidos de socialización y relación entre los seres humanos, que aun cuando no es nada fácil, ya se está en este proceso de transformación (INMUJERES, 2008).

La perspectiva de género plantea la necesidad de solucionar los desequilibrios que existen entre mujeres y hombres a través de la redistribución equitativa de las actividades entre los sexos (tanto en lo público como en lo privado); la justa valoración de los distintos trabajos que realizan mujeres y hombres, especialmente en cuanto a la crianza de hijos e hijas, el cuidado de los enfermos y las tareas domésticas; la modificación de las estructuras sociales, los mecanismos, reglas, prácticas y valores que reproducen la desigualdad, y a través del fortalecimiento del poder de gestión y decisión de las mujeres.

En consecuencia, la investigación desde esta perspectiva incide en las creencias, roles y estereotipos de género entretejidos por la sociedad y la cultura para hombres y mujeres, los cuales, aunque se habla de cambios y transiciones, aún siguen funcionando en gran medida, siendo asumidos por voluntad o por imposición (Sau, 2005).

Es por esto, que el interés de la presente investigación se dirige también a indagar la complejidad que representa el cuidado de la salud, la enfermedad o la posibilidad de acceder a condiciones saludables, desde las diferencias de género, ya que los estereotipos sociales enfatizan las prácticas de cuidado de la salud o no en las mujeres. En contraste, los hombres son socializados a través de diversos procesos familiares, escolares, etc. para no incorporar prácticas de cuidado, sino asumir prácticas de riesgo –alcohol, drogas, etc.–, como ya se mencionó, marca a hombres y mujeres respecto al cuidado de su cuerpo y su salud, ya que ha condicionado todo un conjunto de comportamientos, prácticas, creencias y saberes con relación al cuerpo, a la enfermedad y a la salud (Uribe, 1999).

En este sentido, el actuar diario de los seres humanos es producto de diferencias socioculturales, políticas y económicas presentes que influyen a hombres y mujeres, tanto en

su forma de verse como de ver a los otros (Arraras y Garrido, 2008; Contreras, Espinosa y Esquirra, 2008). Así, por ejemplo, el cuidado de la salud durante la niñez y la manera de aprender a cuidar de ella, está a cargo de los progenitores, principalmente, a cargo de las madres. Durante esta etapa el espacio familiar es donde se va enseñando qué es ser mujer, qué es lo que hacen las mujeres y que no, así como qué es y hace un hombre a través del trato cotidiano, a través del ejemplo, las actitudes que se les permite o castiga, las tareas que se les asignan. En los niños se van gestando ideas de lo que hacen las mujeres, a partir de ver que mamá es la encargada de atender, vestir, alimentar y cuidar cuando está enfermo, de esta manera aprende que es importante para ella su cuidado, el atender su persona y no que él sea quien deba ocuparse de ello, pues ve que los hombres lo que hacen es trabajar; en el caso de caer y lastimarse debe ser fuerte y no llorar, o no quejarse por un “golpecito”. De la misma manera las niñas van aprendiendo que las mujeres se quedan en casa, hacen el quehacer, cuidan de los niños, los enfermos; las niñas ven esto “tan natural” que aprenden de ese modelo sin cuestionar, y son estimuladas al mencionar que siempre las mujeres son más sensibles, intuitivas y excelentes “seres para ver por los demás”, las niñas incorporan en sus juegos episodios de los adultos que son sus modelos, ellas ahora serán las mamás que cuidarán de su muñeca o muñeco representando a su hijo o hija, los alimentarán, llevarán a la escuela, al doctor si se enferman y aliviarán sus dolencias.

En cuanto a la salud o problemas en ésta ya en la edad adulta, por ejemplo, en los varones se considera que son en gran medida consecuencia de su manera de trabajar sin descanso y la orientación al logro (largos horarios de trabajo, muchos viajes de negocios, mayor riesgo de ser despedido en función de los resultados, etc.), implica que tienen dificultades en el cuidado de su salud por cumplir con ellas (en su rol tradicional), por lo que descuidan frecuentemente su nutrición, el ejercicio, la relajación y el manejo de estrés, aunado a ello, tienden a ignorar los síntomas y signos de cansancio o enfermedad; y al no percibir éstos, es más probable enfermar, agotarse o sufrir ataques al corazón o una muerte prematura, así como correr riesgos innecesarios, sufrir más accidentes o tener mayor éxito en caso de desear suicidarse (Hernández, 2009).

Muchos hombres niegan sus problemas de salud o físicos, pues reconocerlos o pedir ayuda está asociado con lo femenino, los avergüenza o los hace débiles (Gómez y Escobar, 2006;

Henkel, 2010). Además, las consecuencias negativas de carácter psicosocial y somático que sufren algunos hombres afectados por la tensión del rol de género masculino incluyen ira y ansiedad, abuso de drogas, conductas agresivas, circulación temeraria tras consumo de alcohol, y conductas delictivas durante la adolescencia o trastornos de personalidad antisocial (González, 2006).

Sin embargo, aun cuando las mujeres, se enfrentan a condiciones iguales o más estresantes que los hombres, a consecuencia de sus actividades tanto dentro como fuera del hogar (ámbito laboral), tienden a vivir diferentes consecuencias en su salud, como: trastornos afectivos, de ansiedad y somáticos. Las mujeres son socializadas para expresar e identificar un amplio rango de emociones, y puede que estén más entrenadas en la identificación de todo tipo de síntomas (tanto físicos, como psicológicos) cuando valoran su salud (Gómez y Escobar, 2006). Las mujeres hablan de sus problemas de salud y buscar ayuda puede influir en su tendencia a expresar sus síntomas y recibir atención (González, 2006). Padecen más enfermedades agudas, más condiciones crónicas y realizan más visitas al médico, usan más los servicios de salud y sufren más de trastornos somáticos y distrés psicológico (insomnio, nerviosismo, jaquecas, palpitaciones, mareos, pesadillas, temblores y falta de motivación) que los hombres.

Los síntomas conductuales, como la anorexia y la bulimia son más frecuentes entre las mujeres, así como el uso de tranquilizantes, antidepresivos y pastillas para dormir; en cambio los varones pueden no identificar dichos síntomas o sencillamente los afrontan de manera diferente, ya sea justificando su obsesión por el ejercicio como natural en ellos, el gusto por el alcohol o el tabaco y otras sustancias, así como no dándole importancia “porque ya pasará” (Arraras y Garrido, 2008; López y Lege, 2009). Tanto hombres y mujeres viven opresión por parte de la sociedad y por ellos mismos cuando salen de las normas establecidas de acuerdo a su sexo, cuando sus funciones o manifestaciones no corresponden al estereotipo femenino o masculino prevaleciente en un tiempo, en una cultura o comunidad, en contextos particulares. El nivel de presión a través del tiempo ha sido mayor en las mujeres por su posición social de inferioridad en la cual se había colocado lo femenino, sin embargo, aun cuando lo masculino ha colocado a los hombres en una condición de privilegios y superioridad, también le ha impuesto obligaciones, exigencias, retos que no pueden alcanzar o lograr por completo, recibiendo una

gran presión social, debido a que es cuestionado por otros, otras y ellos mismos, en cuanto a su valía, virilidad y poder.

La utilización de ciertas estrategias de afrontamiento también se ve permeada por el rol de género que se ha impuesto y asumido socialmente, que puede ser más o menos efectivas en función de ser hombre o mujer. En el caso de estas últimas, el apoyo social es la estrategia más usada, mientras que en los varones lo es la acción directa (González, 2006). Lo anterior en ocasiones lleva a relativizar las necesidades de atención médica de las mujeres (tanto por ellas mismas, como por algunos profesionales), dejando transcurrir un tiempo valioso para su atención; por otro lado, la atención inmediata a las solicitudes de los varones, aunque pronta por los profesionales de la salud, a veces es solicitada cuando ya es demasiado tarde y se encuentra en estado grave.

En una investigación de Reyes, Garrido, Torres y Ortega (2010), dentro de esta práctica social referente al cuidado, mantenimiento o atención de la salud, identifican que los varones buscan que otra persona los cuide, como los hijos e hijas, la pareja u otros. Mientras que en las mujeres son los hijos e hijas, algún otro familiar de género femenino y ellas mismas quienes asumen el cuidado, es decir la función de cuidador(es) recae frecuentemente en la figura femenina independientemente de la edad, siendo la madre, la esposa, la hija o la nuera, quien(es) se encargan de los cuidados y atenciones, y en virtud de esta tarea autoaceptada, la mujer desarrolla en ocasiones estrategias para atenderse o solicitar ayuda a diferencia de los varones que esperan ser cuidados (Gómez y Escobar, 2006; Hernández, 2006; Lozano, Ríos, Álvarez y Rodríguez, 2007).

Considerando lo anterior, es necesario abordar la salud como práctica social y las diferencias de género como un factor que va más allá de lo biológico, ya que forman parte de un proceso de construcción sociocultural adjudicados a los sexos para justificar diferencias y relaciones de opresión. La práctica social de la salud no está exenta de una búsqueda de equidad de género, la cual no significa tasas iguales de mortalidad o morbilidad para ambos sexos, sino más bien la eliminación de diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a sus oportunidades de obtener y mantener la salud, y a las probabilidades de enfermarse, sufrir discapacidad o morir prematuramente por causas prevenibles (Gómez, 2002). Además de que esta equidad es un proceso que se construye en cada uno a partir de las actividades cotidianas que justifican

nuestro actuar y para ello hombres y mujeres debemos ser sensibles para darnos cuenta y actuar en busca de ella.

Datos estadísticos del INEGI (2014), señalan que la segunda enfermedad, causa de muerte de la población mexicana, es la diabetes mellitus ya que se registraron un total de 94'029 de defunciones por ésta. Sin embargo, al desagregar el dato se encuentran algunas diferencias según el sexo en los siguientes periodos de su vida:

- De 15 a 24 años:
 - Hombres: tumores malignos, enfermedades del corazón, insuficiencia renal, malformaciones congénitas, deficiencias y anomalías cromosómicas, enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana, influenza y neumonía, epilepsia, enfermedades del hígado, enfermedades cerebrovasculares, diabetes mellitus y anemia.
 - Mujeres: tumores malignos, enfermedades del corazón, insuficiencia renal, malformaciones congénitas, deficiencias y anomalías cromosómicas, trastornos sistemáticos del tejido conjuntivo, diabetes mellitus, influenza y neumonía, enfermedades cerebrovasculares, epilepsia y enfermedades por el virus de la inmunodeficiencia humana.
- De 25 a 34 años:
 - Hombres: enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana, tumores malignos, enfermedades del corazón, enfermedades del hígado, diabetes mellitus, influenza y neumonía, insuficiencia renal, enfermedades cerebrovasculares, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, y epilepsia.
 - Mujeres: enfermedades del corazón, diabetes mellitus, enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana, influenza y neumonía, insuficiencia renal, enfermedades del hígado, enfermedades cardiovasculares, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, epilepsia y anemia.
- De 35 a 44 años:
 - Hombres: enfermedades del hígado, enfermedades del corazón; diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana, influenza y neumonía, enfermedades cerebrovasculares, insuficiencia renal, tuberculosis pulmonar y pancreatitis aguda y otras enfermedades del páncreas.

- Mujeres: tumores malignos, diabetes mellitus; enfermedades del corazón, enfermedades del hígado, influenza y neumonía, enfermedades cerebrovasculares, insuficiencia renal, enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana, trastornos sistémicos del tejido conjuntivo.
- De 45 a 64 años
 - Hombre: diabetes mellitus, enfermedades del corazón, enfermedades del hígado, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares, influenza y neumonía, insuficiencia renal, enfermedades por el virus de la inmunodeficiencia humana, enfermedades pulmonares obstructivas y tuberculosis pulmonar
 - Mujeres: diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedades del corazón, enfermedades del hígado, enfermedades cardiovasculares, influenza y neumonía, insuficiencia renal, enfermedades obstructivas crónicas, trastornos sistémicos del tejido conjuntivo y hepatitis viral.
- De 65 en adelante:
 - Hombres: enfermedades del corazón, diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, enfermedades del hígado, influenza y neumonía, insuficiencia renal, bronquitis crónica y la no específica, anemia.
 - Mujeres: enfermedades del corazón diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, influenza y neumonía, enfermedades del hígado, insuficiencia renal, bronquitis crónica y no especificadas y anemia.

Como se muestra, no son tan diferentes las causas de muerte de hombres y mujeres, varían principalmente por el orden como se presentan más que por el tipo de la enfermedad; no obstante, una diferencia importante es el número de defunciones según el sexo, en el caso de los hombres se contabilizaron un total de 45'753 muertes, mientras que en las mujeres 48'226 por DM. Identificándose que es mayor el número de mujeres que mueren a causa de esta enfermedad.

Estos datos invitan a cuestionar, el por qué o a qué se deben las diferencias en las tasas de mortalidad de hombres y mujeres; así como los sesgos que se presentan en la concepción, manifestación y significado de la enfermedad o las condiciones y servicios de salud por condiciones de género y estereotipos. La OMS (2012) considera necesario el abordaje de la salud con perspectiva de género, ya que esta perspectiva permite indagar y reconocer el impacto del género en el estado y en los determinantes de la salud para hombres y mujeres, las posibilidades y obstáculos de acceso a los servicios de salud, el impacto de las políticas y programas de salud, así como identificar la distribución del poder y remuneración del trabajo en el sector salud. Los riesgos de la salud o la enfermedad, cobran sentido de acuerdo con quien lo padezca, ya sea hombre o mujer.

Desde la perspectiva de género, se pueden y debe identificar: los riesgos en el tipo de actividades, funciones y patrones de comportamiento esperados y muchas veces exigidos para los que consideramos masculinos o femeninos; la influencia del género en la percepción de los síntomas de la enfermedad; las diferencias en la búsqueda de atención médica entre mujeres y hombres en la manera de asumirse o no enfermo/a y de cuidado. Por lo tanto, se considera una herramienta indispensable para la investigación y análisis del proceso salud enfermedad en pacientes con DMII, ya que refleja una diferencia en los índices de fallecimientos, siendo mayor en mujeres que en hombres, evidenciando una desigualdad que se manifiesta en su historia y vida cotidiana, con implicaciones en sus relaciones personales, laborales, sociales y en todos los ámbitos de su vida, en especial la salud resulta un claro exponente de esta desigualdad de género en un escenario complejo de condicionantes biológicas y socioculturales del estado de salud de la población (Rodríguez, Robledo y Pedroso, 2010).

En síntesis y con base en lo anterior, el planteamiento teórico del construccionismo social desde una perspectiva de género inciden en que no hay una realidad independiente del sujeto, ni única, que ésta se va construyendo y co-construyendo de una manera compleja y entrelazada en los diferentes contextos de desarrollo de las personas, dentro de una cultura y un tiempo; donde no todos son vistos y valorados por igual, en este sentido hombres y mujeres son medidos con parámetros diferentes, consecuencia de una construcción social y cultural que establece normas, roles y estereotipos de género que se reproduce en diferente medida un sistema sexo-género. Dar cuenta de estas diferencias de construidas socialmente ha sido

posible gracias al esfuerzo y lucha por una perspectiva de género que ha permitido visibilizar cómo las diferencias se han convertido en condiciones de desigualdad tanto para mujeres como para hombres, prevaleciendo una desventaja para las mujeres, tanto con intención o por omisión, que repercute en sus diferentes espacios de vida como el familiar, laboral, de salud, etc. Bajo esta perspectiva hemos construido lo que ahora somos, como hombres y mujeres, dentro de diferentes contextos y que puede afectar, no solo nuestras relaciones interpersonales y sociales, sino también de salud, al naturalizar las desigualdades. Por ende, la transformación de estas normas, roles y estereotipos es una tarea difícil, pero la cual ya está en marcha, buscando reconstruirnos como seres humanos diferentes, pero valiosos por igual, con las mismas posibilidades de desarrollo, cuidado y atención. El trabajo desde la perspectiva de género implica cuestionar estas prácticas naturalizadas, reflexionar y proponer alternativas de cambio.

2.2.1 La Diabetes mellitus tipo II desde el construccionismo social con perspectiva de género

Esta investigación retoma como propuesta conceptual el construccionismo social y la perspectiva de género para el análisis de la construcción del significado que hombres y mujeres le atribuyen al proceso salud-enfermedad de la Diabetes Mellitus II, así como identificar aquellas diferencias que pueden traducirse en desigualdades en sus prácticas de cuidado, teniendo consecuencias tanto biomédicas como psicosociales en la atención de la salud y en el mantenimiento de la enfermedad (Rodríguez y García, 2011; Santana, 2010; Conrad y Barker, 2010; Berger y Luckmann, 2008; Blázquez, 2011). Su relevancia en México, se debe a que es una de las principales causas de muerte directa o indirecta y que el índice de incidencia y prevalencia va en aumento, situación que se presenta a nivel mundial, considerándose un serio problema de salud. Aunado a ello, se ha visto la necesidad de abordar el desarrollo, mantenimiento, control y complicaciones de la DMII, desde una mirada de género se identificó, gracias a los datos desagregados por sexo, que es una de las principales causas de muerte en las mujeres, siendo mayor el número de defunciones, diferencia que puede estar reflejando condiciones de desigualdad, donde las mujeres siguen siendo más afectadas. Esto ha despertado un interés por abordar esta problemática, pues aun cuando se trate de una misma enfermedad, ésta se vive diferente, se debe tener presente que la salud así como el desarrollo, mantenimiento, control o no de la DMII es diferente en hombres y mujeres por los factores

biológicos que determinan el funcionamiento y el riesgo de enfermar de unos y otras, sin embargo, existe evidencia, de que se ha manifestado desigual porque las normas y valores sociales asignan espacios y roles diferenciados a hombres y mujeres, condicionando sus experiencias vitales y su salud. En este sentido habría que distinguir si estas diferencias se deben a la expresión de riesgos dispares ligados al sexo y/o relacionados con desigualdades de género, en ese sentido, esta desigualdad no es natural, sino construida y mantenida socialmente, lo cual tiene implicaciones en la salud, por ende se convierte en una prioridad profundizar en las causas de estas diferencias incluyendo en los estudios indicadores que incorporen la perspectiva de género (Sardín, Espelt, Escolar-Pujolar, Arreola y Larrañaga, 2011; Rodríguez, Robledo, y Pedroso, 2010).

Aniorte (2011), enfatiza que hay que enfocar el abordaje de las enfermedades bajo una dialéctica de las relaciones entre lo biológico y el medio social, hacerlo desde un perspectiva de género enriquece los marcos teóricos explicativos del proceso salud - enfermedad que evidencia diferencias entre hombres y mujeres en: necesidades especiales de atención; riesgos específicos ligados a actividades o tareas definidas como masculinas o femeninas; percepciones de enfermedad; conductas de búsqueda de atención; grado de acceso y de control ejercido por las personas sobre los recursos básicos para la protección de la salud y a nivel macrosocial, prioridades en la distribución de recursos públicos con destino a la provisión de medios y cuidados para la salud, y agregaría indagar sobre la significación y resignificación de una enfermedad como la DMII.

CAPÍTULO 3

INVESTIGACIONES SOBRE DIABETES MELLITUS II, DIFERENTES APROXIMACIONES

Los factores sociales y ambientales son determinantes de las condiciones y características del desarrollo del individuo y/o la sociedad. El tiempo, la interacción, el conocimiento, los intereses, la información, historia, la cultura, así mismo la economía, se van entrelazando y resaltando aspectos diferentes a considerar de un fenómeno, una circunstancia, una experiencia, etcétera, ante lo cual se actúa o responde, reflejándose en sus relaciones interpersonales y estilos de vida, la calidad o condiciones de salud.

La pérdida de una “buena” calidad de vida saludable, se debe en gran medida al sedentarismo, alimentación desbalanceada o alta en grasas y harinas, el ritmo de vida acelerado y estresante, la inestabilidad económica, el estrés, las demandas sociales e individuales a las que hay que responder (Vinaccia y cols. 2006).

En el desarrollo de la DMII, podemos identificar el énfasis en dos dominios de estudio. El primero el biomédico, se centra en el estudio del aspecto biológico y epidemiológico de la enfermedad, identificando su génesis biológica, la incidencia y prevalencia, sus complicaciones y relación o combinación con otras enfermedades con la mortalidad y estudiando el efecto de fármacos, el balance nutricional de los alimentos y la actividad física sobre el cuerpo, considerando como influyen en los síntomas de la enfermedad a este nivel del organismo.

El segundo dominio, el psicosocial, incluye las diferencias que se presentan en las interacciones sociales que se construyen a lo largo de la historia tanto cultural como personal, es decir, la significación de la enfermedad, del cuidado, el género, edad, estado civil, actividad laboral, como aspectos sociales que influyen en el desarrollo, mantenimiento y control de la enfermedad o de la salud.

Ambos dominios han sido contruidos sociohistóricamente, incorporando en ambos casos elementos que definen, caracterizan, miden, alteran o controlan la DMII identificando diferentes aspectos y condiciones según el individuo, su contexto y su historia.

De acuerdo a las investigaciones revisadas sobre el tema, encontramos el énfasis en los aspectos biológicos o biomédicos, indagando también en los psicosociales, evidenciándose que no es una enfermedad unidimensional, sino formada por múltiples factores que se influyen mutuamente, generando en ocasiones conductas circulares de influencia que pueden dar por un lado un círculo vicioso, donde por ejemplo, un aspecto social (problemas de pareja) repercute en un aspecto biológico, altos niveles de glucosa, que repercuten en una disfunción eréctil y a su vez esto agudiza los problemas sexuales de pareja.

El abordaje como mencionamos se ha visto predominantemente trabajado por la medicina, pero no es la única ciencia que lo ha hecho dadas sus características multidimensionales, otras disciplinas han dirigido sus esfuerzos a su investigación, explicación y propuestas de intervención, como la psicología, la antropología, enfermería, socio medicina, entre otras.

Considerando esta diversidad de abordajes, a continuación, se describirán algunos estudios que se han reportado del 2000 al 2015, identificando en un primer momento el tema central y posteriormente, desde qué disciplina se aborda, así como las variables de investigación.

3.1 Estudios con énfasis en la epidemiología

Desde este enfoque de investigación encontramos que los trabajos se centran en aspectos relacionados con la distribución y con los factores determinantes de la DMII, así como factores relacionados con la salud y el control de la enfermedad (OMS, 2016). Dentro de los estudios epidemiológicos, encontramos los que parten de la disciplina médica como los reportados de México, uno de Hernández, Ávila, Gutiérrez y Reynoso-Noveron (2013) y otro de Vázquez-Martínez, Mercadillo-Pérez y Celis-Quintal (2011) y uno en España, realizado por Sardín, Espelt, Escolar-Pujolar, Arreola y Larrañaga, (2011), quienes coinciden en que la DMII es un problema nacional y mundial, en ambos países, considerándose una epidemia. Se menciona que es importante abordar esta enfermedad diferenciando sus características por sexo, tanto biológicas como de género, ya que reportan diferencias en su índice de incidencia, prevalencia, morbilidad y mortalidad. En algunos estados el dato estadístico es similar entre hombres y mujeres, pero en general es mayor el índice de mortalidad en mujeres; se observa que existe

una estrecha relación con estilos de vida sedentarios, dieta alta en grasas y carbohidratos, y con factores de estrés y emocionales.

También se encuentran reportes desde la Psicología como el de Rodríguez y García, (2011) en México, quienes mencionan que como es alta la incidencia proponen un modelo de intervención y un estudio que combina ambos enfoques, que es el estudio de Loo (2009) en México, quien coincide con los autores anteriores y señala que además es un problema que afecta a las personas en edad productiva, principalmente, entre los 40 y 60 años, estando más de la mitad de los afectados entre los 20 y 60 años, y que México se encuentra entre los 10 primeros países con alto número de casos. (Ver tabla 1).

Tabla 1. Artículos que abordan la DMII a partir de su epidemiología						
Disciplina	País	Autores	Análisis de Población	Perspectiva Teórica	Objetivo, Estrategia y Técnica Metodológica	Resultados generales
Médica	México	Hernández-Ávila, Gutiérrez y Reynoso-Noverón (2013)	Diferencias por sexo	Descripción de información	Objetivo: Estimar la magnitud del reto de la diabetes en México y presentar propuestas de políticas públicas para su atención. Análisis descriptivo de la información sobre diagnóstico previo de diabetes en adultos y adolescentes, de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012).	En México, 9.17% de los adultos han recibido un diagnóstico de diabetes, con resultados heterogéneos entre estados: de 5.6% en Chiapas a 12.3% en el Distrito Federal. Del total de diabéticos, 46.95% reportó también diagnóstico de hipertensión, 4.47% antecedente de infarto del corazón y 54.46%, antecedentes familiares de diabetes. De los adolescentes, 0.68% ha sido ya diagnosticado con diabetes. La gravedad de la epidemia de diabetes, así como el hecho de que se trata de una enfermedad prevenible, llama a fortalecer las estrategias para hacerle frente. El impacto que tiene sobre la calidad de vida de las personas que la padecen la convierte en un área prioritaria para el sector salud.

		Vázquez-Martínez, Mercadillo-Pérez y Celis-Quintal (2011)	Diferencias por sexo	Descripción de información	<p>Objetivo: Mostrar el comportamiento de la demanda de atención por DM en la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo 2005 a 2009, registrados; además de medir el número de pacientes atendidos y la prevalencia de obesidad en este grupo para el año 2009.</p> <p>Estudio descriptivo.</p> <p>Análisis de registros de Unidad de primer nivel.</p> <p>Análisis de bases de datos en un periodo de 10 años (22 artículos). Información sobre los motivos de demanda de consulta de 2005 a 2009 para DMII.</p>	<p>La DMII en el primer nivel de atención tiene una tendencia creciente. Destaca la mayor demanda por el sexo femenino, en particular las consultas subsecuentes.</p> <p>Sin embargo, en las de primera vez, aunque de menor magnitud, la razón entre ambos sexos tiende a disminuir. Por sexo, el femenino es el más afectado y el que más demanda atención médica.</p> <p>Con el propósito de tener una atención anticipada dirigida a prevenir la aparición de complicaciones agudas y crónicas, lograr un mejor control metabólico y mejorar la calidad de vida de estos pacientes, sería deseable propiciar que los derechohabientes masculinos diabéticos incrementaran su asistencia y frecuencia a la consulta de medicina familiar, en particular a las consultas de seguimiento.</p> <p>La frecuencia de sobrepeso y obesidad resulta un obstáculo en el control de los pacientes con DMII, más aún si consideramos que no existe una reducción en el peso del paciente. Resulta necesario realizar análisis longitudinales acerca del comportamiento del peso de los pacientes a corto plazo (menos de un año).</p>
--	--	---	----------------------	----------------------------	---	--

	España	<i>Sardín, Espelt, Escolar-Pujolar, Arreola y Larrañaga (2011)</i>	Diferencias género/sexo	Descripción de información	<p>Objetivo: Sintetizar los estudios que presentan desigualdades de sexo respecto a la prevalencia, incidencia, complicaciones y mortalidad en la DMII en España.</p> <p>Se realizó una búsqueda sistemática en la base de datos de PubMed de la Librería Nacional de Medicina de Estados Unidos y en Elsevier.</p> <p>Se acotó la búsqueda a los artículos sobre DMII que estaban publicados entre enero de 1999 y diciembre de 2009, en inglés o español.</p> <p>Se incluyeron los artículos que presentaban entre sus objetivos analizar tres temáticas principales: «prevalencia e incidencia», «control y complicaciones» y «mortalidad».</p>	<p>De los 22 artículos encontrados, 6 demostraban diferencias significativas en cuanto a prevalencia, 8 en cuanto al control y las complicaciones, y 8 respecto a la mortalidad. En la mayoría de los artículos no se distinguían los efectos atribuibles a factores biológicos ligados al sexo de los atribuibles a factores relacionados con el género.</p> <p>A pesar de que hay diferentes resultados en salud entre hombres y mujeres con DMII, las desigualdades de género no están suficientemente explicadas en los artículos en los que hay diferencias significativas por sexo. Los datos generales indican que la DMII tiene un gran impacto en la salud de las poblaciones y que ésta afecta de manera diferente a varones y mujeres. Se debe tener presente que la salud de varones y mujeres es diferente y es desigual; diferente por los factores biológicos que determinan el funcionamiento y el riesgo de enfermar de unos y otras, y desigual porque las normas y valores sociales asignan espacios y roles diferenciados a hombres y mujeres, condicionando sus experiencias vitales y su salud, por tanto habría que distinguir si estas diferencias son debidas a la expresión de riesgos dispares ligados al sexo y/o relacionados con desigualdades de género.</p> <p>Pocos estudios publicados en revistas de impacto mencionan el término «género», incluso hay estudios que no contemplan la variable sexo en el análisis, lo que en sí puede suponer una desigualdad, ya que los resultados de las posibles complicaciones a largo plazo, así como la mortalidad, se sabe que son diferentes entre hombres y mujeres y que pueden o están relacionados con la división sexual del trabajo, expectativas de rol, posición e identidad social de género. En relación a la DMII, se encontró estudios en los que se incluye el término «género», pero rara vez se analizan los datos desde este.</p> <p>Sobre los datos e información de los trabajos revisados sitúa a las mujeres en una peor situación que a los hombres; cuanto más baja es la posición socioeconómica, mayor es la probabilidad de presentar DMII, peor el control de la enfermedad y mayor la frecuencia de complicaciones.</p> <p>Hay mayor prevalencia de factores de riesgo, como la obesidad o el sedentarismo, entre las mujeres de baja posición socioeconómica explicaría, en parte, estas desigualdades. A estos factores de riesgo habría que añadir los psicosociales y las condiciones de vida (construcción subjetiva de la enfermedad, inserción laboral, estrés o manejo de los vínculos, entre otros), que han sido escasamente estudiados, especialmente desde un enfoque de género de una manera real, haciendo referencia a los estereotipos, roles sociales, condición y posición adquirida, comportamientos, actividades y atributos apropiados que cada sociedad en particular construye y asigna a hombres y mujeres.</p> <p>Para profundizar en las causas de estas diferencias, sería necesario incluir en los estudios indicadores que incorporen la perspectiva de género.</p>
--	---------------	--	-------------------------	----------------------------	--	--

<p style="text-align: center;">Psicología</p>	<p style="text-align: center;">México</p>	<p style="text-align: center;"><i>Rodríguez y García (2011)</i></p>	<p style="text-align: center;">Ambos</p>	<p style="text-align: center;">Modelo Psicológico de la Salud Biológica propuesto por Ribes. Perspectiva Interconductual</p>	<p>Objetivo: Abordar la prevención de la diabetes desde el modelo Psicológico de la Salud Biológica de Emilio Ribes basado en el modelo interconductual de Kantor. Se describen los elementos pertinentes a la diabetes y se proponen lineamientos generales que permitirían el diseño de estrategias eficaces para lograr que los pacientes tengan las competencias que les permitan adherirse a la dieta y así, controlar su enfermedad.</p>	<p>Ribes (1990) menciona que existen cuatro formas de competencias disponibles, que para identificarlas se deben tomar en cuenta los siguientes elementos: a) los requerimientos de la situación; b) los factores que definen el contexto de la interacción y que son identificables con las características de la situación; c) las formas de respuesta del individuo; y d) los efectos de su interacción, en términos de logro o satisfacción de la demanda presentada, así como efectos sobre el propio comportamiento. Éstas configuran conductas instrumentales preventivas eficaces, que derivan en los siguientes tipos de saber hacer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Saber qué tiene que hacerse, en qué circunstancias tiene que hacerse, cómo decirlo y cómo reconocerlo. 2. Saber cómo hacerlo, haberlo hecho antes, o haberlo practicado. 3. Saber por qué tiene que hacerse o no (sus efectos), y reconocer si se tiende o no a hacerlo. 4. Saber cómo reconocer la oportunidad de hacerlo y no hacerlo. 5. Saber hacer otras cosas en dicha circunstancia, o saber hacer lo mismo de otra manera. <p>Se subrayan tres aspectos: las conductas instrumentales cuyos efectos no son inmediatos son las más difíciles de alterar; las conductas de riesgo y las preventivas no son necesariamente simétricas y dada la complejidad de estas conductas, lo más probable es que el éxito para abandonar este tipo de prácticas de riesgo instrumentales dependa de que las personas posean competencias de carácter extrasituacional.</p>
<p style="text-align: center;">Médica psicológica</p>	<p style="text-align: center;">México</p>	<p style="text-align: center;"><i>Loo (2009)</i></p>	<p style="text-align: center;">Ambos</p>	<p style="text-align: center;">Descripción de información</p>	<p>Objetivo: Presentar un panorama epidemiológico de la diabetes en México. Análisis estadístico, características, síntomas y propuestas.</p>	<p>La diabetes cobra cuatro millones de vidas al año, y es una de las principales causas de ceguera, disfunciones renales, infartos, apoplejías y amputaciones.</p> <p>La Federación Mexicana de Diabetes identifica que: El grupo de edad con más muertes por DMII se ubica entre los 40 y 55 años. Sin embargo, actualmente más de la mitad de los afectados tienen entre 20 y 60 años.</p> <p>Se estima que para el 2013 habrá 435 millones de personas con DMII continua el incremento de casos como se está presentando hoy en día.</p> <p>Se trata de la tercera causa de defunción después de las enfermedades del corazón y los tumores malignos. La edad promedio de fallecimiento es de 66 años.</p> <p>Es la tercera causa de decesos en edad productiva y la segunda en edad post productiva.</p> <p>La diabetes afecta a siete por ciento de la población mundial adulta y, en total, a alrededor de 285 millones de personas.</p> <p>México se encuentra entre los 10 países con mayor número de casos.</p>

Datos de algunos artículos encontrados del 2000 al 2015 que han trabajado datos epidemiológicos de la DMII.

En resumen, los aspectos epidemiológicos respecto a la DMII son alarmantes, ya que es una enfermedad considerada epidemia a nivel mundial por la OMS (2012), y que en particular el

caso de México cobra gran número de vidas y genera el deterioro de la misma, tanto para los hombres como para las mujeres, así como en sus relaciones interpersonales, afectando en edad productiva y en jóvenes y niños; enfermedad que antes se consideraba de personas mayores. Es importante señalar que se vincula con obesidad, la cual también a nivel mundial y nacional se está incrementando generándose mayor predisposición a la DMII y todas sus consecuencias.

3.2 Estudios con énfasis e a calidad y estilo de vida

En relación a la calidad y estilo de vida, encontramos que se entiende por estilo de vida la forma en que se organizan cotidianamente las actividades de los individuos y por calidad de vida la percepción de “bienestar”, tanto de aspectos objetivos como subjetivos; en relación a la DMII encontramos ocho artículos que trabajan como tema principal aspectos relacionados con éste.

En un primer acercamiento desde una disciplina médica encontramos en México dos trabajos, Urbán-Reyes, Coghlan-López y Castañeda-Sánchez (2015), donde evalúan la relación entre estilo de vida y control glucémico encontrando que el rango de edad más descontrolado corresponde a menores de 40 años y que predomina un estilo de vida como favorable. Sin embargo, hubo una correlación débil entre el estilo de vida y el control glucémico. En otro estudio realizado por Romero-Márquez, Díaz-Veja y Romero-Zepeda, (2011), quienes identifican que los estilos de vida tienen relación con aspectos psicológicos, sociales y biológicos, viendo sus repercusiones en su estado físico y en sus relaciones sociales, en la comunicación y en la sexualidad. También en Argentina, Tolosa, Candiotti y D'Alessandro, (2012) hallaron un gran número de mujeres con obesidad entre los 18 y 59 años, a diferencia de los varones en quienes predominó el sobrepeso y encontraron una correlación entre el exceso de peso y un estilo de vida inadecuado, esto en personas con DMII.

Desde la Psicología, en México Balcázar, Gurrola, Bonilla, Colín y Esquivel, (2008) mencionan de existe una dificultad para la adherencia terapéutica, además de que el estilo de vida es inadecuado y que la enfermedad es emocional y físicamente negativa, generando círculos viciosos entre la enfermedad y el estilo de vida; otro estudio de México es el de Riveros, Cortazar-Palapa, Alcazar y Sánchez-Sosa, (2005) quienes probaron la eficacia de la

intervención cognitivo conductual en personas con DMII identificando que pueden mejorar su calidad de vida, disminuir sus síntomas y mejorar los niveles de glucosa y presión arterial.

Desde la Sociología Médica, en México Salcedo-Rocha, García de Alba-García, Frayre-Torres y López-Coutino (2008), encontraron que las mujeres con DMII presentan desventajas sociales, deterioro en la salud, pérdida de autocuidado, siendo más vulnerables a las consecuencias negativas de la enfermedad.

Otra disciplina que también ha investigado sobre la calidad y estilo de vida, es la enfermería, en la cual en México encontramos a Cantú (2014), quien detectó una correlación negativa entre estilo de vida y prácticas alimenticias, actividad física, consumo de alguna droga, información de la enfermedad e inestabilidad emocional y la enfermedad, es decir, a mayor descontrol de la enfermedad, menor calidad de vida. También en Colombia, encontramos a Bautista y Zambrano, (2015), quienes a pesar de mencionar que no hay diferencias significativas respecto al género (sexo), identificaron que las mujeres viudas, divorciadas y solteras tienen mayor deterioro en cuando a la calidad de vida, siendo las más afectadas por la enfermedad; también identifica que la educación y el manejo de la información influyen en su autocuidado. (Ver tabla 2).

Tabla 2. Artículos que abordan la DMII a partir de Calidad y estilo de vida

Disciplina	País	Autores	Análisis de Publicación	Perspectiva Teórica	Objetivo, Estrategia y Técnica Metodológica	Resultados generales
Médica	México	Urbán-Reyes, Coghlan-López y Castañeda-Sánchez (2015)	Ambos	Valoración Médica y descripción de resultados del Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos (IMEVID)	<p>Objetivo: Evaluar y determinar la relación entre el estilo vida y el control glucémico en pacientes portadores de DM II.</p> <p>Variable independiente estilo de vida.</p> <p>Variable dependiente Calidad de vida.</p> <p>Estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo y abierto.</p> <p>Se aplicó el instrumento IMEVID Y Se realizó la prueba de hemoglobina glucosilada.</p>	<p>El mayor porcentaje de pacientes descontrolados pertenecen al grupo de menores de 40 años. Además de acuerdo a los resultados del IMEVID, predominaron los estilos de vida poco favorables. En relación al objetivo se encontró una correlación débil entre estilo de vida y el control glucémico.</p>
		Romero-Márquez, Díaz-Veja y Romero-Zepeda (2011)	Ambos	Educación para la Salud Trabajo Multidisciplinario que incide en las esferas Psicológica, Social y Ambiental (médicos, personal de enfermería, nutrición y trabajador social, psicólogos)	<p>Objetivo: Medir el nivel de calidad de vida relacionada con la salud de pacientes portadores de DMII.</p> <p>Variable independiente estilo de vida.</p> <p>Variabes dependientes: Calidad de vida, edad, estrato socioeconómico y años de evolución de la DMII.</p> <p>Estudio transversal, observacional y de asociación.</p> <p>Se aplicaron 4 instrumentos: Ficha de identificación, Encuesta sociodemográfica.</p> <p>Test IMEVID y Test WHOQOL-100</p>	<p>Se identificó que los participantes con DMII perciben un deterioro en su calidad de vida relacionada con su salud.</p> <p>Los dominios de calidad de vida mayormente afectados corresponden a las esferas psicológica, social y ambiental.</p> <p>La calidad de vida relacionada con su salud reportó afectada especialmente en el área de las repercusiones físicas las relaciones sociales sobresaliendo los problemas personales por falta de comunicación con la pareja, que acentúan los problemas en el ámbito sexual (disfunción y pérdida del interés sexual). Se concluye que los estilos de vida que afectan la calidad de vida de los pacientes con DMII corresponden a la actividad física, la autoestima y el apego al tratamiento médico. Se sugiere abordar este problema de salud desde un punto de vista integral y multidisciplinario. Proponiendo alternativas y nuevas políticas públicas organizadas y socialmente aceptables.</p>

	Argentina	<i>Tolosa, Candiotti y D'Alessandro (2012)</i>	Ambos	Perspectiva médica	<p>Objetivo: Establecer la relación entre el estilo de vida y el estado nutricional en pacientes con DM2 Estudio transversal.</p> <p>Variable Independiente Estilo de vida</p> <p>Se aplicó el test IMEVID</p> <p>El estado nutricional se obtuvo midiendo el índice de masa corporal (IMC) y se clasificó el estado nutricional de acuerdo al criterio diagnóstico de la OMS.</p>	<p>Se hallaron mayor número de casos de obesidad tipo I en mujeres y entre las personas entre 18 y 59 años. En los hombres y en las personas mayores a los 60 años predominó el sobrepeso. La mayoría de los participantes tuvieron un estilo de vida inadecuado.</p> <p>Se confirmó que existe una relación positiva entre el estilo de vida inadecuado y el exceso de peso corporal en pacientes con DMII.</p> <p>Se identificó que la posibilidad de presentar exceso de peso en individuos con DMII con un estilo de vida inadecuado fue cinco veces mayor en comparación con las personas con un estilo de vida adecuado.</p>
Psicología	México	<i>Balcázar, Gurrula, Bonilla, Colín y Esquivel (2008)</i>	Ambos	No específica perspectiva teórica	<p>Objetivo: describir el estilo de vida de una muestra de personas diagnosticadas con DMII.</p> <p>Transversal, descriptivo, con un diseño de un solo grupo y una sola medición.</p> <p>Se aplicó el test IMEVID.</p>	<p>Se discutió sobre sus implicaciones en su comportamiento relacionado con DMII y los resultados permiten corroborar que existe una dificultad para que el paciente tenga una adherencia terapéutica</p> <p>El estilo de vida identificado fue Inadecuado en la mayoría de los participantes; la DMII les representa sufrimiento emocional para quien la vive; el control de la enfermedad es visto como una carga física y emocional por una parte por su predisposición genética y por otra, como consecuencia de los hábitos vividos</p> <p>El estilo de vida entra en una especie de círculo vicioso, que es parte de las causas de la enfermedad y al mismo tiempo del inadecuado tratamiento para la diabetes, complicando la condición de quien padece la DMII.</p>

					<p>Objetivo: valorar el nivel de calidad de vida de un grupo de pacientes y examinar el efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre su mejora.</p> <p>Estudio de tipo cuasi experimental pre-post.</p> <p>Se utilizó una batería de instrumentos: Inventario de Calidad de Vida y Salud (Riveros, Sánchez-Sosa y Groves, 2004); los inventarios de ansiedad y depresión de Beck en sus versiones adaptadas y validadas para México y un sistema de autorregistro diario de adherencia terapéutica y bienestar (Cortazar-Palapa, Riveros y Sánchez-Sosa, 2004).</p> <p>Se le aplicaba el protocolo de adherencia terapéutica "Pasos vitales" (Safren, Otto y Worth, 1999), adaptado para México (Sánchez-Sosa y Riveros, 2002) y una intervención terapéutica educativa orientada a restaurar o mejorar la calidad de vida de los pacientes. La intervención se llevó a cabo en modalidad individual usando una aproximación de corta duración, activa, focalizada y directiva.</p>	<p>Los resultados señalan que las intervenciones empleadas son eficaces para mejorar: la percepción de la salud, las relaciones interpersonales, las funciones cognitivas, indicador de calidad de vida y disminuye los síntomas, se logró efectos positivos en el afrontamiento, una mejoría en sus puntajes de depresión y ansiedad. Se identificaron también mejoras en sus niveles de glucosa y presión arterial en general.</p>
Sociomédica	México	<i>Salcedo-Rocha, García de Alba-García, Frayre-Torres y López-Coutino (2008)</i>	Diferencias género/sexo	<p>Perspectiva de género</p> <p>Objetivo: Analizar las características de situaciones de género relacionadas al autocuidado y control de la DM II en pacientes de uno y otro sexo que acuden al primer nivel de atención.</p> <p>Estudio descriptivo, observacional.</p> <p>Se valoró situación de género mediante cuestionarios, y por análisis de correspondencias múltiples, en siete situaciones de susceptibilidad.</p> <p>Se aplicó una encuesta epidemiológica.</p>	<p>La mujer presenta más situaciones de desventaja social, deterioro de vida saludable, déficit de autocuidado y solidaridad, que incrementan su vulnerabilidad para afrontar exitosamente su control glucémico y prevenir complicaciones.</p> <p>La situación de género como eje central de acciones específicas para la atención integral debe seguirse investigando para apoyar el autocuidado del paciente femenino en general y el control glucémico de la paciente diabética en particular.</p>	
Enfermería	México	<i>Cantú (2014).</i>	Ambos	<p>Propone el modelo ecológico de Bronfenbrenner</p> <p>Objetivo: Reconocer el estilo de vida de los pacientes con DMII que asistieron al control de dicha enfermedad en diferentes centros de salud urbana del área metropolitana de Monterrey N. L. México Estudio de tipo descriptivo y transversal.</p> <p>Se aplicó el Test IMEVID.</p>	<p>Los participantes manifestaron encontrarse en estilo de vida inadecuado.</p> <p>Se detectó una correlación significativa entre el estilo de vida evaluado y las dimensiones: Prácticas alimentarias, actividad física, consumo de tabaco y alcohol, conocimiento sobre el padecimiento y adherencia al tratamiento, pero se identificó que no cuentan con una razonable estabilidad emocional. Se infiere que los participantes manejan una adecuada</p>	

						percepción de su estado de salud en cuanto a la evolución de la DMII y los cambios en sus conductas.
	Colombia	Bautista y Zambrano (2015)	Diferencias por sexo	Educación Sanitaria	Objetivo: Escribir y comparar por sexo la calidad de vida percibida por los adultos con enfermedad DMII, pertenecientes a instituciones de salud del primer nivel de atención. Estudio de tipo cuantitativo descriptivo transversal. Se utilizó el Cuestionario de Calidad de Vida en Diabetes (DQOL).	Esta patología inicia en personas relativamente jóvenes en etapa productiva (50 – 54 años), principalmente mujeres quienes epidemiológicamente se ven más afectadas. No existen diferencias significativas en la calidad de vida con respecto al género. Las personas solteras, viudas o separadas tienen un mayor deterioro en su calidad de vida. El nivel educativo influye en el entendimiento y actuar respecto a la enfermedad. La calidad de vida se ve afectada en cuanto al tratamiento por los síntomas propios de la diabetes. La calidad de vida en un paciente diabético es resultado de la interacción entre la adherencia al tratamiento, el apoyo social que recibe y percibe y su percepción según su cultura y sociedad.

En la tabla se presentan investigaciones sobre calidad y estilo de vida actuales.

En síntesis, la calidad de vida se ve influida por un estilo de vida inadecuado, repercutiendo en el estado de salud de las personas con DMII de forma negativa, por lo que generar formas de intervención y adherencia no solo al tratamiento sino a las fuentes de apoyo es necesario (Vinaccia y cols. 2006). En relación al género es importante destacar que aun cuando la información de las investigaciones es contradictoria en cuanto al género, si se observa que el estilo de vida influye para lograr paliar los síntomas y consecuencias de la DMII, si la calidad de este es deficiente basado en un desequilibrio en su dieta diaria, una vida sedentaria, comportamientos y cuidados inadecuados por su escasa o errónea información que sobre su padecimiento tienen, etc. aunado a que por considerar que son hombres que no deben de cambiar por no demostrar flaqueza o vulnerabilidad, dejando en manos de otros (principalmente mujeres) su cuidado (masculinidad tradicional); o que como mujeres, su salud queda en un

segundo plano y que primero están los otros (femineidad tradicional), difícilmente se puede lograr una mejora en su salud y en su calidad de vida, convirtiéndose su estilo de vida en una condición de riesgo para el cuidado de su salud, para ambos, aun cuando quienes se ven en mayor desventaja son las mujeres. Por tanto, el estilo de vida es un eje central para trabajarse y ejercer acciones para apoyar el cuidado de la salud considerando su construcción de género de hombres y mujeres.

3.3 Estudios que enfatizan los significados del proceso salud-enfermedad de la DMII

Se maneja como eje el significado del proceso salud-enfermedad de la DMII, entendido como las ideas y representaciones simbólicas que se construyen a partir de las relaciones entre lo que se conoce, se vive y se maneja socioculturalmente y en la propia historia del individuo, a partir de quién es, es decir, de su experiencia, su posición y postura en relación a la DMII en diversos contextos.

En un primer acercamiento, desde la disciplina médica tenemos un estudio de Brasil realizado por Siqueira, Franco, Dos Santos y Zanetty, (2008), encontrando que la DMII está relacionada con sentimientos negativos y pérdida del placer en el comer, cansancio y en las mujeres limitando el desarrollo de sus actividades laborales. Desde esta misma perspectiva, en Cuba, Ledón (2012) menciona que el impacto de la enfermedad está mediado por los significados y las representaciones construidas a partir de su historia y que hay situaciones específicas que impactan en la descompensación metabólica como el inicio de la enfermedad y la interacción de los agentes sociales.

Desde una perspectiva antropomédica, encontramos un estudio llevado a cabo en Cuba por Gaytán-Hernández y García de Alba-García (2006), donde todos los participantes compartieron culturalmente las ideas respecto a las causas, los síntomas y el tratamiento de la DMII. Consideran que la gordura no tiene una relación directa con la DMII, pero la mala alimentación sí, siendo los azúcares, harinas, refrescos y grasas en exceso los causantes. Reconocen las características generales de la DMII y sus efectos en el organismo, considerando la alimentación y el tratamiento farmacológico lo principal, así como lo alternativos.

Desde una combinación de disciplinas como la psicología y la antropología, estudios que encontramos en México, el primero de Pascual, Cardoso y Serrano (2007), menciona que cuando se realizan los tratamientos médicos no se considera a la persona que la padece y ello hace que no exista una buena adherencia al tratamiento. Sugiere tomar en consideración las características individuales de género, sociales, culturales y económicas, ya que éstas repercuten en la interpretación que la persona da a su enfermedad y el significado ante el cual responde. Otro estudio realizado en México es el de Torres-López, Sandoval-Díaz y Pando-Moreno (2005), en el que encontraron que el papel que las personas le dan a Dios en relación con su enfermedad tiene un impacto en la causalidad, curación y control, siendo diferente para varones y mujeres considerándose como castigo, donde las mujeres son más activas en la solicitud de ayuda; también menciona que existe una aceptación importante en el uso de los remedios más que de los medicamentos, situación diferente a la encontrada en otros artículos en Argentina; la concepción popular de la DMII confluye en lo sociocultural y lo biomédico, construyendo un saber de sentido común y considerando la enfermedad como femenina, infantil, caprichosa, voluble, lábil, traicionera y sorpresiva. (Ver tabla 3).

Tabla 3. Artículos que abordan la DMII a partir de sus significados del proceso salud-enfermedad

Disciplina	País	Autores	Análisis de Población	Perspectiva Teórica	Objetivo, Estrategia y Técnica Metodológica	Resultados generales
Médica	Brasil	<i>Siqueira, Franco, Dos Santos y Zanetty (2008)</i>	Diferencias género/sexo	Enfoque médico abordado desde las representaciones sociales elaboradas por Moscovici.	Estudio descriptivo, exploratorio con un enfoque cualitativo. Se seleccionaron a través de las fichas médicas en una unidad Básica de Salud a mujeres con DMII y mínimo 12 meses de diagnóstico y se entrevistaron tomando como ejes: el plano alimentario, la medicación, y el proceso salud-enfermedad.	La DMII está relacionada a sentimientos negativos tales como choque, rabia y tristeza. En el plano alimentario se vincula a la pérdida del placer y a la vez mencionan que perjudica la salud. La medicación se vio como que tiene efectos positivos de bienestar y mejora de calidad de vida, pero que produce cansancio. En la vida laboral para las mujeres solamente se toma en cuenta la DMII si los síntomas interfieren en sus actividades.

Antropología médica	Cuba	Gaytán-Hernández y García de Alba-García (2006)	Ambos	Modelo explicativo de la enfermedad de Kleinman a través de definir el modelo explicativo en dos grupos de diabéticos.	Se trabajó con dos unidades de Medicina Familiar del IMSS de Guadalajara, Jal. Se realizó una entrevista aplicada de forma abierta que tenía como ejes conocimientos, creencias y valores en torno a la DMII, las preguntas se enfocaron a las causas, los síntomas, el tratamiento y los riesgos de complicaciones.	Se encontró que los conocimientos sobre la DMII sobre las causas, los síntomas, el tratamiento y complicaciones se comparten en todos los pacientes, teniendo un acuerdo cultural. Los principales factores que los participantes identifican como causa son: el gusto, el coraje, la tristeza, la mala alimentación y las preocupaciones, el estrés, la sensación de fatiga crónica y la herencia, ponderan diferente entre grupos, pero se hace referencia a lo mismo. Gordura y mala alimentación se diferencia en cuanto a impacto en su enfermedad, siendo la gordura no directamente correlacionada con DMII, la mala alimentación si, por considerarse el consumo de azúcares, harinas, grasas, refrescos y el exceso de éstos. En cuanto a los síntomas, los más frecuentes fueron la sed, la orina y el cansancio asociados con la enfermedad; otros síntomas que no relacionan directamente con la DMII son debilidad, mareos, dolor de cabeza, cansancio, cambios de humor (irascibilidad, enojo, ansiedad, etc.). En relación con los tratamientos, se considera como el principal tratamiento los medicamentos orales y la dieta, aun cuando hacen uso de remedios alternativos. Se reconocen los daños al riñón, a los ojos y las amputaciones y la muerte como posibilidad cercana.
	Cuba	Ledón (2012)	Diferencias género/sexo	Se trabajaron los significados contruidos desde el punto de vista del "actor", desde un enfoque centrado en la persona con DMII y su entorno más cercano	Entrevistas sobre su proceso salud-enfermedad, usando un enfoque de punto de vista del "actor". Los ejes sobre los que reflexionaron fueron la comunicación del diagnóstico de diabetes, el mundo psicológico de la persona con diabetes, significados subyacentes: estigmas y causalidades, la atención de salud, retos en el tratamiento de la diabetes y momentos críticos.	Las personas que viven con DMII atraviesan por diferentes situaciones y experiencias que impactan severamente en lo psicológico y lo social, estando sus experiencias cruzadas por los significados y las representaciones construidas a partir de sus vivencias concretas y desde su historia sociocultural. Algunas de las situaciones que más impactan son el inicio de la enfermedad, la comunicación del diagnóstico, el manejo de la enfermedad, los momentos de descompensación metabólica, la aparición de complicaciones y los problemas de interacción con otros agentes sociales (familia, médicos, pareja y otros servidores del sector salud, etc.).

Psicología-Antropología	México	<i>Pascual, Cardoso y Serrano (2007)</i>	Diferencias género/sexo	Enfoque fenomenológico con corte sistemático de la subjetividad de Bullington y Karlson.	Se utilizó la observación donde se realizaron notas de campo, grabaciones de audio y video y se realizó entrevista en profundidad, con la finalidad de presentar la experiencia de uno de los informantes.	Cuando el Personal de Salud diseña el tratamiento no toma en consideración a la persona con DMII y sus condiciones sociales, culturales y económicas, no se asegura el seguimiento del tratamiento. Se debe personalizar el tratamiento de acuerdo a cada individuo y sus condiciones.
		<i>Torres-López, Sandoval-Díaz y Pando-Moreno (2005)</i>	Diferencias género/sexo	Enfoque Hermenéutico-dialéctico, el cual busca entender el contexto y el discurso	El tipo de estudio fue cualitativo exploratorio, con niveles de análisis descriptivo e interpretativo. Se realizó observación participante y entrevista semiestructurada. En la observación participante se realizaron diarios de campo con tres tipos de notas: metodológicas, descriptivas y analíticas. Los ejes de la guía de entrevista fueron causalidad, manifestaciones, control y tratamiento.	El papel de Dios en la representación del padecimiento tiene un lugar destacado para las personas enfermas con diabetes mellitus, es considerado en las categorías de causalidad, control y curación. Se observa en la mayoría de las personas un rechazo al uso de medicamentos y por el contrario existe una aceptación importante del uso de remedios. La DMII es un medio de expresión de las situaciones adversas, multicausal y holística, con diferencias significativas según el género desde el que se viva. Sus manifestaciones son a partir de las sensaciones del cuerpo, sus dolores, sus creencias y sus significados, en relación a sus interacciones con su contexto.

En la tabla se pueden ver los artículos que trabajan sobre los significados del proceso salud-enfermedad de la DMII.

En síntesis, vemos que la DMII es una enfermedad cuyo significado se construye a partir de las experiencias del propio individuo y de su cultura, así como la difusión del conocimiento que se genera en el ámbito médico, pero también influido por las creencias de las personas, como son la religión, los remedios alternativos, hierbas, etc. Es así, que consideramos relevante la recuperación de los significados que los hombres y las mujeres otorgan a la DMII en nuestra cultura ya que es un factor determinante para el desarrollo, mantenimiento, control, cuidado o no de su enfermedad, mismo que se refleja en el estilo de vida, en la adherencia al tratamiento y en las relaciones que establece con el sector salud y en su entorno.

3.4 Estudios que enfatizan en los determinantes sociales e individuales

Se identifican como determinantes sociales e individuales aquellos estudios que hacen referencia a factores que se ha identificado que influyen en el estilo de vida y en la adherencia al tratamiento, al cuidado que la persona con DMII se otorga, las posibilidades de cuidarse y ser cuidado.

Desde la disciplina médica encontramos estudios en diferentes países, en México un estudio realizado por Hernández-Romieu, Elnecavé-Olaiz, Huerta-Urbe y Reynoso-Noverón (2011), exploraron las recomendaciones de dieta, ejercicio, los accesos a seguridad social y medicamentos, así como la atención y conocimientos del médico en relación al grado de control glucémico, encontrando que el control de la DMII no depende del paciente únicamente ni de su adaptación a la enfermedad, sino que también influye la realidad social donde los médicos no cumplen con el conocimiento ni la calidad necesaria para tratar a las personas con esta enfermedad; se considera que el nutriólogo juega un papel importante en el control de la glucemia. En Otro estudio en Argentina realizado por Rodríguez y Puchulu, (2015), reportó que los profesionales de la salud tienen limitaciones importantes para educar a los pacientes con DMII por no contar con recursos ni tiempo para ello, reconocen que es importante seguir prestando apoyo a pesar de que la persona con DMII tenga recaídas. En Cuba, Pérez y Berenguer (2015), encuentran que la DMII es una enfermedad social que entre los determinantes que influyen en su desarrollo y mantenimiento se encuentran el nivel de ingresos, el nivel educativo, la actividad ocupacional, la accesibilidad a servicios de salud, una dieta hipercalórica, inactividad física, creencias sobre belleza y salud, el género y el funcionamiento familiar.

Desde la enfermería en México, Meneses (2014) encontró que en general el nivel de conocimientos sobre la DMII es bajo, aun cuando las mujeres tienen un poco más de información.

Desde la Psicología, en México Nazar-Beutelspacher y Salvatierra-Izaba, (2010), trabajaron sobre los conocimientos de la DMII, la depresión, calidad de vida y envejecimiento, encontraron que existe relación entre la depresión y el sexo masculino, pero no con el femenino, considerando que la depresión es común en la mujer; la influencia negativa de la DMII en calidad de vida se registró en varones y mujeres jóvenes; también la depresión se relacionó con el abandono de tratamiento; se encontró que en los varones la DMII tuvo relación con la disfunción eréctil, aun cuando no era un tema de la investigación; se encontró un conflicto en los varones en cuanto a su identidad en relación con las demandas sociales impactando en autoestima, generando depresión y abandono de tratamiento; la enfermedad y la vejez se convierten en limitantes para cumplir con los mandatos sociales, sin embargo, en la mujer consideran que no

afecta ya que cumplió con su rol social de madre y esposa, central en su proyecto de vida, además que en algunas ocasiones tienen ganancias secundarias. En otro estudio realizado en Venezuela por Pineda, Bermúdez, Cano, Ambard, Mengual, Medina, Leal, Martínez y Cano (2004), analizaron artículos desarrollados sobre este tema encontraron que se dificulta el control de la DMII cuando existen trastornos psiquiátricos o emocionales; que se agrava con la depresión que se llega a presentar e identifican que diferencias en la dieta, ejercicio y estrés emocional u otros factores psicológicos o emocionales (enojo, frustración, culpa, tristeza, desesperación, rabia, hostilidad, etc.) afectan el nivel de glucosa en sangre. En un trabajo realizado en Australia por Cally (2008), encontró que existe una predisposición de control del comportamiento al ejercicio cuando ya se ha practicado.

Desde la antropología se recuperan dos estudios de Cardoso (2002; 2006) realizados en México, en el primero resalta que no es solo la educación lo que posibilita la adherencia al tratamiento, ni el ser obediente, sino que deben considerarse no solo los aspectos del individuo sino del entorno social ya que sus comportamientos se verán valorados socialmente; considera que la terapia debe dirigirse a la familia y al grupo social considerando los aspectos culturales en la alimentación. En el otro estudio encontró que el tratamiento médico para el control de la DMII se contrapone muchas veces con los intereses de quien la padece por no atender a sus creencias, valores, costumbres y diferencias particulares, centrándose principalmente en un etnocentrismo médico, por lo que promueve la práctica multidisciplinaria para esta enfermedad. (Ver tabla 4).

Tabla 4. Artículos que abordan la DMII a partir de sus determinantes sociales e individuales

Disciplina	País	Autores	Análisis de Población	Perspectiva Teórica	Objetivo, Estrategia y Técnica Metodológica	Resultados generales
Médica	México	<i>Hernández-Romieu, Elnecavé-Olaiz, Huerta-Uribe y Reynoso-Noverón (2011)</i>	Ambos	Perspectiva Médica	<p>El objetivo de este estudio es explorar la asociación de la recomendación de dieta y ejercicio, acceso a la seguridad social y medicamentos, y la calidad de la atención médica con el grado de control glucémico de los diabéticos en México.</p> <p>Es un estudio transversal. Se realizó una encuesta probabilística y se realizó una medición de niveles de HbA1c en sangre. El cuestionario específico fue creado por personal de la Universidad de Harvard, en colaboración con la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).</p>	<p>No hubo diferencias por sexo, edad, escolaridad y recomendaciones de ejercicio. El acudir a un nutriólogo ayudó a disminuir los niveles de azúcar en sangre.</p> <p>La diabetes no depende únicamente del paciente y su adaptación a la enfermedad, sino que nos obliga a enfrentar las realidades sociales de la falta de acceso a la atención médica de calidad, un tratamiento integral y un buen apego a éste, cambios de hábitos y costumbres.</p> <p>Se encuentra que el 40% de los médicos no cumplen con las Normas Oficiales Mexicanas en relación a la atención médica, siendo esta insatisfactoria.</p>
	Argentina	<i>Rodríguez y Puchulu (2015)</i>	Ambos	Médico con un enfoque de Educación para la Salud.	<p>El objetivo establecer el nivel de los conocimientos sobre la diabetes mellitus y el riesgo de desarrollar la enfermedad.</p> <p>El estudio fue de tipo transversal.</p> <p>Se realizó un cuestionario estructurado para investigar el nivel de conocimiento y las actitudes de la población en general hacia la DM.</p>	<p>Los profesionales de la salud encuentran limitaciones importantes para educar a los pacientes con los recursos y el tiempo disponibles; en algunos casos, resulta muy complejo establecer objetivos comunes y empoderar a los pacientes para mejorar el cumplimiento de las indicaciones, ya que existen mitos en cuanto a los tratamientos o medicamentos utilizados y en las conductas relacionadas. El papel de los profesionales de la salud cobra importancia si su enfoque se centra en el paciente y lo vuelve un participante activo de su propia salud, promoviendo alternativas y apoyando en caso de fracaso o abandono.</p>

	Cuba	<i>Pérez y Berenguer (2015)</i>	Diferencias por sexo	Médico	Se indagó sobre algunos determinantes sociales de la salud que se asocian a la DMII.	Se encontró como factores que influyen en el desarrollo y mantenimiento de la DM II: nivel de ingresos, nivel educativo, ocupación, accesibilidad a servicios de salud, dieta hipercalórica, inactividad física, creencias sobre belleza y salud (sobrepeso y obesidad), género y funcionalidad familiar. La DMII se considera una enfermedad social.
Enfermería	México	<i>Meneses (2014)</i>	Diferencias por sexo	Multidimensional Educación para la salud	Determinar el grado de conocimientos sobre Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes diabéticos de una Unidad de Medicina Familiar. Estudio transversal observacional y descriptivo. Se realizó una encuesta (Campo y cols., 1992) sobre el grado de conocimiento de la DMII a 150 personas con esta enfermedad de la Unidad de Medicina Familiar No. 61 de Córdoba, Veracruz.	La relación que existe entre el sexo y conocimientos por esferas es mayor para el sexo femenino. El nivel de conocimientos sobre DMII es bajo; y no se encontraron diferencias significativas por el sexo, la edad, ocupación, escolaridad ni tiempo de diagnóstico.
Psicología	México	<i>Nazar-Beutelspacher y Salvatierra-Izaba (2010)</i>	Perspectiva de género	Psicosocial, aborda los determinantes sociales de la DMII y su relación con la depresión, calidad de vida y envejecimiento	Analizar la relación entre DM II, depresión, calidad de vida y envejecimiento. Estudio exploratorio. Se aplicó un cuestionario que explora los conocimientos teóricos sobre DM II elaborado por Hess y Davis de la Universidad de Michigan (EUA), adaptado y validado al idioma español por Campo, Vargas, Martínez-Terrer, et. al.	Aunque la frecuencia de depresión es mayor en las mujeres, la diabetes no incrementa la probabilidad de padecer depresión en las mujeres, sin embargo, en los varones si se encontró asociación entre DMII y depresión. El mayor efecto negativo de la diabetes sobre la calidad de vida se registró en los hombres y mujeres jóvenes, así como la relación entre depresión y abandono de tratamiento. Se obtuvo información indirecta (comentarios espontáneos) de hombres diabéticos que mencionaron disfunción sexual asociada a la diabetes. En los hombres de identifica un conflicto en su identidad propia respecto a la demanda social lo que impacta la autoestima génesis de la depresión y abandono de tratamiento. Se convierten la enfermedad y la vejez en limitantes para cumplir socialmente. El papel de la mujer no se ve tan afectado porque el rol social atribuido a ella como madre y esposa es el central en su proyecto de vida y ya lo cumplió, además de que en algunas ocasiones hay ganancias secundarias.

<p>Psicología-antropología</p>	<p>México</p>	<p>Cardoso (2006)</p>	<p>Ambos</p>	<p>Un enfoque cultural Reflexión conceptual Retoma los postulados del sociólogo contemporáneo Pierre Bourdieu (marco epistemológico: constructivismo estructuralista), principalmente</p>	<p>Contribuir a la comprensión, explicación y control de la DMII, a través de un análisis sobre: a) La importancia de contemplar la cultura del diabético en el tratamiento de la DM II. b) La importancia de la interacción del aspecto biológico con el aspecto cultural para el control de la DM II. c) La atención multidisciplinaria como alternativa para control de la DM II. Estudio cualitativo Se realizó un análisis teórico sobre la importancia de la cultura y su control sobre los estilos de vida, por ejemplo, en la cultura alimentaria de la persona con DM II. Es una investigación cualitativa teórica-conceptual.</p>	<p>Las reflexiones a las que llega el autor en este trabajo, indican que no se trata solamente de la educación, el interés por ser “obedientes o racionales” para adherirse al tratamiento, es decir, no se trata únicamente de cuestiones de disciplina o buena voluntad, sino que debe considerar los comportamientos aceptados socialmente, los sentimientos, emociones y valoraciones sobre lo que es importante en la vida de la persona con DMII. Éstos comprenden lo que conocemos como estilo de vida, en el cual se debe incidir al menos en: retomar la historia del individuo; ofrecer platillos equilibrados y compatibles con la cultura del enfermo y con la DMII; resignificar el valor cultural de las ocasiones para la cohesión familiar, social; y la terapia también debe dirigirse a la familia y su grupo social.</p>
	<p>Australia</p>	<p>Cally (2008)</p>	<p>Diferencias por sexo</p>	<p>Trabaja sobre la teoría del comportamiento planificado Theory of planned behaviour (TPB)</p>	<p>Examinar las construcciones dentro de la TPB (control del comportamiento percibido, la norma subjetiva y la actitud), además del comportamiento previo a la enfermedad y su capacidad para predecir el comportamiento de ejercicio futuro de una muestra de DM II. Es un estudio transversal Se aplicó un cuestionario dividido en tres secciones: datos demográficos, conductas en relación al control del comportamiento percibido y la norma subjetiva, y la actitud hacia el ejercicio.</p>	<p>Los resultados del estudio indican que el control del ejercicio pasado y actitud predicen positiva y significativamente la intención de ejercicio entre las personas con DM II. Quienes ya realizaban ejercicio y tienen control sobre su comportamiento es más seguro que realice ejercicio en un futuro.</p>

		Cardoso, (2000)	Ambos	Se desarrolla en la perspectiva de la Teoría Fundamentada	<p>Contribuir a la comprensión, explicación y control de la DMII, a través de un análisis sobre:</p> <p>a) La importancia de contemplar la cultura del diabético en el tratamiento de la DMII</p> <p>b) La importancia de la interacción del aspecto biológico con el aspecto cultural para el control de la DMII.</p> <p>c) La atención multidisciplinaria como alternativa para control de la DMII.</p> <p>Estudio cualitativo.</p> <p>Para obtener información se utilizó la entrevista a profundidad. Además, se dio entrenamiento en el manejo del estrés y se realizó una reestructuración cognoscitiva.</p>	<p>Algunos resultados obtenidos de esta investigación reflejan que el tratamiento médico para el control de la DMII se contraponen con los intereses de la persona con DMII, al no atender los factores culturales de éste.</p> <p>Se resalta la importancia de no solo atender el ámbito biomédico, sino considerar sus creencias, valores y costumbres, es decir su cultura y por tanto su estilo de vida.</p> <p>Con la finalidad de contribuir a la comprensión, explicación y control de la DMII se propone: minimizar la indiferencia a los aspectos culturales del pensamiento y conducta de las personas con DMII, es decir a sus creencias, valores, costumbres y diferencias particulares; reducir el etnocentrismo médico y promover la práctica multidisciplinaria.</p>
--	--	-----------------	-------	---	--	---

En la tabla se observan algunas investigaciones en relación a determinantes sociales e individuales en el control y mantenimiento de la DMII.

A partir de lo anterior, se puede ver que la DMII se desarrolla en un abanico de factores que se interrelacionan, complejizando su tratamiento. Se enfatiza la importancia de un “traje a la medida” para esta enfermedad ya que no es lo mismo ser hombre o mujer, o la edad que se tenga o los niveles educativos, ingresos económicos, lo cual interviene en las posibilidades o limitantes para adherirse a un tratamiento, así como la propia idiosincrasia de quien la padece, influenciada por los aspectos históricos y culturales que rodean al individuo.

3.5 Estudios que enfatizan en la adherencia médica y control

La adherencia médica hace referencia a las indicaciones y suministro de medicamentos para controlar y disminuir los niveles de azúcar aceptables para un buen funcionamiento orgánico. Su base es apearse y seguir las instrucciones de lo que el médico señala.

Desde la medicina encontramos estudios en diversos países como Brasil donde Siqueira, Dos Santos, Zanetti y Ferronato (2007), buscan identificar las dificultades de los pacientes con DMII para adherirse al tratamiento encontrando que son demasiadas: el rechazo y negación de la

condición de enfermo, sufrimiento y revuelta debido a las limitaciones en alimentación, la demanda de ejercicio y el consumo de medicamentos, pérdida de autonomía y no poder controlar los niveles de azúcar, genera sentimientos de culpa de tipo persecutorio; se sugiere complementar el tratamiento farmacológico, con información y atención de sus estados emocionales. En Colombia Alayón y Mosqueda-Vásquez (2008), encontraron que lo que influye en la falta de adherencia al tratamiento es la dieta con alto contenido de vegetales, el ejercicio e incidir en el automonitoreo y el cuidado de las extremidades; otro factor que afecta es la condición económica, se considera importante el tratamiento farmacológico, pero fortaleciendo los no farmacológicos: psicosociales, dieta y ejercicio (Alayón, 2007). En Lima, Perú un estudio realizado por González (2015) encontró que las personas con DMII tienen deficiente información sobre la enfermedad y la disfunción familiar propicia una mala adherencia al tratamiento.

También desde la interdisciplina entre medicina y psicología encontramos un estudio realizado en México por Guerrero-Angulo y Padierna-Luna (2011), donde identifican que es predominante la DMII en mujeres que se dedican al hogar y con bajo nivel educativo; se observa que la mayoría de los pacientes no se controlan, es decir no tienen un equilibrio en su dieta diaria, no toman sus medicamentos adecuadamente u olvidan hacerlo, no asisten al médico, ni llevan un seguimiento de control de su padecimiento, desconocen realmente las características, síntomas y consecuencias de su padecimiento; aunado a la edad, el índice de masa corporal y el estrés son factores que propician el descontrol glucémico; identifican que problemas económicos, familiares, sociales, pueden obstaculizar o complicar la adherencia al tratamiento, se reconoce la importancia del tratamiento farmacológico más que al no farmacológico, pero refieren los pacientes no adherirse a ninguno. (Ver tabla 5)

Tabla 5. Artículos que abordan la DMII a partir de su Adherencia al tratamiento y su control

	País	Autores	Análisis de Población	Perspectiva Teórica	Objetivo, Estrategia y Técnica Metodológica	Resultados generales
	Brasil	<i>Siqueira, Dos santos, Zanetti y Ferronato (2007)</i>	Diferencias género/sexo	Educación en Salud Desde una perspectiva a de las representaciones sociales de Moscovici.	Identificar las dificultades de los pacientes diabéticos en relación al tratamiento para el control de la enfermedad Es un estudio descriptivo exploratorio. Se realizaron preguntas guía a los participantes. Se realizó un análisis cualitativo de los datos a través de la técnica de análisis de contenido	Los resultados mostraron que son innumerables las dificultades relacionadas al seguimiento del tratamiento: rechazo y negación de la condición de enfermo, sufrimiento y revuelta debido a las restricciones impuestas por la alimentación, actividad física y medicamentos. Es posible inferir que el enfoque de la aproximación educativa debe transmitir conocimientos y debe considerar aspectos emocionales, sociales y culturales que influyen en el seguimiento del tratamiento. Viven un conflicto consigo mismo que se refleja en emociones como sufrimiento, ansiedad, preocupación permanente vigilancia eterna, temor al descontrol. Aceptarse como Diabético les obliga a percibirse de alguna manera a convivir con la incomodidad, la molestia y el dolor generado por las restricciones de hábitos y por el tratamiento impuesto. Esto les significa que tendrán limitaciones determinadas por la DMII, lo cual les implica una pérdida de la autonomía. El sentir ansiedad y tener una constante preocupación por tener DMII, por no controlar los niveles de azúcar, por verse obligados a realizar un tratamiento, lleva al paciente a asumir actitudes de rechazo y rebeldía frente al tratamiento. Las posibles experiencias previas al fracaso suscitan sentimientos de culpa de tipo persecutorio
	Colombia	<i>Alayón y Mosqueda-Vásquez (2008)</i>	Ambos	Modelo médico biopsicosocial	Conocer los niveles de adherencia auto-reportada y control metabólico, para proponer estrategias culturalmente adaptadas que permitan el mejoramiento de los programas para la adherencia terapéutica. Estudio descriptivo, transversal. Se aplicaron entrevistas para conocer los niveles de adherencia auto-reportada y se midió hemoglobina glucosilada A1C para evaluar control metabólico.	Los resultados obtenidos identificaron que la mayor dificultad para lograr una adecuada adherencia al tratamiento que permita niveles de glucosa adecuados para la salud son la dieta, principalmente el consumo de vegetales, y el ejercicio considerando necesario, incidir en el auto monitoreo y el cuidado de las extremidades. La condición económica es un factor considerado importante por los recursos que se tienen que disponer o invertir para el tratamiento de la DMII (farmacológico, dieta, estudios, insumos, equipo o implementos), pues éste excede el deseo y la disposición del paciente hacia el cambio de comportamiento. Se reconoce la enorme importancia que tiene el tratamiento farmacológico en el cuidado del paciente diabético, sin embargo los resultados obtenidos en este estudio muestran la necesidad de fortalecer los pilares no farmacológicos: psicosociales, ya que el desarrollar una enfermedad como la DMII genera mayores niveles

					de stress y depresión que se pueden presentar dificultando la adherencia parcial o incompleta, sean inadvertidas como consecuencia de falta de conocimiento o comprensión incorrecta de las acciones a realizar para su cuidado. Se sugiere desarrollar trabajos de investigación e intervenciones sinérgicas entre los distintos actores involucrados: biológicos psicológicos y sociales	
	Lima	<i>Gonzales (2015)</i>	Ambos	Médico	<p>Evaluar si el conocimiento sobre DM y la funcionalidad familiar están asociados a la Adherencia Terapéutica en adultos con DM II.</p> <p>Estudio explicativo, prospectivo de corte transversal.</p> <p>Variable dependiente: Adherencia al tratamiento</p> <p>Variables independientes: Nivel de Conocimiento y Funcionalidad familiar</p> <p>Se utilizó la entrevista directa.</p>	Se encontró que la mayoría de los participantes tienen un deficiente conocimiento de la DMII. Las variables asociadas a la mala adherencia al tratamiento fueron: disfunción familiar y conocimientos no aceptables sobre DMII
	México	<i>Guerrero-Angulo y Padierma-Luna (2011)</i>	Ambos	Modelo biopsicosocial, el cual postula que los procesos de salud y enfermedad son el resultado de la interacción de factores biológicos psicológicos y sociales	<p>Determinar los factores del paciente y del médico asociados con el descontrol metabólico de la DMII</p> <p>Estudio Transversal.</p> <p>Se aplicaron dos encuestas:</p> <p>Encuesta de los pacientes consta de preguntas cerradas y dos abiertas que permiten explorar el autoconcepto del enfermo respecto a su enfermedad y cómo tratarla.</p> <p>Encuesta aplicada a los médicos fueron preguntas sobre datos laborales y cuestionario estructurado con respuestas de opción múltiple para evaluar el grado de conocimiento de la guía clínica.</p> <p>Se midió Peso, IMC, Autoconcepto sobre la enfermedad y manera de tratamiento, Métodos de laboratorio (para cuantificación de niveles de glucemia, triglicéridos, colesterol y hemoglobina glucosilada) y Grado de control metabólico.</p>	<p>Los datos sociodemográficos de la población estudiada mostraron predominio del sexo femenino, ocupación en el hogar y niveles de alfabetización bajos.</p> <p>La mayoría de los pacientes con diabetes tipo 2 no está controlada. La edad, el IMC y el estrés psicológico se asociaron significativamente con el descontrol. Este último es una percepción subjetiva de amenaza a la integridad del sujeto ante situaciones de la vida diaria: problemas familiares, económicos, sociales, etcétera, que pueden obstaculizar o complicar la consecución de metas de la guía clínica.</p> <p>Los trastornos afectivos y el estrés predicen la incidencia de enfermedad cardiovascular, diabetes y síndrome metabólico.</p> <p>Se indagó sobre el conocimiento de la enfermedad (autocuidado), tratamiento y apego al mismo, encontrándose que la mitad de los participantes mencionan como característica de la enfermedad a un trastorno de la glucosa o "azúcar" la otra mitad no lo refieren. En cuanto al tratamiento la mayoría menciona los medicamentos o insulina, la dieta y el ejercicio, pero en cuanto al apego reconocen no apegarse a la dieta, ni al ejercicio.</p> <p>Se evidencia que los participantes dan mayor peso al tratamiento farmacológico que al no farmacológico, aun cuando no se adhieran a ningún de los dos.</p>

Se observan investigaciones sobre las dificultades y alcances de la adherencia al tratamiento y al control de la DMII.

Por ende, la adherencia al tratamiento es compleja si es visto solo como el seguimiento de instrucciones por parte del paciente, como mencionan los autores revisados es necesario

reconocer las características socioculturales de quien la padece, así como las individuales y género establecidas y construidas según su cultura y sociedad. Existen factores que deben ser considerados a la hora de proponer un tratamiento como son los económicos, las actividades laborales y cotidianas de la persona, el conocimiento que tiene de la enfermedad, la comprensión de la misma para realizar cambios y re-significarla; es importante contemplar sus prácticas y costumbres arraigadas por su cultura, así como las demandas sociales a las que es sujeto y que se verán trastocadas por las condiciones de la DMII. La propuesta para empoderar al paciente es aparte de dar conocimientos, intervenir en su esfera biopsicosocial y apoyar en caso de sus continuas recaídas.

3.6 Estudios que enfatizan Servicios de Salud

En cuanto a los servicios de salud, nos referimos a los que provee el sector salud, considerando los profesionales de la salud a su cargo: médicos generales y especialistas, psicólogos, enfermeras, nutriólogos, trabajadoras sociales.

Desde la disciplina médica en Baltimore, U.S.A. encontramos un artículo realizado por Peyrot y Rubin (2007), donde revisan y analizan las intervenciones conductuales y psicosociales eficaces para el control de la DMII, identificando que existen dos ejes importantes a trabajar, el primero enfocado al autocuidado y la aceptación de la enfermedad y del nuevo régimen, relacionado con el tipo de afrontamiento que tiene como estrategia centrarse en el problema y sus alternativas de solución y por otro lado el eje focalizado en los problemas emocionales generados por la DMII como la angustia y depresión, utilizando como estrategia de afrontamiento el centrarse en las emociones, lidiando con las negativas que propician el problema.

Desde la enfermería encontramos en España, de acuerdo a Verdecho (2015), que la educación para la salud se considera como el tratamiento fundamental eficaz para el control de la DMII, así como para prevenir sus complicaciones ya que mejora los conocimientos sobre la misma (ver tabla 6).

Tabla 6. Artículos que abordan la DMII a partir de su servicio de Salud

Disciplina	País	Autores	Análisis de Población	Perspectiva Teórica	Objetivo, Estrategia y Técnica Metodológica	Resultados generales
Médica	Baltimore, U.S.A.	Peyrot y Rubin (2007)	Ambos	<p>Se basa en el paradigma de afrontamiento con perspectiva conductual.</p> <p>Propone un marco general para la conducta y la intervención Psicosocial</p>	<p>Identificar intervenciones conductuales/psicosociales claves a disposición de los proveedores de cuidado de la diabetes.</p> <p>Es una investigación basada en la revisión y análisis de la literatura sobre DM.</p>	<p>Se identifica que existen dos formas de intervención fundamentales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) temas de autocuidado como la aceptación y el cumplimiento de régimen y 2) problemas emocionales como los relacionados con la diabetes, la angustia y la depresión. <p>Estos dos corresponden a dos tipos de afrontamiento: a) el afrontamiento centrado en el problema, incluyendo estrategias para resolver y/o prevenir problemas, apropiado para problemas que pueden remediarse directamente; y b) centradas en las emociones, incluyendo estrategias para lidiar con las emociones negativas resultantes del problema; cada una de estas estrategias son eficaces de manera independiente como combinadas.</p> <p>Se debe intentar fomentar la autonomía del paciente mediante el apoyo y reconocimiento de sus esfuerzos para cambiar su comportamiento, se debe personalizar la información y la intervención.</p> <p>Dentro de las formas de intervención se tiene proporcionar información y tareas (a menudo definido como intervenciones educativas); otras intervenciones incluyen: la fijación de objetivos, entrevistas de motivación, resolución de problemas y hacer frente a la formación profesional, los cambios ambientales (reducción de barrera), contrato conductual, automonitoreo, uso de incentivos/recompensas, y el apoyo social. Así como la identificación de trastornos Psiquiátricos como la ansiedad o la depresión ante los cuales se pueden utilizar fármacos.</p>

Enfermería	España	Verdecho, (2015)	Ambos	<p>Describir las diferentes intervenciones que realizar el profesional de enfermería en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.</p> <p>Es una investigación sistemática bibliográfica que ha analizado en los últimos 5 años la literatura narrativa (2010-2015) sobre la contribución en la intervención de la enfermería.</p>	<p>El autocontrol de la diabetes ha demostrado mejorar el control glucémico, las intervenciones de educación sanitaria son la parte fundamental en el tratamiento de la diabetes y la única forma eficaz para el control de la enfermedad y la prevención de sus complicaciones.</p> <p>Las intervenciones educativas son capaces de mejorar el conocimiento sobre la diabetes, por ello contribuyen a la mejora de una compensación metabólica en el control de la HbA1c (HEMOGLOBINA GLUCOSILADA), así como también favorece el autocuidado en los pacientes mellitus tipo 2.</p>
------------	--------	------------------	-------	---	---

Se muestra en la tabla algunos artículos en relación al servicio de salud y las estrategias a seguir con las personas con DMII.

De acuerdo a estos autores el servicio médico debe tener una visión educativa pero también abordar no solamente el problema de la enfermedad sino las emociones que se generan, destacan las estrategias conductuales y psicosociales que se emplean para tratar la DMII resaltando la importancia de la personalización del tratamiento.

3.7 Panorama epidemiológico en México

En el 2012, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), realizó un estudio con 25 naciones (ver apéndice A); Suiza, Canadá y Portugal presentaron índices de prevalencia alto, pero su tasa de hospitalizaciones a causa de DMII es baja, mientras que Corea, México y Austria reportan una prevalencia alta y tasa igualmente alta de hospitalización. En general, se observó que eran más hombres que mujeres hospitalizados, ya que estos no se atienden de manera adecuada esta enfermedad, además que en general en estas naciones el 8.7% son hombres y el 8.3% son mujeres que presentan diabetes. Sin embargo, en México es diferente, ya que se contempla que el 10.14% de la población tienen DMII, encontrándose que, de cada 100 mil habitantes hospitalizados, 380.6 es por esta enfermedad, siendo este el registro más alto entre los países que participaron en el estudio. En el 2014, la prevalencia de la DMII aumento al 11% y se sigue manteniendo en el mayor índice de incidencia dentro de los miembros de la OCDE, identificándose en este año que 87 mil personas mayores de 30

fallecieron por esta causa (ODCE, 2016 en El Universal, 2016c), y que la prevalencia es mayor en mujeres con un 11.89% en comparación con los hombres con un 8.6%.

El panorama en México en relación a la incidencia, prevalencia, morbilidad y mortalidad a causa de la DMII, es alarmante ya que estos índices van en aumento, en 1980 la prevalencia era del 6%, al que hoy en día se reporta, que es casi el doble; en este sentido esta enfermedad ha evolucionado de manera silenciosa, progresiva, irreversible y costosa, (ver apéndice B), no solo para el sector salud del país en sus diferentes entidades federativas (ver apéndices C), sino para quien la sufre, así como de manera diferente según su sexo (ENSANUT, 2012).

En México, la Secretaría de Salud en el 2003 inició la acción de desagregación por sexos en los registros estadísticos de salud, lo cual dio cuenta de diferencias en los niveles de salud entre mujeres y hombres con DMII

Se ha podido identificar que la prevalencia de la DMII fue mayor en la población femenina, de 1990 a 2007 y a la fecha; además que la DMII aparece como causa de mortalidad mayor en mujeres que en hombres. Rastreando los registros, se encontró que en el 2000 fue la primera causa de muerte en mujeres, y actualmente se encuentra en la misma situación (ENSANUT, 2006, 2012) (ver apéndice D).

Estas cifras señalan claramente que los aumentos más dramáticos se observan en la población femenina, en 2007 se tuvo 16.2% de fallecimiento de mujeres por este padecimiento, lo cual ha generado nuevas líneas de investigación encaminadas a explorar si estas diferencias son posibles desigualdades de género vinculadas con la diabetes mellitus II (DMII) y a identificar los significados diferenciales en varones y mujeres debido a su relación con la adherencia al tratamiento y calidad de vida de las personas⁸.

En conclusión, una síntesis del estado en cuestión indica que se hace la investigación sobre las características, condiciones, síntomas, tratamiento y complicaciones de la DMII, identificándose como aspectos importantes el abordaje del estilo de vida que repercute en la calidad de la misma y que se ve reflejada en el cuidado de la salud o el mantenimiento de la enfermedad.

⁸ Su índice de prevalencia, incidencia, mortalidad, morbilidad, así como su historia, características, tipos, síntomas y características se presentan de manera más amplia en los apéndices E, F, G, H, I y J.

Se ha hecho necesario incidir en los determinantes sociales identificados que influyen para la adherencia o no del tratamiento, en la gravedad de la enfermedad y desarrollo de la misma o en su control. En este punto se ha visto que es importante identificar los significados de la enfermedad durante su proceso, mismos que son producto de la interacción social y la intersubjetividad de la persona que ha desarrollado la DMII, e influyen en la práctica del cuidado y la adherencia al tratamiento. Es necesario reconocer la influencia de factores propios de la persona con DMII como su situación económica, edad, estado civil, actividad laboral, género, sus relaciones interpersonales con la familia, con los amigos, con su ideología respecto a su religión, ya que influyen en la comprensión y significado que le dan a la DMII, y la manera en que van a vivir con ella.

En este sentido, se ve que a varones y mujeres la DMII no afecta de igual forma, que, aunque son pocos los estudios que abordan realmente el género, la contribución de aquellos que hacen división por sexo han visibilizado que no es igual ser un hombre enfermo con DMII, que ser una mujer enferma con DMII, no solamente como consecuencia de las diferencias biológicas, sino como desigualdades construidas socialmente y que su mantenimiento perjudica el cuidado de la salud.

Podemos decir que todavía no es suficiente la información para conocer como las construcciones sociales de las enfermedades, y en particular de la DMII, y del propio género, han ido formando los significados de hombres y mujeres con DMII.

CAPÍTULO 4

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Aun cuando la actual definición de salud implica mucho más que la ausencia de enfermedad, ambas son parte de un proceso multidimensional, donde el individuo a lo largo de su vida, se desplaza sobre un eje salud-enfermedad (y muerte), acercándose en ocasiones a uno u a otro, según se altere o rompa el equilibrio entre factores que están permanentemente interactuando como son los biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales. En este sentido, la salud se entiende dentro de una cultura particular que influye en el modo como ésta se experimenta. De igual manera, la enfermedad se enmarca de acuerdo a creencias que dan forma a los síntomas de quien las sufre y dan cuenta de su ubicación social y cultural, por lo que la significación de la enfermedad y las implicaciones que cada quien tenga tendrán características particulares, construyéndose así formas singulares de padecimiento.

Con base en lo anterior, los procesos de aprendizaje y socialización a través de los cuales hombres y mujeres construyen sus prácticas de cuidado de la salud se representan de manera diferente desde el hecho que se designa a las mujeres cuidar principalmente de otros, y si bien le va, de sí misma, aunque sí “abusa” de acciones sobre su cuidado, se le tachará de egoísta, mala persona o que no sirve para nada (Chávez, 2012), así es que el cuidado de sí será aprobado en las mujeres siempre y cuando antepongan el cuidado de otros y otras, como sus descendientes, ascendientes y esposos, en consecuencia se le premiará cuidarse ella misma “cuando se pueda”.

En general en nuestras sociedades, los hombres suelen ser socializados fuera del ámbito de los cuidados como agentes, bajo el supuesto de que otra persona (generalmente mujeres) tiene el deber de cuidar de ellos. Al mismo tiempo, se les suelen fomentar actitudes ligadas al estereotipo de género masculino, al asumirse como fuertes e invulnerables, lo que propicia a su vez conductas de riesgo relacionadas con ser varón, afectando con ello su vida y su salud (a mí no me va a pasar nada, esto no es de cuidado, ni que doliera tanto, soy hombre, soy macho).

4.1 Planteamiento del problema y preguntas de investigación

Los comportamientos de hombres y mujeres como se mencionó en los párrafos anteriores, ha mostrado que repercuten en su salud a nivel epidemiológico; en este sentido, la DMII se ha convertido en un problema de salud pública tanto en nuestro país como en el mundo, por su incremento en sus índices de prevalencia, incidencia, morbilidad y mortalidad. Es una enfermedad crónica degenerativa, cuyas manifestaciones son en un principio desapercibidas, algunos la consideran asintomática, condición que propicia o favorece conductas de riesgo, que hombres y mujeres asumen por su construcción y relaciones de género, y que facilita el no atender a tiempo está ante las primeras manifestaciones por diferentes razones; su cronicidad demanda un control de la misma para evitar el deterioro drástico del organismo, que se presenta a través de complicaciones como la ceguera, las amputaciones, las nefropatías, entre otras. Por ello, se han puesto en marcha diferentes programas para su atención por parte del personal médico, pero no ha sido suficiente.

Por ende, la DMII es particularmente de interés para estudiar cómo las construcciones de género repercuten en los estados de salud de las personas, dado que implican muchos cuidados propios y de otros para mantener una calidad de vida favorable para quienes la padecen; ya sea hombre o mujer, pero con gran peso de las construcciones de género. Que no solo se refleja en el cuidado, sino en diferencias en el índice de mortalidad de hombres y mujeres, siendo mayor en éstas en nuestro país al igual que otros como España, Costa Rica, Cuba, por mencionar algunos (Sardín, Espelt, Escolar-Pujolar, Arreola, y Larrañaga 2011; Palma, 2001).

Eso ha hecho que se considere que estas diferencias no son una cuestión biológica determinada por el particular funcionamiento de los organismo de hombres y mujeres y sus predisponentes; dirigiendo ahora la mirada a sí se debe a factores regulados por una normatividad y valoración construida y mantenida socialmente, que designa un deber ser, a través de roles, estereotipos, espacios y posibilidades de acción o cohesión, dificultando, limitando o problematizando sus posibilidades de cuidado de salud. Salcedo-Rocha, García de Alba-García, Frayre-Torres, y López-Coutino en el 2008, identifica que aun en este siglo siguen las mujeres viviendo más situaciones de desventaja social, deterioro de vida saludable, déficit de autocuidado y solidaridad, lo que repercute en sus alcances para el cuidado de su salud.

No obstante, se debe considerar que para los hombres también implica la DMII una confrontación, reto o una pérdida de la salud que va a impactar en todo su ser y deber ser. Nazar-Beutelspacher y Salvatierra-Izaba (2010), identifican que la diabetes genera en los hombres un conflicto en la identidad propia respecto a lo que socialmente se espera de ellos (fuertes, sanos, viriles, proveedores), impactando en su autoestima que contribuye a la génesis de la depresión y al abandono del tratamiento.

Existe una resistencia a seguir las indicaciones terapéuticas quizá por razones diferentes para hombres que para mujeres, también para llevar el tratamiento farmacológico, dándose el consumo autónomo de otras sustancias o remedios; esto no puede ser explicado y comprendido sólo en términos de eficacia-no eficacia del sistema de salud o de buena voluntad u obediencia por parte de la persona diagnosticada con DMII, sino que se debe ver como un fenómeno complejo, constituido por aspectos vinculados con el hecho de que las personas tienen ideas, que a su vez se traducen en comportamientos sobre lo que hay que hacer o evitar para mantenerse sano o enfermo, en definitiva, sobre lo que es relevante o no respecto de su salud, así como sus posibilidades de acceso a servicios de salud, información adecuada y profesional, el manejo de la información, recursos económicos de acuerdo o no a un estrato social, sino a la formación, recursos y alcances permitidos por su condición de género.

Lo anterior, es importante ya que nos enfrentamos a diversas consideraciones, que van desde lo que creemos podemos enfermar, a lo que realmente enfermamos hoy en día, por ejemplo, Henkel (2010) menciona que hay hombres que se enferman de aquellos padecimientos que se pensaba “eran de mujeres” como la osteoporosis, el cáncer de mama y trastornos de la alimentación, pero los asumen de manera diferente o ignoran, o por otro lado, en cuanto a las principales enfermedades crónicas que aquejan a nuestro país como la DMII, las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebro-vasculares, enfermedades del hígado y tumores malignos (Gutiérrez-Delgado y Guajardo-Barrón, 2010; INEGI, 2009) se presentan tanto en hombres como en mujeres adultos en edad productiva, desencadenándose en las principales causas de muerte en ambos, sin embargo estas últimas han sido consideradas tradicionalmente como propias de hombres.

Sin embargo, el dato estadístico de la DMII desagregado muestra diferencias en cuanto a cómo ésta afecta a hombres y mujeres, mismo que abre nuevas líneas de investigación para indagar si las diferencias se deben a desigualdades de género, aunque de manera particular y de la población en general de nuestro país (ENSANUT, 2006, 2012⁹).

En consecuencia, la investigación está encaminada a explorar las características de género vinculadas con la DMII y a identificar significados diferenciales en varones y mujeres diagnosticados con esta enfermedad, en el entendido de que éstos se relacionan con la adherencia al tratamiento y calidad de vida de las personas.

Esto nos llevó a plantearnos varias preguntas como: ¿hay diferencias y qué tipo de diferencias en la forma de experimentar la DMII, atribuibles al género? ¿cuáles son los significados relacionados con el género y los espacios de interacción de hombres y mujeres con DMII? ¿la construcción desigual de las relaciones de género propicia las diferencias en el cuidado de la salud en hombres y mujeres con DMII? ¿Cuáles son los significados relacionados con el género que están llevando a un mal cuidado de la salud de varones y mujeres con DMII?

4.2. Objetivo general y objetivos específicos

Se plantea como objetivo general de esta investigación analizar los significados que otorgan hombres y mujeres a la diabetes mellitus tipo II desde una perspectiva de género.

A partir del cual, se desarrollaron los siguientes objetivos específicos:

- Indagar sobre los pensamientos, sentimientos, vivencias y acciones de mujeres y hombres con diagnóstico de DMII
- Identificar y describir las interacciones de mujeres y hombres con diagnóstico de DMII considerando diferentes contextos: familiar, laboral y el sector salud.
- Rescatar e interpretar los sentidos y significados que las mujeres y los hombres dan y atribuyen a sus prácticas de salud ante haber sido diagnosticada su enfermedad

⁹ Prevalencia de la DMII de acuerdo a edad y sexo, ver apéndice D

4.2.1. Estrategia metodológica

Es prioridad profundizar en las causas, condiciones o situaciones que propician diferencias en los significados que se llegan a convertir en desigualdades de género en la salud, por tanto, la investigación sobre hombres y mujeres con DMII, insta ser comprendida de forma cualitativa, contemplando sus interacciones, creencias, significados y contexto histórico, social y cultural en el que se desarrollan.

Con base en el objetivo planteado, se realizó un estudio exploratorio interpretativo de corte cualitativo.

Se considera un estudio exploratorio ya que se buscó indagar sobre el significado o los significados que dan a la DMII tanto hombres como mujeres que han sido diagnosticados con ésta. Este enfoque permite que los participantes sean voceros de sus propios procesos de construcción, integrando su realidad social, histórica y cultural a través de sus vivencias (Montiel, Salguero y Pérez, 2008).

Se consideró el desarrollo de este trabajo bajo el marco de la investigación cualitativa, dada su naturaleza holística, que permite ver las relaciones entre los elementos que constituyen un problema o la estructura en la que se desarrolla (Camacho y Pardo, 1993). En este sentido, Merlino y cols. (2009), mencionan que la investigación cualitativa nos permite, dentro de su marco interpretativo, indagar en la densidad subjetiva entre los comportamientos, emociones, racionalizaciones, prácticas y contextos, pudiendo a su vez, ahondar en conceptos abstractos que tienen muchas ramificaciones y niveles de reflexión, dando el acceso a la complejidad del tema o situación a investigar, propiciando indagar en aspectos muchas veces callados por temor, por desconocimiento, o porque se ocultan a los otros; como último atributo se le concede la sobredeterminación simbólica, ideológica y/o imaginaria, a través de lo cual se da cuenta de los contextos sobre determinados, agentes, ideologías y sus relaciones, sentido, significado y supuestos entre sí.

Así, la investigación se hace de manera abierta y holística y permite examinar las relaciones incipientes que solo se hacen evidentes en investigaciones cuantitativas cuando están muy generalizadas en la sociedad.

Dentro de las técnicas y procedimientos de los cuales se puede hacer uso desde este tipo de investigación se tiene la entrevista semiestructurada, definida como aquella que tiene el propósito de obtener descripciones del mundo de la vida del entrevistado, con respecto a la interpretación del significado de los fenómenos descritos (Kvale, 2011), es decir, permiten indagar y profundizar en los significados de los hombres y las mujeres con diabetes mellitus II, en relación a la construcción del significado de su enfermedad y de su proceso de salud-enfermedad, de propia voz (Barberá y Martínez, 2005).

Los datos obtenidos a través de la entrevista se analizaron con la técnica de análisis de condensación de significados de Kvale (2011), que implicó un resumen de los significados expresados por los entrevistados en formulaciones más breves, es decir el significado principal de lo que se dice se expresa en pocas palabras.

4.2.2 Método

A continuación, se mencionan los elementos que se consideraron para el método

4.2.2.1 Participantes

Participaron cinco hombres y seis mujeres voluntarios diagnosticados con DMII, con un rango de edad de 35 a 63 años, sin complicaciones de salud incapacitantes a consecuencia de esta enfermedad, además de no ser insulino dependientes.

Se sustituyeron sus nombres verdaderos por seudónimos con la finalidad de respetar su identidad y confidencialidad de la información proporcionada, en el mismo sentido se sustituye u omiten nombres de empresas o instituciones a las que se hacen referencia en sus testimonios.

Los datos sociodemográficos se presentan a continuación en la tabla 7

Tabla 7. Datos sociodemográficos					
Varones					
	<i>TOÑO</i>	<i>MARIO</i>	<i>JUAN</i>	<i>ADRIAN</i>	<i>BETO</i>
Edad	61	53	47	40	35

Estado civil	Casado	Casado	Casado	Casado	Divorciado	
Escolaridad	Bachillerato trunca	Bachillerato	Bachillerato	Carrera trunca	<i>Licenciatura</i>	
Ocupación	Jubilado	Plomero	Empleado de empresa petroquímica	Empleado de gobierno	Contador	
Mínimos mensuales (SMM¹⁰)	25	--	17.7	10	6	
Mujeres						
	<i>ISELA</i>	<i>MINERVA</i>	<i>HELENA</i>	<i>FLOR</i>	<i>CARO</i>	<i>COCO</i>
Edad	63	58	53	45	42	40
Estado civil	Viuda	Casada	Casada	Casada	Casada	Soltera
Escolaridad	<i>Primero de primaria</i>	Primaria	Bachillerato trunca	Secundaria	Primaria	<i>Maestría</i>
Ocupación	Hogar/ Pensionad a	Empleada	Hogar	Empleada	Empleada	Profesora
Mínimos mensuales (SMM)	1.6	2.5	2	2.4	2.3	<i>8.1</i>

Se muestran en la tabla datos demográficos de los y las participantes de la investigación

Se puede observar que quien presenta mayor grado de escolaridad es una mujer que tiene estudios de maestría, mientras que el varón con mayor nivel de escolaridad es Licenciatura; no obstante, el menor nivel de escolaridad lo tienen las mujeres en su mayoría.

En cuanto al ingreso mensual percibido, son los varones quienes en su mayoría tienen un mejor ingreso, siendo el mayor de 25 SMM. Mientras que en las mujeres es de 8.1 SMM.

Los varones son casados con excepción de uno que ya se divorció. Sus actividades son diversas, todos los varones reciben un ingreso por parte de una empresa o empleador; mientras que las mujeres, dos se dedican al hogar, pero tienen una percepción económica (gasto, pensión, o realizan eventualmente actividades diversas que les son remuneradas), las demás reciben un salario de una empresa o institución.

¹⁰ Remuneración mínima de dinero que se le paga a un trabajador en un determinado país y a través de una ley establecida oficialmente en este, para un determinado período laboral que los empleadores deben pagar a sus trabajadores por sus labores. En México fue tasado en el periodo de la investigación en \$54.80 diarios y multiplicado por 30.4 se calcula el salario mínimo mensual siendo ese año \$1,665.92 M/N.

La descripción de los y las participantes de acuerdo a algunas características personales y de su vida, se presentan en la tabla 8.

Tabla 8. Descripción de los participantes	
Varones	Mujeres
<p>TOÑO</p> <p>Pensionado de Compañía de servicio eléctrico; diagnosticado con DMII desde hace 8 años, padre de familia de dos mujeres y un varón. Casado desde hace 37 años, vive en familia con dos de sus hijos y su esposa, quien tiene un empleo remunerado. Mantiene relaciones extramaritales, con una mujer con quien cohabita de manera frecuente (desde hace tres años aproximadamente), así como otras parejas ocasionales. Toño presenta antecedentes de familiares con DMII, y tiene sobrepeso. Menciona una relación familiar estable.</p>	<p>ISELA:</p> <p>Recibe una pensión por viudez y nunca ha trabajado en empresas, pero “se ayuda haciendo postres y sobando”, sabe leer y escribir, tiene 10 años desde que le dieron el diagnóstico de DMII, es viuda desde hace 22 años, menciona no haber tenido ninguna otra pareja desde entonces por que fue “educada a la antigüita”. Madre de dos hijos y dos hijas. Vive con un hijo, una hija y un nieto. Tiene antecedentes familiares de DMII, presenta sobrepeso. Refiere una buena relación familiar con sus hijos y que ella es una persona que le gusta cuidarse bien y cuidar de los demás igual.</p>
<p>MARIO:</p> <p>Trabaja por su cuenta en el oficio de plomero, no menciona su ingreso mensual, tiene 10 años de haber sido diagnosticado con DMII, casado 25 años, vive en familia con su esposa quien es maestra y trabaja apoyando el gasto familiar, es padre de dos hijos y una hija. Tiene antecedentes familiares con DMII, presenta sobrepeso. Menciona una buena relación familiar.</p>	<p>MINERVA:</p> <p>Trabaja como jefa de limpieza de una empresa privada, diagnosticada con diabetes mellitus desde hace 2 años, madre de familia de dos mujeres y un varón. Casada desde hace 37 años, vive en familia con dos de sus hijos y su esposo. Un hermano es diabético, pero sus padres, abuelos y sus otros hermanos no la han presentado. Es normo peso, menciona una relación familiar estable.</p>
<p>JUAN:</p> <p>Perito de ultrasonidos en empresa petroquímica, tiene 4 meses del diagnóstico, 28 años de matrimonio, padre de dos hijas,</p>	<p>HELENA:</p> <p>Menciona que nunca ha trabajado en empresas ya que su esposo no se lo permitió, se dedica al hogar, refiere que durante un</p>

<p>vive con su esposa que trabaja como maestra y con su hija menor. Tiene antecedentes de familiares con DMII, presenta sobrepeso. Refiere una relación distante con la familia por sus ocupaciones, sus tiempos compartidos son en vacaciones principalmente, ya que a las reuniones familiares casi siempre va cada quien, por su lado, argumentando que tienen cosas que hacer.</p>	<p>periodo en el que estuvieron económicamente limitados, ella preparaba pasteles y postres para ayudar en el gasto familiar, actividad que eventualmente realiza. Recibe un gasto, fue diagnosticada con DMII desde hace 5 años, ésta como consecuencia de LUPUS. Es madre de familia de una hija. Casada hace 32 años, vive en familia con su hija y su esposo actualmente pensionado de una empresa automotriz. Tiene antecedentes de familiares diabéticos. Presenta normo peso. Menciona que aun cuando viven juntos su pareja y ella, su relación se vio afectada por una infidelidad de él, ella aceptó que regresara a su casa dejando claro que él ahí no daba órdenes, que iba a respetar las nuevas reglas y que cualquier cosa que quiera hacer en su casa debe tomarles parecer a ella y a su hija. Tiene una relación muy estrecha con su hija.</p>
<p>ADRIAN:</p> <p>Es empleado de gobierno, tiene 6 años diagnosticado con DMII. Lleva 16 años de matrimonio, vive en familia con su esposa que trabaja en el DIF, dos hijos y su hija. Antecedentes de familiares con DMII, presenta sobrepeso. Menciona una buena y estrecha relación con su familia.</p>	<p>FLOR:</p> <p>Trabaja como dependiente de mostrador, tiene estudios de secretariado truncos, hace 6 años fue diagnosticada con DMII, madre de dos hijos y una hija. Casada desde hace 22 años, simultáneamente por un año tuvo una pareja extramarital con quien posteriormente continuó 2 años más, durante los cuales se separó de su esposo. Esta otra pareja “le puso un departamento” durante un año, en donde vivió con su hija de lunes a viernes y con la pareja los fines de semana. Recientemente regresó a vivir a la casa de su esposo con todos sus hijos. Y continúa su relación con su otra pareja. Vivió 6 años sola porque su esposo trabajaba en EU para envíale dinero y construyera su casa; cuando él regresó a México comenzaron a tener problemas cuando se terminó el dinero que trajo y ella tuvo que trabajar. Peleaban mucho “en últimas fechas a que se saliera de la casa” porque la culpaba de engañarlo frecuentemente, aun cuando ella lo negaba.</p>

	<p>Su relación de pareja con el esposo era buena, antes de que empezaran sus problemas económicos y por su infidelidad. La relación con su otra pareja refiere que era buena, hasta que él le dijo que tenía problemas económicos, en consecuencia, discutió ella con él y le dijo “que, si ella era el problema, entonces su relación, hasta ahí”. Se salió del departamento que le rentaba y se regresó con su esposo. Antecedentes familiares con DM II, y recientemente una sobrina murió por falta de cuidados por esta enfermedad. Presenta sobrepeso.</p>
<p>BETO:</p> <p>Trabaja en empresa privada, es contador, diagnosticado con DMII desde hace 5 años, divorciado, padre de una niña de aproximadamente 6 años de edad, después de su divorcio tuvo otra pareja con quien recientemente terminó, argumentando su ex novia (como él la refiere) que ‘él no se cuidaba y ella no quería cuidar de él si se presentaran complicaciones por la DMII’. Vive actualmente con sus padres, tiene antecedentes de familiares con DMII, presenta obesidad. Menciona que actualmente inicia una nueva relación con una mujer sana. Sin embargo, no le ha comentado que tiene DMII</p>	<p>COCO:</p> <p>Trabaja como psicóloga en dos instituciones educativas, con DMII desde hace 6 años, es la menor de su familia, tiene pareja, sin hijos, vive sola. Refiere tener una relación familiar armónica y consentidora, su pareja es una persona solidaria con ella. En sus ambientes laborales ha vivido mucha presión, estrés y dificultades con sus compañeros y compañeras.</p> <p>CARO:</p> <p>Obrera, tiene 12 años del diagnóstico de DMII, tiene 27 años de matrimonio, no tiene hijos (es infértil), su esposo trabaja en un taller de calzado, ambos comparten gastos de la casa y de alimentación. Antecedentes familiares con DMII, presenta obesidad. Refiere una relación de pareja tranquila. Recientemente murió su mamá por complicaciones derivadas de tener DMII.</p>

Las entrevistas se realizaron en un cubículo en la UIICSE de la FES Iztacala, en la sala de la casa de algunos participantes, y la sala del domicilio particular de la investigadora. Los y las participantes eligieron el día, lugar y los horarios para llevar a cabo la entrevista, lo que facilitó su traslado y disponibilidad de tiempo. Se realizaron entrevistas, así mismo se utilizó una guía

(apéndice K), que permitió indagar sobre sus conocimientos, y acciones en relación a la DMII, y las relaciones interpersonales que viven en diferentes ámbitos. La revisión de la literatura permitió identificar que la vivencia de la DMII en hombres y mujeres tiene relación con las interacciones con la pareja, hijos, u otros familiares cercanos; con las relaciones interpersonales y actividades que realiza en el ámbito laboral y personal del sector salud a partir de recibir el diagnóstico de padecer DMII. Con base en lo anterior, se consideró pertinente en la entrevista abordar los ejes: familiar¹¹ (pareja, hijos, otros familiares), laboral¹² (actividad, compañeros, jefes) y servicios de salud¹³ (diagnóstico, atención profesional).

Se utilizó como estrategia para iniciar la entrevista una pregunta desencadenante, a partir de la cual se iban ajustando las preguntas, muchos aspectos eran mencionados sin necesidad de hacerles el cuestionamiento, y en otras ocasiones los y las participantes (entrevistados) daban la pauta sobre qué aspecto de la DMII querían enfatizar. En este sentido, cada entrevista se fue adaptando a los y las participantes, así como en su contenido, sin perder de vista los ejes a indagar.

La estrategia y técnica para contactar con los y las participantes fue la de bola de nieve, previo conocer directamente a algún varón o mujer y solicitarles su colaboración y apoyo/ ayuda para contactar a personas diagnosticadas con DMII que conocieran y consideraran que pudieran participar en la investigación. Siempre se contó con buena disponibilidad de los y las participantes para responder u apoyar para conseguir otro u otra participante para la investigación.

4.2.2.2 Consideraciones éticas de la investigación.

¹¹ La relación que establece hombres y mujeres con diagnóstico de DMII con su pareja, hijos, y otros se ha identificado guarda estrecha relación en la significación que otorgan a ésta, matizando las interrelaciones que tiene con sus integrantes, su comunicación entre ellos, cuidado que recibe o debe tener, las relaciones afectivas, y sexuales entre la pareja y los hijos, principalmente.

¹² Refiere a las relaciones que se han identificado contribuyen al significado que otorgan los hombres y mujeres a la DMII, dentro de su ámbito laboral tanto en cómo ven y realizan sus actividades a partir del diagnóstico, las relaciones que tiene con compañeros y jefes, así como con el mismo ambiente que se establece en sus jornadas diarias.

¹³ Refiere a las relaciones que los hombres y mujeres con diagnóstico de DMII tiene con médicos, enfermeras o personal de saludes vinculadas con su diagnóstico, tratamiento y seguimiento, así como la información y atención que de este servicio recibe o no las personas que tienen este padecimiento.

Los principios éticos observados en la investigación fueron los siguientes: se informó verbalmente y por escrito sobre el propósito del estudio, sus características, confidencialidad, libertad de decisión de continuar o concluir su participación en el momento que así lo consideraran pertinente; se aclararon dudas sobre la investigación. Se solicitó a los y las participantes firmar en el documento de consentimiento informado (apéndice II). Los nombres verdaderos de los participantes fueron sustituidos, para proteger su identidad.

Se les dio un preámbulo del objetivo de la investigación e importancia; se preguntó si tenían alguna duda o comentario. Posteriormente se inició la entrevista con él o la participante. La estrategia para iniciar la entrevista fue a partir de una pregunta desencadenante.

La duración promedio de cada entrevista fue de 45 minutos, finalizando una vez que se habían explorado los temas contenidos en la guía de entrevista. La información obtenida fue transcrita para su posterior análisis.

El análisis de cada uno de los ejes permite analizar los significados del diagnóstico, del cuidado, de la sexualidad, el trabajo y el sector salud relacionado con la vivencia de la diabetes.

CAPÍTULO 5

VIVENCIAS DE HOMBRES Y MUJERES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

En el siguiente apartado, se presenta la interpretación de resultados en tablas, mostrando una manera de condensación de los mismos, que implicó un resumen de los significados expresados por los y las entrevistadas en formulaciones breves. En el entendido que el significado principal de lo que se dice, se expresa en categorías; en este caso, se identificaron las siguientes: el diagnóstico de la DMII, el cuidado, la sexualidad, el trabajo y los significados que se relacionan con su vivencia y significación que tiene para ellos y ellas la DMII. Posteriormente se desarrolla el análisis y la discusión de éstos.

5.1 Diagnóstico

En la tabla 9, se observan los comentarios condensados más relevantes que hicieron los y las participantes cuando se les preguntaba sobre que representó la noticia de que padecían DMII. En un segundo apartado de la tabla se presenta la información que reportaron ante los sentimientos que tuvieron ante la noticia.

Tabla 9. LA VIDA ANTE EL DIAGNÓSTICO			
Qué representó la noticia de que eran diabéticas o diabéticos			
Mujeres		Hombres	
<p><i>“fue un shock”, “algo muy duro”, “se sienten mal”, que “no van a durar mucho; ven la enfermedad como algo monstruoso, algo horrible”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les representa un deterioro lento, mutaciones, insuficiencia renal, hospitalización. • Les asusta saberse con esta enfermedad pues piensan en las consecuencias de la misma y se ven teniéndolas, piensan lo peor. 	<p><i>“fue un shock”, “algo muy duro/fuerte”, “se sienten mal”, “se les cierra el mundo”, “tienen el tiempo contado”; se ven con la enfermedad como “lisiados”, “apestados”, “lo peor del mundo”.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les representa una pérdida ante su autonomía y autosuficiencia para tomar decisiones o hacer cosas para controlar su vida, visualizándose incluso como “lisiados”, “apestados”, “lo peor del mundo”. • Ven afectada su valía y su autoestima.

Cómo se sintieron ante la noticia			
Mujeres		Hombres	
Tristeza, enojo, frustración; llanto, mencionan vivir una depresión.	<ul style="list-style-type: none"> Las hace cuestionarse por qué a ellas y el por qué no hay una cura Les significa: LA MUERTE 	Tristeza, coraje, ira lloran, mencionan vivir una depresión, se aíslan. Refieren no saber qué hacer en ese momento y en adelante	<ul style="list-style-type: none"> Para ellos significa un fin, el acortamiento a su tiempo de vida, LA MUERTE. Se cuestionan su capacidad de hacer cambio de hábitos, viven una desorientación.

La tabla muestra los sentimientos y pensamientos vividos a momento de recibir el diagnóstico de padecer DMII

Para hablar sobre como afrontaron esta nueva condición de vida, se reporta en la tabla 10 cuál fue su primera reacción ante ello y en un segundo momento como lo han enfrentado desde que recibieron el diagnóstico a la fecha de la entrevista.

Tabla 10. EL AFRONTAMIENTO ANTE ESTA NUEVA CONDICIÓN DE VIDA	
En un primer momento...	
Mujeres	Hombres
<i>Cuestionan el ¿por qué a ellas les dio esta enfermedad?, lo viven como un castigo, dejando en manos de Dios el curso de esta. Aun cuando se resisten a aceptar la enfermedad</i>	<i>Algunos cuestionan si realmente están enfermos, refieren no sentirse como una persona diabética o que no lo son al 100%, viviendo un momento de negación de la enfermedad. Manifiestan una resistencia a aceptar el diagnóstico.</i>
En un segundo momento representa para...	
Mujeres	Hombres
<i>RESIGNACION, para ellas el diagnóstico de tener DMII lo reciben como algo “nada bueno”, lo que les significa tener que vivir con ella, tomarse el medicamento, hacer lo que el médico dice que haga, restringirse en la alimentación.</i>	<i>UN RETO, implica asimilar y aceptar que tienen esta enfermedad, que deben retomar el control de su vida, recuperan su autoestima, su valía, que deben superar su depresión. Refieren que deben de actuar de forma valiente, así como seguir demostrando su virilidad (ya que les sirve el pene y aún tienen la habilidad de tener una dama), lo que les permite seguir siendo hombres.</i>
Refieren TOMARLO CON CALMA, CON TRANQUILIDAD, seguir la vida igual, es verla como algo normal	<i>Refieren que existe una TOMA DE CONCIENCIA DE QUE SE TIENE DMII, se identifican como una persona diabética, como una persona que se da cuenta que tiene la enfermedad de DMII, lo que les representa o significa buscar alternativas,</i>

	<i>como en el caso de amputación, usar muletas / ser más que un miembro de su cuerpo, tomar su medicamento o evitar tomarlo si pueden mantener en un rango normal sus niveles de glucosa, controlarse en la alimentación, llevar una dieta y evitar los excesos, hacer algunos cambios de hábitos.</i>
--	--

La tabla muestra la estrategia de afrontamiento de hombres y mujeres al ser diagnosticados con DMII

5.2 Cuidado

A partir de los ejes que se consideraron para llevar a cabo la entrevista se identificó como impórtate en el significado que hombre y mujeres atribuyen a padecer DMII lo referente a las condiciones del cuidado de ellos y ellas que se atribuyen al género; en la tabla 11 se presenta lo que mencionaron los y las participantes.

Tabla 11. DIFERENCIAS RELACIONADAS CON EL CUIDADO, QUE SE ATRIBUYEN AL GÉNERO			
Actividades de cuidado que las mujeres perciben por parte de sus parejas:		Actividades de cuidado que los hombres perciben por parte de sus parejas	
Les recuerdan que ellas se deben cuidar, lo cual interpretan como muestras de solidaridad y mimos.	<i>“Él me avisa... ‘acuérdate que te hace daño... o ¿te tomaste las pastillas?, acuérdate que te tienes que tomar las pastillas’.”</i>	Les apoyan cambiando su alimentación por otra más saludable.	<i>“Me hacía comidas de verduritas y todo eso”</i>
Les compran su medicamento y su glucómetro.	<i>“Él me cuidaba mucho, él estaba al pendiente de mi medicamento, él fue el que me compró el glucómetro y me compraba mi medicina”</i>	Reprendiéndolos por transgredir la dieta.	<i>“mi esposa me regaña por lo que como... me dice... ‘pues oye ¡ya Bájale!’</i>
Les asignan la responsabilidad de su propio cuidado.	<i>“Me dice mi mamá, ‘cúdate, ya sabes lo que tienes que hacer o sea que... de ti depende’... Luego, cuando le digo a mi esposo, ¡imagínate, yo con esta enfermedad! Y me contesta ‘ay, pero si te cuidas no te pasa nada, cúdate y ya’...”</i>	Suelen estar atentas ante los malestares de sus esposos para saber cómo actuar.	<i>“Me bajó la glucosa y la que se dio cuenta fue mi esposa porque me dijo ‘estas sudando ‘...y le dije si es que me siento mal, me sentí muy mal ...entonces lo que hizo ella, luego, luego me preparo un Choco Milk”</i>
Los mimos y “apapachos” son significados como excesivos y como una forma de control sobre sus salidas al espacio público.	<i>“Mi hija y mi esposo me apapachan, pero llega a ser en ocasiones excesivo, me “atosigan”, no les gusta que salga sola a la calle”.</i>	Apoyan con el gasto familiar visto como una ayuda económica para el jefe de familia que está enfermo.	<i>“y gracias a Dios mi esposa trabaja, es maestra, y pues ella es la que me ha echado la mano...”</i>

La tabla muestra las estrategias de cuidado que perciben recibir hombres y mujeres con DMII

5.3 Sexualidad

En relación a la sexualidad, se les preguntó cómo se ha relacionado la DMII con su sexualidad, esto se muestra en las tablas 12 y 13, donde se observaron diferencias en relación a su género.

Tabla 12. MUJERES CON DMII Y SU RELACIÓN CON LA SEXUALIDAD		
Condiciones biomédicas ¹⁴		Condiciones psicosociales ¹⁵
Las mujeres identifican:		
<p>Cansancio, agotamiento, lo cual puede estar asociado con su respuesta sexual: * Refieren sentir cansancio, lo cual se reflejaba en agotamiento después de una relación sexual.</p>	<p><i>“No, no, no he tenido problemas... todo está bien”. (Helena)</i> <i>“Al principio yo estaba muy cansada, me agotaba mucho una relación sexual... encontraba mayor comprensión por parte de él ... me decía ‘no hay problema procuraremos que tú no te canses’ entonces la mayor talacha se la echaba él” (Coco, 40 años)</i></p>	<p>Mencionan, por un lado, que su sexualidad, en general, sigue igual refieren que no se ve afectada por la DMII. Pero por otro, comentan que se ve afectada por el cansancio y la fatiga que siente, pero no lo relacionan con la DMII. Lo refieren como una pérdida del deseo No obstante, también refiere que su esposo ya no es sexualmente activo.</p>
<p>* También comentan que por sentir cansancio y agotamiento van dejando de tener ganas de estar con la pareja.</p>	<p><i>“Yo sentí que se va uno agotando... Se va una secando... va uno dejando de tener ganas de estar con el esposo... Y bueno, no toco el punto, pero el ya no... ya no puede” (Minerva, 58 años) ...</i></p>	

La tabla muestra la relación de la DMII y la sexualidad de las participantes

¹⁴ Las condiciones biomédicas hacen referencia a los efectos fisiológicos consecuencias de los niveles elevado de glucosa en la sangre y descontrol metabólico. En ambos puede provocar cansancio, fatiga, agotamiento. En los varones problemas de erección, disminución de libido; en las mujeres se presenta resequeza vaginal, coito doloroso, disminución del deseo sexual

¹⁵ Las condiciones psicosociales hacen referencia a las prácticas de su actividad sexual, a partir de recibir el diagnóstico de DMII, y las consecuencias que le atribuyen o no a la enfermedad y su sexualidad.

Tabla 13. HOMBRES CON DMII Y SU RELACIÓN CON LA SEXUALIDAD				
Condiciones biomédicas		Condiciones psicosociales		
Los hombres identifican				
<p>Cuando existen niveles elevados de glucosa, y por tanto un descontrol metabólico reconocen que se presenta una disfunción eréctil.</p>	<p><i>“me llegó a afectar en mi desempeño sexual, la verdad... anda uno fallón”</i> (Beto, 35 años)</p>	<p>Identifican algunas preocupaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1) que se llegue a cuestionar su virilidad, como macho mexicano; • 2) se teme vivir un rechazo de las mujeres, por tener DMII; • 3) se teme no encontrar el apoyo o compromiso en los otros para cuidarlo, por lo que se cuestiona decirlo o no; y • 4) le preocupa causar lastima, ser visto como estar “madreado”; o que se alegren de que tiene DMII. 		
	<p><i>“la vida sexual... ya no es lo mismo... Pues este ya no... ya no es lo mismo... ya como que hay un poco de disfunción eréctil”</i> (Mario, 53 años)</p>	<p>Refieren que tienen que demostrar a los otros y a ellos mismos que son hombres y que aún pueden tener mujeres, conquistarlas.</p>	<p>Toño (61 años): <i>“¡chingao!, pues todavía no me muero, todavía me sirven mis patas, me sirven mis manos y, sobre todo, todavía me sirve mi pene... y mientras yo tenga fuerzas, mientras yo tenga la habilidad para tener una dama, ahí estoy...”</i></p>	
		<p>Desde su perspectiva ellos son “más sexuales, más cachondones”, más activos.</p>	<p>Adrián (40 años): <i>“los hombres somos más cachondones pienso yo... en esa parte (lo sexual) creo que puede afectar más al hombre y finalmente creo que es anímico no tanto físico... por la idiosincrasia, porque los mexicanos somos así, muy de ¡ay yo me eché a esta, a esta, a esta, a esta!”.</i></p> <p>Toño (61 años): <i>“Me he vuelto más activo o trato de ser más activo”</i></p>	

La tabla muestra la relación de la DMII y la sexualidad de los participantes.

5.4 Trabajo

Las relaciones que tienen hombres y mujeres en el trabajo o ámbito laboral se indagó a través de cuestionamientos sobre si informan o no que padecen DMII, las actividades o modificaciones que realizan en su trabajo, como perciben que son vistos o tratados por sus compañeros y jefes a partir de estar enterados de su enfermedad, y si esto les reporta una ventaja o desventaja (Ver tabla 14).

TABLA 14. LA DMII EN HOMBRES Y MUJERES Y SU RELACIÓN EN EL TRABAJO			
Prefieren no decir que han sido diagnosticados con DMII.... Por			
Mujeres		Hombres	
<p>“Temor a que las corran”</p> <p>“No lo dicen porque piensan que no es importante”</p>	<p>No lo dicen porque piensan que no es importante o temen a la discriminación y a sus consecuencias en el trabajo; sin embargo, lo llegan a mencionar cuando sienten que está en riesgo su salud.</p>	<p>“Evitar ser vistos diferentes, que me limiten o cuestionen”</p> <p>“Hay personas que te compadecen, hay otras que se alegran, entonces no acostumbro decirles”</p>	<p>Se pueda hablar de un significado estigmatizante, en el sentido de ser visto como limitados, enfermos, se puede decir que se perciben vulnerables.</p>
Modifican algunas actividades en su ámbito laboral			
Mujeres		Hombres	
<p>Ponen algunos “límites en horarios de trabajo y descansa los domingos”.</p> <p>Se toman su “medicamento en horarios que no sean vistos por su jefe”</p> <p>Otras “no hacen cambios, no le dan importancia, todo sigue igual”.</p>	<p>Algunas actividades sí consideran que ponen en riesgo su salud.</p> <p>Sin embargo, otras mujeres tratan de ignorar que la tienen y siguen con sus actividades igual.</p> <p>No refieren, tomar alguna medida preventiva.</p>	<p>“Cuidar sus pies, se ponen botas o zapatos seguros, trabajar tomando medidas preventivas para no lastimarse en general”,</p> <p>“se la llevan más tranquila”</p>	<p>Son más conscientes de que algunas actividades los pone en riesgo y se cuidan, haciendo algunos ajustes (calzado, cuidan de no lastimarse)</p>

Padecer DMII es ser visto/a como			
Mujeres		Hombres	
<p>“Igual, deben tratarnos igual, todas (compañeras de trabajo con DMII), yo la tengo y no por eso me deben tener consideraciones”</p> <p>“Fue así como... una situación lastimera”.</p>	<p>Se evidencia una falta de solidaridad.</p> <p>Se les cuestiona, si verdaderamente están enfermas, deben probarlo</p> <p>Tienen que resistir las presiones o acciones negativas que hacen en contra de ellas</p>	<p>“Hay muchos compañeros que dicen ‘pues es que la azúcar’ y empiezan a quejarse y ese tipo de gente, ese tipo de hombre, dice uno, pues que cobarde”</p> <p>“yo la tengo y yo no ando quejándome... nos doblamos, pero si nos cuidamos”</p>	<p>Juzgan severamente a quienes lo expresan y esperan atención por ello, clasificando a los hombres con DMII como “cobardes a los que se quejan”, los verdaderos hombres “no se doblan”.</p>
Ganancias Secundarias al decir que padecen DMII: ¿Una ventaja? ... ¿Para quién?			
Mujeres		Hombres	
<p>“lo utilizaron como un medio para... este... torturarme. Después me picaban para que yo me enojara, y vieran si era cierto o no que estaba enferma”</p> <p>“A veces a la gente le vale, son mulas, entonces tiene que aprender también a medirse..., trato como de irme regulando, ellos se han portado amables conmigo y la gente incluso de aquí en la cafetería ya saben cómo pido las cosas, que sin azúcar o sin grasa.</p>	<p>Genera situaciones, diversas, unas de condescendencia, otras de prueba y resistencia y otras de búsqueda de apoyo. Se pasa, en ocasiones por una serie pruebas o condiciones en el trabajo para lograr que asimilen que tienen DMII, y tiene que hacer ajustes para no ser afectada en su salud y no ser vista con lástima.</p>	<p>“Le dije a mi jefe... estuvo bien, porque era bien regañón (risas), pero conmigo como que se calmaba, como que hay un trato como preferencial, entonces (risas) en ese momento si me sirvió bastante... alguna ventaja debería tener”.</p> <p>“Lo he visto, compañeros que han usado la enfermedad para conseguir por lo menos tres días de incapacidad para irse a su tierra...o para que no los castiguen”.</p>	<p>Los varones participantes reconocen que decir que tienen DMII de alguna manera les proporciona algunas prerrogativas, o trato especial, que les agrada o conviene.</p>

La tabla muestra las ventajas o no de decir que una mujer u hombre padece DMII

CAPÍTULO 6

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN VIVENCIAS DE HOMBRES Y MUJERES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

La información se analiza con base en la interpretación teórica conceptual desde la perspectiva de género, para identificar a través de los testimonios de los y las participantes los significados que otorgan a su condición como hombres y mujeres diagnosticados con DMII de la siguiente manera:

- **Diagnóstico**
 - La vida ante el diagnóstico.
 - El afrontamiento ante esta nueva condición de vida, para ellos y para ellas.
- **Cuidado**
 - Tengo DMII ¿qué no se dan cuenta? Quiero que me cuiden.
 - A los otros u otras no les cae el veinte.
 - ¡Cuídate!, ya sabes lo que tienes que hacer.
 - No queda de otra, ahora trato de cuidarme.
- **Sexualidad**
- **Trabajo**
- **El Discurso biomédico en la construcción de significados en torno a la DMII.**
 - *El personal de salud*

6.1 Diagnóstico.

“Mi vida no será igual como era antes del diagnóstico”

El proceso de notificación del diagnóstico se abordó a partir de las siguientes interrogantes ¿qué pensaron y sintieron cuando les dieron la noticia?, y ¿cómo lo afrontaron? La información

permitió identificar *dos categorías*: 1ª) La vida ante el diagnóstico, y 2ª) El afrontamiento ante esta nueva condición de vida, para ellos y para ellas.

6.1.1 La vida ante el diagnóstico

“Muchas cosas pasaron por mi cabeza. Que no iba a durar mucho tiempo, me iba a decaer poco a poco”

La vida ante el diagnóstico representa y significa un cambio tanto para hombres como para mujeres, fue un shock, algo muy duro o fuerte, se sintieron mal, pensaron que se les acaba el tiempo, que vivirán un deterioro físico, que no iban a durar mucho y/o en la muerte:

ELLOS

“Fue un shock, shock... Yo lo recibí de una manera muy dura”, “sentí que mi vida estaba contada y mi tiempo estaba contado” (Adrián, 40 años).

“Yo me encerré, chillé. Creí que me iba a morir” (Toño, 61 años).

ELLAS

“me impactó mucho” ...Estaba yo en shock, porque yo no aceptaba la enfermedad, yo la vi este... ‘¿cuánto me falta?’. “Era verme mutilada, verme en una cama de hospital era este verme con insuficiencia renal...” (Coco, 40 años).

“Muchas cosas pasaron por mi cabeza. Que no iba a durar mucho tiempo, me iba a decaer poco a poco” (Flor, 45 años).

“Cuando me lo diagnosticaron... Yo decía ¡me voy a morir!... ¡ay no!, yo sentía que ya me iba a morir” (Helena, 53 años).

Los testimonios muestran cómo la realidad de las personas se ve afectada antes y después del diagnóstico, desde el planteamiento de Berger y Luckmann (1968), Conrad y Barker (2010) y Davies y Harré (1990), la realidad se construye. En este sentido, las personas en general construyen un conocimiento y elaboran un significado sobre las consecuencias de la DMII, que

los llevará a la muerte y/o que les acortará y deteriorará su vida. Mucho de ello, difundido por medios de comunicación, o el sector salud, o porque lo han visto de cerca con familiares, amigos o conocidos, dado que hacen referencia a sus consecuencias por ser una enfermedad crónica-degenerativa, por lo cual incurable que se asocia con un deterioro orgánico, en muchas ocasiones rápido a partir del momento en que se detecta, teniendo complicaciones casi inmediatas que se reflejan en insuficiencia renal, nefropatía, ceguera, neuropatía, amputaciones; con consecuencia graves para la calidad, esperanza de vida o que conducen a una agonía difícil y a la muerte de quien la padece (López, 2010). El significado derivado de las cuestiones biomédicas está ligado a la noticia de la pérdida de la salud, llevándolos a experimentar un desequilibrio, deterioro o alteración orgánica y emocional. Lo que Kleinman (1980), considera el aspecto biomédico de la enfermedad (disease). Sin embargo, se pueden identificar diferencias de género a partir de la construcción sociocultural de mismo, para el caso de los hombres:

Se acaba aquel canijo...

“Sentía que ya era lo último que me podía haber pasado, era el fin de mi estado físico, pensé que iba ya en plena decadencia”

Para los participantes recibir el diagnóstico de tener DMII, significa perder el poder y el control sobre ellos mismos y sobre los otros y otras. Sentirse lisiados, sin valor, con una baja autoestima, perder el control de su vida, afectada su valía, su virilidad y autoestima, visualizándose como lisiados, apestados o lo peor del mundo por tener DMII.

“Me sentí... no quiero ser ofensivo, pero me sentí como si estuviera lisiado, como si no valiera lo mismo... la diabetes subió muchísimo la depresión, bajó muchísimo la autoestima (Adrián, 40 años).

“Sentía que ya era lo último que me podía haber pasado, sentí que era el fin de mi estado físico, pensé que iba ya en plena decadencia. Se acaba aquel canijo, no sabía qué hacer,

no sabía qué; no sabía cómo actuar, no sabía muchas cosas... Decía... 'soy el peor ente del mundo, el peor, el pinche apestado'... (Toño, 61 años).

Estos significados de los participantes reflejan *un impacto, un shock* como ellos dicen, por la pérdida del poder, el control y el dominio como parte de su identidad masculina, construida a través de su proceso de socialización como hombres. Se espera socioculturalmente que los hombres tengan el poder y control sobre el cuerpo, ser fuertes, autónomos, tener y mostrar autoafirmación como hombres, tener el control de su vida (Cazés, 2005; Hernández, 2006). Lo cual se ve afectado por la DMII que los vulnera, los hace débiles, pierden el control, se sienten desorientados, se ven obligados por la DMII a hacer cambios en su vida como hacer ejercicio o dieta que implica restricciones. Henkel (2010), Gómez y Escobar (2006) encuentran que muchos hombres prefieren negar sus problemas de salud o físicos, pues reconocerlos o pedir ayuda está asociado con lo femenino, los avergüenza o los hace débiles, los hace menos hombres. Para ellos representó pérdida de autonomía, de autosuficiencia, de poder y control en la toma de decisiones y/o la imposibilidad de hacer cosas. Se encuentran diferencias en el caso de las mujeres entrevistadas.

“¿Por qué me castigas Dios? como mujer lo tengo que aceptar, y ya lo acepté...”

Para las participantes, se pudieron identificar como significados el deterioro físico como consecuencia de la DMII, verse viviendo sus consecuencias a través de mutilaciones, insuficiencia renal, hospitalización, algo monstruoso, horrible, lo peor, la muerte.

“Era verme mutilada, verme en una cama de hospital, era este, ver con insuficiencia renal. Este no..., no, era monstruoso” (Coco, 40 años).

“Para mí, es una enfermedad ahora que la viví en carne propia 'muy, muy mala, muy fea' ... “Yo pienso lo de la diabetes mellitus es una enfermedad horrible, horrible” (Flor, 45 años).

“pues yo pensé lo peor, me voy a morir...” (Isela, 63 años).

Expresar estos significados como mujeres se considera “normal” no se sancionan, es parte del género femenino. Se les socializa para expresar e identificar un amplio rango de emociones, lo cual no les garantiza una mejor condición de vida, aunque si un comportamiento aprobado socialmente para su género y que las puede dejar en una condición de desventaja, como si el solo hecho de decirlo o expresarlo les solucionara su condición de vida o de salud (Gómez y Escobar, 2006).

Para algunas mujeres hablar de sus problemas de salud y buscar ayuda, puede influir en su tendencia a expresar sus síntomas y recibir atención. Otras relativizando su estado de salud o ignorando su enfermedad, se olvidan de sí. En este sentido, las mujeres son quienes tienen más enfermedades agudas, más condiciones crónicas, sufren más de trastornos somáticos y distrés psicológico, que se manifiesta, por ejemplo, en insomnio, nerviosismo, jaquecas, palpitaciones, mareos, pesadillas, temblores y falta de motivación. Pero también son quienes realizan más visitas al médico en comparación con los hombres (Ledón, 2012; Villarroel, 2011; González, 2006).

Sentimientos ante el diagnóstico

“¡Ay no!, sentí mucha tristeza. Yo me deprimí mucho cuando me la diagnosticaron”

Para los y las participantes fue un impacto, donde sienten y piensan que su vida se acabó, vieron afectado su estado anímico, como se puede ver en sus discursos, sintieron *tristeza, depresión, se había acabado su vida, su camino*; lloraron al recibir el diagnóstico.

“... uno se siente deprimido...sentí que se me había acabado el camino (se le quebraba la voz, pero recupera rápido y en tono de broma continua), (Toño, 61 años).

“Me dio mucha tristeza el día que me enteré... Me quedé llorando en el coche, de hecho 2 o 3 horas más o menos, lloré muchísimo” (Adrián; 40 años).

“Sentí tristeza, si tal vez ahí sigue, sigue cada día la tristeza, el decir ¿y ahora qué?” (Juan, 47 años)

“Me dio como tristeza saber...” (Isela, 63 años).

¡Ay no!, sentí mucha tristeza. “Yo me deprimí mucho cuando... cuando me lo diagnosticaron.... Estuve como un mes casi nada más llorando” (Helena, 53 años).

Los sentimientos que experimentan hombres y mujeres ante el diagnóstico DMII van más allá de la propia sintomatología de la enfermedad, involucrando aspectos psicosociales y emocionales ligados a la pérdida de la salud, de la estabilidad y el cuestionamiento o necesidad de cambio (realizados o no) de la forma de vida que hasta el momento han llevado. Conrad y Barker (2010), encuentran que una enfermedad lleva a las personas a replantearse y revalorar quienes son y cómo estarán a corto y mediano plazo.

Aun cuando ellas y ellos lloraron, tanto como consecuencia de su tristeza o enojo porque su vida nunca volvería a ser igual después del diagnóstico, tienen una connotación diferente de acuerdo a su género.

A lo mejor sí se vale decir, pues si lloré, ¡ya me había llevado la chingada...!

“Sentí coraje, sentí ira...”

Se puede identificar en sus testimonios lo que sintieron los participantes; con base en ellos la construcción del impacto incorpora el proceso de socialización de género, pues a los hombres les fue más difícil expresarlo, se aislaron, se encerraron donde nadie los viera, pues los hace verse frágiles ante los demás, vulnerables, porque han sido socializados para tener el control de todo, de su cuerpo, de su vida, mostrarse débil ante los otros significa perderlo todo.

Harrison & Ficcarotto, T. (1989), menciona que el conflicto percibido se centra en la dicotomía entre las necesidades psicológicas de expresión de sus sentimientos y el rol masculino estereotipado (donde no puede expresarlos), lo que puede resultar un riesgo potencial para la salud de los hombres, ya que el sentir y vivir diferentes emociones ante un evento tan impactante para ellos como el haber recibido el diagnóstico de tener DMII y no poderlo expresar, se convierte en un riesgo para su salud. En este sentido los hombres prefieren ignorar signos somáticos, resistirse a buscar ayuda o atención para su salud.

Señala Kimmel (1995), que los hombres verdaderos no se enferman y, cuando esto sucede, no se quejan y no buscan ayuda hasta que es inevitable, lo cual concuerda con la información dada

por los participantes, quienes se aíslan para llorar, para expresar lo mal que se sienten, para gritar, para vivir su duelo. Se sienten *“el peor ente del mundo, un apestado”*.

Ante el diagnóstico, los sentimientos son **de coraje, ira en su máxima expresión** *“¡ya me cargo la chingada!... En ese momento se acabó ya. Voy a tomar el camino hacia el panteón, porque se acabó”*. También sienten tristeza, *“lloré mucho, me dio mucha tristeza”* y su respuesta es aislarse encerrándose en su recámara, o en el coche, refieren no saber qué hacer en ese momento y en un futuro, se sienten desorientados, se cuestionan su capacidad de hacer cambio de hábitos.

Considerando lo anterior, Lozoya (1999:3) encuentra que *“los privilegios cuestan caros y en el campo de los sentimientos, todo lo que ganan los varones en poder lo pagan en represión emocional”*; su expresión emocional pública es muy limitada, se les enseña que los hombres no lloran y si alguno lo hace tiende a disculparse por perder el control, ya que no les es permitido, se sanciona pues no deben perder el dominio propio, hasta en situaciones peligrosas se les ha vetado la posibilidad de mostrar miedo, deben sentir y demostrar valor siempre, deben mostrar fortaleza tanto física como espiritual, y cuando no pueden mostrarse así mejor que no los vean. Los hombres como los participantes, les han asignado características estereotipadas de una masculinidad dominante, tradicional, no deben doblegarse ante el dolor, aunque lo estén viviendo, ni pedir ayuda, aunque estén experimentando soledad: Toño (61 años) *“... sentí muchas cosas juntas... ni tenía caso que se lo dijera a nadie. Nadie me iba ayudar”*. Existe una lógica masculina construida a través de diversos procesos de socialización de género donde los hombres deben asumir solos sus problemas, dudas y ansiedades, en todo momento deben mostrar su racionalidad al saber qué hacer ante determinadas situaciones, de esta forma son menos vulnerables y responden socialmente a una integridad de género esperada (Molina y Oliva, 2011).

Este momento del diagnóstico, lo viven como algo impactante que los hace sentir muy mal, débiles, vulnerables, lo que significa para un hombre de acuerdo con González (2006) no cumplir o no poder cumplir con el mandato de ser fuerte, integro, sano ante los demás y ante sí, generando tensión, ira y ansiedad que en muchas ocasiones lleva a algunos varones a comportarse de manera riesgosa para su salud al consumir alcohol o drogas, al no llevar una dieta adecuada, al no seguir un tratamiento médico, al comportarse de manera agresiva entre

otras. A lo largo de su desarrollo los hombres desarrollan capacidades y habilidades en relación a la acción y resolución, a asumir riesgos, a ser asertivos, mostrarse calmados ante el peligro y otras actitudes similares, además de no permitirse expresar emociones o debilidad, pues ellos deberán ser fuertes e invulnerables (Chaveste, 2009).

Los participantes viven conflictos, se encuentran entre el estereotipo social esperado y su realidad, su dolor, tristeza, impotencia para enfrentar un diagnóstico que les dice que como hombres ya no son fuertes, no tienen el control de su cuerpo, de su vida, que son vulnerables, que tienen DMII; ya no son sanos, lo cual los hace pensar que valen menos; los desorienta ya que no saben qué hacer lo cual no es lo que se espera de ellos dada su condición masculina prevaeciente en nuestra cultura, esperando que siempre tengan el control de las situaciones, y cuando no es así se aíslan, por ejemplo para llorar solamente así se lo permiten, porque *“los verdaderos hombres no lloran”*.

A diferencia de los varones, las mujeres son socializadas genéricamente de manera distinta:

*“Sentí como un baño de agua fría, ¿Por qué, por qué...?
Yo no pensé tener esta enfermedad”*

En el caso de las participantes, los sentimientos también son de tristeza, enojo, frustración, impotencia. Se cuestionan ¿por qué a ellas?

“tristeza, enojo, frustración, impotencia de decir ‘¿por qué no me operan y ya?’, pero no, no, la diabetes no es que te operen y ya...” (Coco, 40 años).

“sentí como un baño de agua fría, ¿Por qué, por qué? yo no pensé tener esta enfermedad” (Flor, 45 años).

“¿Por qué yo? digo ‘tantas enfermedades, tanto tiempo en el hospital y ahora con diabetes’ decía yo, ‘no, no, no’...” Helena (53 años).

“bueno, ¿y ahora yo por qué? ¿Por qué tengo la azúcar?” (Isela, 63 años).

Las mujeres han sido socializadas para expresar con mayor facilidad sus emociones, por tanto el llanto y mostrarse tristes no les es sancionado, de hecho pueden manifestarse molestas, pero siempre dentro de lo permitido para una mujer socialmente; dentro de las características femeninas se reconoce su sensibilidad, emotividad, se les permite tener temor, ser tímidas para expresar sus emociones negativas, en este sentido se puede identificar una menor intensidad en la forma de expresar lo que sintieron, no hablar de ira sino de enojo (Alfaro, 1999). Lo que se identifica en las participantes es un cuestionamiento, no saben por qué han desarrollado DMII lo cual está ligado tanto a los factores hereditarios, estilos de vida no saludables y/o sedentarismo (Gómez-Dantés, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola y Frenk, 2011; Rodríguez, Robledo, y Pedroso, 2010; Programa Nacional de Salud, 2007).

Una parte importante de su cuestionamiento está en relación con la comparación en los estilos de vida que llevan generalmente los hombres, hermanos, o esposos, pues en conversaciones fuera de entrevista, comentaban que porqué a ellas les dio DMII y no a su hermano con la vida que lleva (parranda, desenfreno) o a su esposo quien es sano, está bien y no había sido muy buena persona ya que la había engañado con otra mujer.

6.1.2 Afrontamiento ante esta nueva condición de vida para ellos y ellas

“¡Soy hombre! y porque soy hombre, no me va a doblar la enfermedad...Ahí uno tiene que imponerse”

A continuación, se hace referencia a las diferencias de género identificadas respecto a la manera cómo afrontan la noticia del diagnóstico y lo que representará en su vida ser un hombre o una mujer con diabetes, identificándose dos momentos en su proceso.

En el caso de ellos, en un principio, algunos dudan tener DMII, se cuestionan sí realmente están enfermos ya que refieren no sentirse como una persona diabética o no lo son al 100%, en este sentido niegan o rechazan el diagnóstico.

“no me puedo considerar cien por ciento diabético” (Toño, 61 años).

“yo realmente no me siento como persona diabética, bueno más bien no me veo como tal”
(Beto, 35 años).

Esta negación en los participantes los pone en una condición de riesgo, esto se debe como menciona Hernández (2006), a que los varones siempre quieren ser y manifestarse como los hombres saludables, fuertes y controlados que se espera que sean.

En un segundo momento y como parte del proceso de afrontamiento, implica asimilar y aceptar que tienen esta enfermedad, incorporándola a su estilo de vida convirtiéndose en un reto, pues deben retomar el control de su vida, recuperar su autoestima, su valía, deben superar su depresión. Refieren que deben actuar de forma valiente, así como seguir demostrando su virilidad, lo que les permite reafirmar que siguen siendo hombres. Hablan de tomar conciencia que ahora tienen DMII, de verse como una persona que se da cuenta que tiene la enfermedad, lo que les representa o significa buscar alternativas, como en el caso de amputaciones usar muletas, ser más que una parte de su cuerpo, *tomar su medicamento o evitar tomarlo si pueden mantener en un rango normal sus niveles de glucosa, controlar su alimentación*, llevar una dieta y evitar los excesos, lo que para Balcázar y cols. (2008), sería ir incorporando modificaciones a los componentes de su estilo de vida, optando por uno más saludable.

Hasta que ya empecé a asimilar que eso no se me iba a quitar ... que no hay vuelta de hoja, sino que es el puro control... hice un cambio, salí... Ya la sufrí, ahora vámonos recio, eso que se quede a un lado. Mientras yo tenga fuerzas..., ahí estoy, no me puedo doblar. No puedo ser, ni debo de ser víctima de una enfermedad. Yo no sé si el día de mañana, me llegaran a tumbar una pata..., hay muletas y aun así yo saldría a la calle, yo saldría a la calle... “si llega a subir [los niveles de glucosa], luego, luego me pongo a dieta, dejo de tomar todo lo dulce, varios días, me estoy monitoreando hasta que veo que llega, para mí lo, lo que ha sido normal, los 120. Ya de ahí llega a bajar hasta los, como el día de hoy bajé hasta los 95” (Toño, 61 años).

Los hombres, por lo general, buscan recuperar el poder y control, su valía y virilidad que le dan sentido de ser hombres en nuestra cultura. Se ven con una enfermedad que deben reconocer

y atender, pues de lo contrario ponen en riesgo no solo su salud que pareciera un aspecto secundario en ellos, sino su identidad y su lugar como hombres (Cardoso, 2006). Uno de los participantes menciona cómo su familia, sus hijos y su esposa son los motivos para el cambio, para asumir su responsabilidad en el cuidado de su salud, hacer algunos cambios de hábitos, atendiendo su alimentación, su dieta, incluso él se convierte en un ejemplo para sus hijos, recibiendo la solidaridad de su familia ante su nueva condición.

“Me volví un gigante en mi interior, me di cuenta que estaba enfermo, ahora sí que pensé, alguna vez escuché la frase de, de, de referente a los leones que decían que son más peligroso cuando están heridos; entonces yo dije ‘no me puedo dejar, tengo tres motivos que son mis hijos, más mi esposa, que son valga la redundancia, mi motivo, entonces decidí enfrentarme....bueno, hay quizás un detalle que vale la pena mencionar, que me pongo como ejemplo para mis hijos, les digo chicos yo ya tengo una pistola cargada frente a mí [hace referencia a la DMII], de mí depende que esta se dispare, tengo que ser responsable en cómo me alimento para trata de estar más o menos bien...es quizás donde yo haya cambiado y la solidaridad con la que ellos han sido conmigo... ha sido total”
(Adrián, 40).

A diferencia de los varones, en un primer momento la mayoría de las participantes cuestionan el ¿por qué a ellas les dio esta enfermedad? lo viven como un castigo, dejan en manos de Dios el curso de esta:

“¿Por qué yo?... tantas enfermedades, tanto tiempo en el hospital y ahora con diabetes... Decía yo, ‘no, no, no... Pero ¿por qué? ¿Por qué me castigas así? [Hacia referencia a Dios]. ‘ahorita ya, gracias a Dios he aprendido ya a vivir con ella” (Helena, 53 años).

Otras lo toman de manera tranquila, con calma (después de un tiempo):

“Lo tomo con calma... Entonces dije ‘ya la tengo’. Te digo, yo no la tomé como así duro... Después, dije, ¡ay lo que Dios diga!” (Minerva, 58 años).

O se resisten a aceptar la enfermedad porque hacerlo es aceptar que merecen ser castigadas por algo:

“yo no aceptaba la enfermedad” (Coco, 40 años).

Estas formas de percibirse, cuestionar y actuar, desde el construccionismo social con perspectiva de género con la manera como han sido socializadas, como han aprendido a ver su realidad, su ser mujer, su papel en el mundo, de construir su identidad (Berguer y Luckmann, 1968; Davies y Harré, 1990; Colín, 2013; Alfaro, 1999; Lagarde, 1994)

En general, todas las participantes se consideran buenas mujeres, buenas personas, porque como Helena, ya han sufrido mucho con otras enfermedades como para ahora tener DMII.

Estos cuestionamientos, dan cuenta de su aprendizaje a través del proceso de socialización, donde la religión juega un papel central en sus vidas, es decir, permite identificar como recurso ideológico a Dios para tratar de encontrar una respuesta al ¿por qué a ellas se les diagnostica DMII? En su proceso de socialización las mujeres han aprendido a encontrar respuestas a sus interrogantes a través de la cercanía con Dios, a través de este recurso la responsabilidad de lo que les pasa o como lo vivan recae en “*dejar en manos de Dios*” su salud. Se cuestionan ¿por qué a ellas?, “lo viven como un castigo”, pero asumiendo sus consecuencias.

Aun cuando por un lado se manifiestan algunas participantes resistentes a tener DMII, otra lo ve como algo *no tan duro, y lo vive con calma*. Pero en ambos casos, existe una resignación y una resistencia al manifestarse de forma pasiva, poniéndolas en riesgo de no actuar asertivamente ante su nueva condición física de DMII (Hernández, 2006; Cazés, 2005). Al solo dejar en manos de Dios el curso de la DMII, o como menciona Flor al no hacer caso a su diagnóstico “*la verdad no le tuve mucha paciencia, seguía yo mi vida normal*”, hace referencia a que no se atendió, no se cuidó como mencionan Córdova-Villalobos y cols. (2008); Franco, (2009); Gómez-Dantés y cols. (2011); Rodríguez y cols. (2010).

Flor, presentó una infección vaginal, que no atendió adecuadamente pues solo utilizaba remedios caseros, hasta que fue muy grave y consultó a la doctora y le explicó que esto se debía a que no se había atendido y que tenía DMII no controlada y que por los niveles elevados de azúcar, se presentaron complicaciones en su salud y eso empeoraba su situación; en este sentido para ella era posible o común tener alguna “infeccioncilla”, teniendo un estilo de vida poco saludable a lo que suelen llamar seguir su vida “normal” son patrones de conducta y

hábitos inadecuados cuyos resultados se reflejan en el debilitamiento de su estado de salud; por tanto, cuidarse hace referencia a saberse con esta enfermedad, aceptarla y establecer cambios que contribuyan a tener un estilo saludable, lo cual implicaba cambiar hábitos alimenticios, ejercicios, cuidado del cuerpo, monitoreo y regulación de niveles de azúcar a través de su medicamento (Ledón, 2008/2011b). Cabe señalar, que tanto Flor como Minerva, presentaron una infección vaginal, lo que llevó a esta última a consultar una ginecóloga, quien le reguló el medicamento para el control de la DMII, ya que por ello no mejoraba.

En un segundo momento, el diagnóstico de DMII lo reciben como “*nada bueno*”, como lo refiere Coco (40 años):

“siempre veo hacia el futuro, entonces el futuro, con el diagnóstico de la diabetes, con lo que yo veía, no era nada bueno...”

Significa tener que vivir con ella, tomarse el medicamento, seguir las instrucciones de ejercicio y las indicaciones médicas de horarios de los medicamentos y la dieta. No cuestionan su tratamiento, lo siguen como les indica el médico quien les representa una imagen de autoridad, con conocimiento, quien les dice que deben hacer.

“...pues el médico me dice ‘haga esto’ y lo hago, que haga ejercicio...pues camino” (Isela, 63 años).

Refieren que tienen que seguir su vida igual, ver esta enfermedad como algo “normal”. Ver la DMII como algo “normal”, incorpora dos significados, por un lado, no dándole importancia y seguir su vida sin hacer ejercicio, comer de todo, en ocasiones tomar el medicamento, como en el caso de Minerva (58 años): *“esto no lo siento como una enfermedad, la verdad no, y así lo estoy tratando...yo digo, qué más me da... me tomo mi pastillita hago de cuenta que estoy tomando un mejoralito y la vida sigue, si...mi vida sigue siendo igual...Así que yo tomo esto con calma, normal, normal...”*

Otro significado es incorporar y adherirse al tratamiento, requiriendo ajustes para controlar los niveles de azúcar, principalmente tomando los medicamentos asignados, hacer la dieta y ejercicio, que es lo que más trabajo les cuesta incorporar.

“lo veo pues normal... Dices, ‘bueno si no hago ejercicio son las úlceras las que te salen por falta de circulación, se revientan los vasitos y todo esto ¿no?’, pero te digo, ‘ya pensándolo bien, no, pues hay que caminar y hacer esto, pues lo hago’... (Isela, 63 años).

Un cambio en los estilos de vida, como mencionan Colín, (2013); Gómez-Dantés y cols.(2011); Rodríguez, y cols., (2010); Programa Nacional de Salud,(2007); Alfaro, (1999), es indispensable, sin embargo para las mujeres es más difícil por la socialización de género a la que han estado expuestas y como han aprendido a ser mujeres, anteponiendo el cuidado y la salud de los demás a la propia (Reyes y cols. 2010; Lozano y cols. 2007; Gómez y Escobar, 2006; Hernández, 2006 Lozano y cols. 2007) cuidarse es iría sobre llevando, con resignación.

“hay vamos capoteando la enfermedad, no queda otra... ahorita ya, gracias a Dios he aprendido ya a vivir con ella más que nada, voy a vivir toda la vida con ella” (Helena, 53 años).

El afrontamiento del diagnóstico DMII forma parte de un proceso, donde la temporalidad es asignada por las experiencias de vida de cada participante. Para algunas *su vida sigue igual*, aun cuando fisiológicamente ya no es así, mencionan que *han aprendido a vivir con ella*, pues van a vivir ahora con DMII, Minerva señala *‘que más me da’*, toma su pastillita y ya todo sigue igual, sin embargo, para que realmente se pudiera hablar de que se adhiere al tratamiento se tendría que acompañar a la “pastillita” de ejercicio y una dieta balanceada, lo cual no lleva a cabo, solo hablan de algunas restricciones como dejar de consumir azúcar.

Esta “normalidad” se convierte en un riesgo para su salud, de no hacer cambios sustanciales en sus hábitos en los que se incorpore no solo el consumo de medicamentos sino el cuidado del cuerpo, el monitoreo rutinario, la dieta balanceada ya que las restricciones de alimentos, también pueden ser contraproducentes al no estar supervisadas por el nutriólogo y el médico. Identificando al igual que las investigaciones de Ledón (2012), por un lado, se subestima y desacredita la DMII y su impacto al considerarla como si no fuera nada de importancia, o por otro, se resalta sus "complicaciones" como ceguera, amputación e insuficiencia renal.

En el primer caso aparece muy relacionado con el desconocimiento de las formas de expresión de la enfermedad y/o con el hecho de que sus manifestaciones más visibles aparecen a largo

plazo, lo cual conlleva a subvalorar los cuidados de salud. La segunda alternativa sobredimensiona los aspectos más negativos de la enfermedad, y desconoce o minimiza el valor de los cuidados de salud, la adhesión al tratamiento y la educación en DMII como pilares fundamentales para el control metabólico. Por ello, conduce a respuestas de temor o indiferencia. Además, en muchas ocasiones se interpreta de manera errónea la indicación de hacer ejercicio, principalmente en las mujeres, quienes no han incorporado en su aprendizaje esta actividad como propia; en su lugar se considera el "quehacer de la casa" como el hacer ejercicio ya que les implica esfuerzo y cansancio, pero no es así, es necesario establecer una rutina diaria de por lo menos 30 minutos de caminata, tanto para consumir y transformar las calorías del cuerpo, como para activar algunos medicamentos, como la metformina. En este sentido su información sobre las formas más saludables de convivir con la DMII y lograr el control metabólico sistemático comúnmente está ausente, su conocimiento es muy limitado o se centra en reconocer el término "diabetes" como una enfermedad "para toda la vida", relacionada con el funcionamiento del páncreas y el aumento de "azúcar" en sangre.

El proceso de afrontamiento de una enfermedad hace referencia a diferentes momentos o fases de comportamientos y pensamientos por las que atraviesan las personas con un padecimiento como la DMII para enfrentarla; lo cual logra, a través de diferentes formas de esfuerzos cognitivos y comportamentales que cambian constantemente, conocidas como estrategias de afrontamiento, éstas pueden ser tanto activas como pasivas; las primeras son comportamientos de acciones directas sobre el problema, búsqueda de información, estrategias de anticipación, control de sí mismo y las circunstancias y de soporte social (búsqueda de apoyo social). Las segundas se refieren a comportamientos de rechazo, y negación de la DMII, evitación del problema (la evitación y el culpar a otros.), retraimiento, aislamiento y aceptación pasiva (una actitud de resignación) (Rondón y Lugli, 2013; Gómez-Rocha, Galicia-Rodríguez, Vargas-Daza, Martínez-González y Villareal-Ríos, 2010). Estas estrategias de afrontamiento pueden ser afectadas o permeadas por el rol de género que se ha impuesto y asumido socialmente, que puede ser más o menos efectivo en función de ser hombre o mujer; así como otras variables como la edad, la religión, el locus de control, etc.

González (2006) encuentra que la búsqueda de apoyo social es la estrategia más usada por las mujeres, a diferencia de la acción directa en los varones. En el caso de las participantes, su

reacción es menos agresiva pero si cuestionadora, tratan de ver a la DMII como algo normal en su vida y su estrategia se centra en sobrellevarla, “la van capoteando”, utilizan como recurso ideológico y de apoyo a Dios; mientras que los hombres se niegan a tener DMII, prefieren cuestionar el diagnóstico; sin embargo, dado los efectos de ésta, tienen que enfrentarlo “porque son hombres” y es ante la situación que están viviendo que lo deben demostrar, imponerse y la ven como un reto, algo que deben controlar, que no los puede doblar, ni hacer víctimas, con ello recuperan su propia valía, no solo ante sus ojos sino ante los demás, quienes no deben de pesar que es un fracasado, que es un perdedor ante la DMII (Molina y Oliva, 2011). A diferencia de las mujeres, ellos deben de recuperar el control y el poder.

6.2 Cuidado

“La Diabetes Mellitus II ¿afecta mi vida?”

El cuidado resulta ser un eje de análisis que permite abordar y dar cuenta de la dimensión psicosocial, de los significados y acciones en relación al cuidado y atención de la DMII. Ledón (2012), resalta la importancia de indagar en el proceso, desarrollo y cuidado de la DMII las relaciones interpersonales de quien recibe este diagnóstico, así como su condición de género masculino o femenino para comprender la interpretación que hacen de la DMII y de las condiciones en las que se encontraran en sus diferentes ámbitos o contextos, lo cual puede influir en su proceso salud-enfermedad debido a que confronta su imagen, identidad, posición personal y social ante los demás a partir de tener DMII, así como en la decisión para búsqueda del cuidado o la adjudicación del mismo. Las relaciones con los otros y otras se convierten en factores principales ya sea motivadores o limitantes, pues serán quienes vivirán las consecuencias de tener un familiar o una pareja con DMII.

6.2.1 Tengo DMII, ¿qué no se dan cuenta?, Quiero que me cuiden...

El cuidado de la salud de las mujeres y los hombres con DMII guarda estrecha relación con su historia, como han ido construyendo sus relaciones familiares, con su pareja, sus hijos, etc.; que se expresa en el cuidado de los enfermos, de los niños, de los otros; generalmente asignado a las mujeres, esperando que éstas, en su calidad de madre, esposa e hija se hagan cargo, aun antes que de su propia salud. El cuidado de los varones casados, de acuerdo con Korin (2000), tiende a recaer de manera casi exclusiva en sus esposas como fuente de apoyo; el matrimonio ofrece mayor protección de salud para los hombres que para las mujeres. En este sentido y a diferencia de otras áreas de la vida de los hombres, con frecuencia asumen un rol dependiente en cuanto la atención de su salud (primero por sus madres y luego por sus esposas o compañeras).

Es necesario señalar que los participantes en la investigación, a lo largo de sus relaciones de pareja tienen un antecedente de cómo se manejan y qué esperan de manera implícita o explícita, por lo que a lo largo del tiempo de convivencia han construido formas de relación, las cuales permean la manera como significan la DMII siendo diferente en cada caso: Toño, por ejemplo, habla de una relación desgastada, fracturada por los problemas que han tenido a lo largo de 37 años de matrimonio a diferencia de Adrián y Mario quienes la consideran “buena”, cercana y cálida, o indiferente como la construida por Juan. En las mujeres, se habla de su relación de pareja como solidaria, de apoyo económico y moral, estar bien o tener una familia muy “apapachadora”.

“Mi exnovia me regaló el glucómetro, fue raro porque fue regalo de cumpleaños, creo que me daba el mensaje de... ¡cuidate!”

Ellos, perciben recibir el cuidado de su pareja o esposa a través del cambio de alimentación por una más saludable; los regañan por lo que comen o en la cantidad que lo hacen; les regalan algo para que se puedan monitorear y así cuidarse; les apoyan en el gasto familiar; los hijos los defienden de los otros.

“Un poco mi esposa, al principio me cuidó (cuando le dijo que tenía DMII). Ella me hacía comidas con verduras y todo eso. Pero se molestó y dejó de hacerme mis comidas. Actualmente cada quien se cuida como puede, cada quien tiene su manera de ver las cosas” (Toño, 61 años).

“Gracias a Dios mi esposa trabaja, es maestra y pues ella es la que me ha echado la mano desde lo de mi enfermedad... Mi esposa me regaña por lo que como, me dice ‘pues oye ya bájale’... Mi relación con mis hijos es buena, mis hijos se enojan con mi esposa porque me regaña... ‘déjalo que coma’, ellos no saben del daño que me estoy haciendo.... A ellos les molesta que otros familiares me regañen, como mi hermano, no le contestan, pero me dicen ‘¿a él que?’...” (Mario, 53 años).

“La única, que me dice algo es mi mamá, ‘no comas’... mis papás, bueno como vivo todavía en la casa de mis papás, al principio si me decían ‘pues no comas esto’... “mi exnovia me regaló el glucómetro (entrecortado y risa), fue raro, porque fue regalo de cumpleaños... (entre risas), nada que ver la verdad... yo creo que si me daba el mensaje de cuídate, ¿no? ...” (Beto, 35 años).

Las relaciones más cercanas de los participantes son con la pareja y los hijos, quienes contribuyen y ayudan en su cuidado. Existe un reconocimiento de recibir, de alguna manera cuidados por parte de sus familiares, les agrada recibir éstos, aunque no son permanentes en algunos casos. Se identifican acciones que realizan los demás para ellos, para que estén bien, que desde la normatividad social prevaeciente es lo que los varones esperarían (Alfaro, 1999), y en este caso, los participantes reconocen y aceptan, siempre y cuando no los hagan sentir menos, es decir que no los hagan sentir inferiores, débiles, vulnerables, menos hombres o que pierden estatus dentro de su núcleo familiar.

Sin embargo, las parejas de estos participantes tratan de hacer que ellos se responsabilicen de su cuidado, se identifica por parte de ellas la resistencia a no responsabilizarse completamente de su cuidado o más de lo que ellos lo hacen.

“Mi esposo sí me cuida, me dice ‘no comas esto vieja... porque tenemos diabetes’...”

Ellas consideran que reciben el cuidado de su pareja, esposo o hijos e hijas, cuando ellos les dicen que se cuiden; son solidarios y comprensivos al recordarles que eso que comen les hace daño; porque les compran su medicamento y su glucómetro o porque las consienten (apapachan/chiquean).

“Mi esposo, ¡sí me cuida!, me dice ‘no comas esto vieja, acuérdate que esto... que lo otro...porque tenemos diabetes’... mi esposo me dice que no coma mucha azúcar, no tome refresco” (Minerva, 58 años).

“Pues con él (su pareja), más bien era mucha solidaridad, en cuanto a que pues él me pedía siempre que me cuidará siempre que disminuyera mis antojos... me trataba de apapachar, de consentir, ...él me decía pues nada más pruébalo o nada más muérdele, procura comer menos porque ya sabes que te pones mal” (Coco, 40, años).

“ellos (esposo e hija), siempre me han cuidado mucho, me apapachan mucho..., ‘mamá cuídate mucho’...ahora es más lo que ellos me cuidan, y yo digo... a veces hasta siento que me atosigan de tanto que me cuidan... luego no me quieren dejar salir sola” (Helena, 53 años).

“Yo misma me compraba mi medicamento”. Pero ella menciona que, por un lado, “mi esposo me proporcionaba todo para mí y mis hijos”. Y por otro, con su otra pareja, “este señor (relación extramarital) me apoyaba y me compraba mis cajas de medicamento... él estaba al pendiente de mi medicamento, me decía que, si salía normal que no me tomara la pastilla, solo cuando saliera alta, él fue el que me compró el glucómetro, aja... él me apoya económicamente, pero más moralmente en los momentos difíciles que he tenido... Mi mamá y dos de mis hermanas me dicen ‘cuídate, ¿ya te tomaste tu pastilla?’ y nada más...” (Flor, 45 años).

Las participantes consideran que reciben el cuidado de los demás a partir de comentarios como “*cuídate*”, “*¿ya te tomaste tu pastilla?*”, o por recibir *apapachos* o porque les compran su medicamento para que se controlen. Encontrándose una reiterada intención en algunas de ellas a que se cuiden, es decir se le asigna a partir de su relación con los otros y sus comentarios la labor de su propio cuidado. Los dispositivos sociales y culturales se reiteran en las relaciones interpersonales y se repiten en las prácticas de cuidado, esperando que la mujer se haga cargo del propio, como del de los demás (Lamas, 2000; Lagarde, 1994; Alfaro, 1999, Colín, 2013). Sin embargo, en el caso de Helena (53 años), reconoce recibir el “*apapacho*” por parte de su esposo y su hija llegando a ser en ocasiones excesivo y lo considera como un “*atosigo*”, y que en su afán de cuidarla le *limitan salir a la calle sola*, Helena reconoce la preocupación de su familia porque esté bien, pero la colocan en una posición, como ella refiere “*me tratan como niña chiquita*”, que no se puede valer por sí misma. Alfaro (1999), menciona que esta forma excesiva de cuidar o sobre proteger a una mujer, puede deberse al argumento sexista que plantea que los varones son menos

vulnerables en la calle, más fuertes para afrontar los problemas, capaces de tomar decisiones y tener el control de las situaciones, mientras que las mujeres, son más frágiles; por tanto los hombres deben o buscan proteger a las mujeres de los peligros que pueden encontrar fuera de su casa y si están enfermas con mayor razón, por tanto las limitan y tratan de controlar sus actividades. Lagarde (1994), encuentra que, dentro de las características atribuidas a la condición femenina, se encuentran: considerar que la mujer es impotente para enfrentar la vida; se duda de algunas de sus capacidades, esto puede explicar cómo en el caso de Helena el cuidado lo vive en ocasiones como excesivo, no quiere decir que no reconozca que la cuidan y apapachan, pero en ocasiones la hacen sentir como niña que necesita de un adulto que la enseñe o la guíe. En este sentido, la sobre protección a la mujer más que ser vista como un privilegio, o como un trato equitativo, igualitario, se llega a tomar como un atosigo, vuelve a situarla en una condición de desventaja ante la cual el hombre “todopoderoso” debe hacer frente (Alfaro, 1999).

Se ha naturalizado a la mujer como cuidadora de la salud de los otros o de ella misma; y al varón como el proveedor y merecedor de los cuidados de los otros (Colín, 2013; Korin, 2000; Alfaro 1999; Lamas 2000; Lagarde 1994).

En cuanto a ellos, los cuidados que reciben corresponden a acciones de sus parejas como preparar otros alimentos, cuidar lo que comen, trabajar y contribuir en el gasto familiar de tal manera que sea visto como apoyo económico para el jefe de familia que está enfermo, así como a través de regaños o estando al pendiente de si se sienten mal para actuar inmediatamente como en el caso de Adrián (40 años) *“La que se dio cuenta de que me sentía mal, fue mi esposa... luego me preparó un choco milk”*. Las y los otros les proporcionan ese cuidado de alguna manera y por un tiempo, incluso son defendidos por los hijos ante los demás.

Mientras que, en el caso de las mujeres, la forma en que perciben el cuidado proporcionado por los otros va más en cuanto a *recordarles que ellas se deben cuidar*, viendo esto como solidaridad, cuidado, apapacho. Y aun cuando existe también el reconocimiento de un apoyo económico en ambos casos, desde la perspectiva de Mario, es para el gasto familiar, no para él, y en el caso de Flor (45 años) como una forma extraordinaria de cuidarla y estar al

pendiente de ella, reconociéndola al amante y no al marido aun cuando este último cubría sus necesidades económicas de ella y sus hijos.

Se puede identificar como un evento similar tiene un significado diferente para ellos y ellas, en este caso un regalo como el glucómetro para él fue un regalo raro, que al parecer llevaba el mensaje de cuídate, mensaje que le molestó porque nada que ver con su aniversario o con lo que él esperaba como regalo de cumpleaños y es un recordatorio de que él debía ser el responsable de su cuidado. Mientras que para Flor (45 años), fue ver este regalo como el que su pareja estaba al pendiente de ella. Sin embargo, en ambos casos se identifica la intención de que él y ella se monitorearan, revisaran sus niveles de azúcar para que se cuidaran y no esperar que otros los cuidaran. En la construcción social y cultural, hombres y mujeres significan diferente los actos de los demás aun cuando sea la misma situación, él espera ser cuidado, molestándole el regalo, de hecho, fuera de la entrevista menciona que *ni lo usa*; ella se sabe la responsable de su cuidado y enaltece el regalo como una forma de preocupación y cuidado, de estar al pendiente de su salud.

6.2.2 A los otros u otras no les cae el veinte

“Mi esposa es la que pus... no... no lo asimila”

El mandato social hegemónico condiciona a muchos hombres a vivir más para sí que para las demás personas, es decir, ser hombre significa “ser para sí” (Lamas 2002; Colín, 2013; Lagarde, 1994). Eso significa que su ser es el centro de su vida. Desde la infancia, a los varones se les enseña y aprenden que las niñas y en general las mujeres están a su servicio, tienen el poder de dominio y usualmente no se les socializa para el cuidado hacia sí mismos o hacia los demás (Colín, 2013), por lo que esperan ser cuidados por las mujeres, esperan que ellas se hagan cargo de su cuidado.

En cuanto a los participantes, se identifica en la mayoría de los varones que no reciben el cuidado como ellos esperan, por lo que utilizan el chantaje y su reacción al no conseguir su atención es el enojo.

Algunos de ellos esperan ser cuidados por los y las otras, por la pareja, los hijos y familiares; si no los cuidan es porque “su manera de solicitar el cuidado es expresando lo grave de su enfermedad y sus consecuencias fatales, como un **chantaje** velado.

“yo le decía (a su exnovia) cuando tengas mi enfermedad, te vas a dar cuenta de lo mal que te sientes, ¿verdad? ...” (Beto, 35 años)

Como le he dicho a mi familia... ‘saben que tarde o temprano me va a dar vuelta, o sea, que deben de estar... preparados’, mi esposa es la que pus... no... no lo asimila. No, no dice, ‘no, cuídate’. A mi esposa si le digo ‘sabes qué, yo pues si llegó a caer en cama... mejor que me den (hace referencia a que le ayuden a morir) ... que me lleve de una vez mejor’. Eso le pido a Dios para no caer en cama” ...A mi esposa le comento lo que siento, mi preocupación sobre mi enfermedad, caer en cama, las amputaciones y la muerte, a mis hijos no (Mario, 53 años).

Mario (53 años) se muestra ante su pareja consciente del desenlace negativo de su enfermedad, la muerte, y al comentarlo con ella muestra su valor al aceptarlo; sin embargo, quiere que lo asimile y vea que hoy está y mañana no, solicitando de manera indirecta su cuidado y comprensión, se presenta a manera de “chantaje”, demandando atención, **reconociéndose merecedor de atención, más como enfermo.**

En este sentido, a los varones desde la masculinidad hegemónica, se les ha situado histórica y socialmente en una posición privilegiada, producto de una dinámica cultural que postula y sostiene su posición de superioridad, control, poder y liderazgo por lo que esperan ser cuidados, no perder esta posición, sino al contrario, ahora con mayor razón los deben de cuidar los otros (Connell, 1998).

Toño (61 años) recibe el diagnóstico de DMII y tarda un año en comentarle a su esposa, lo hizo porque consideró que era necesario para evitar que le preparara alimentos que le hacían daño; es decir, para que cuidara de él a través de la preparación de sus alimentos, en un principio él trataba de no mostrar que se sentía mal. Al preguntarle porqué tardo tanto tiempo en decirle a su esposa comenta:

“¿Para qué? ¿Para qué le iba a decir? (su actitud fue de molestia al contestar) Iba a decir ‘chin, ya se chingó’. Se iba a alegrar, ‘¡chin ya se va a morir, órale!’ (ríe)... pero pues le tuve que decir, traté de evitarlo lo más que pude. Pero ella preparaba de comer cosas que yo sabía que me hacían daño, y le dije (que tenía DMII) para que supiera que había cosas que no podía comer y no las preparara” (Toño, 61 años).

Cuando las parejas no los cuidan o no hacen lo que ellos quieren o esperan se enojan, expresan molestia, enojo porque no reciben la atención y cuidado que esperan.

“mi esposa es la que pus... no... no lo asimila. ‘No, no’, dice, ‘¡no, cuídate!’ (Comenta molesto, inquieto) (Mario, 53 años).

Existe una molestia por parte de él, pues menciona que ella no lo asimila y le pide que se cuide. Ella le demanda que él se cuide y él espera que ella lo cuide. El que no asimile que está enfermo, le molesta y recurre al chantaje para solicitar su cuidado diciendo que la muerte está latente y con DMII en cualquier momento se pueden dar las complicaciones.

“mi exnovia me regaló el glucómetro (entrecortado y risa) fue raro, porque fue regalo de cumpleaños... (entre risas), nada que ver..., yo creo que si me daba el mensaje de cuídate, ¿no? ..., pero realmente el único que se tiene que involucrar soy yo” ... Ella le dijo a mi mamá, porque ni siquiera me lo dijo a mí... ‘él que se cuide, porque yo no lo voy a hacer en hospitales’...Entonces yo, así como que ¡Ah pues gracias (risas)!, realmente, gracias por el apoyo (irónicamente lo comenta), pero no sé qué pinche apoyo, la verdad” Beto (35 años).

Beto (35 años) identifica que su exnovia se preocupó por su salud, al regalarle el glucómetro, para que él se checara, generándole sentimientos ambivalentes, reconociendo su interés por él, pero a la vez, siente que no se involucra en su cuidado. Hay molestia y enojo ante el mensaje de “cuídate”, “*porque no te voy a cuidar...*”; de hecho, la novia lo deja porque no quiere responsabilizarse del cuidado porque ya ha vivido una experiencia de cuidar y ver morir a una hermana por complicaciones de DMII y no lo quiere volver a pasarlo, considerando que el responsable de cuidarse es él y no ella. Él solicita su comprensión, cuidado y apoyo incondicional, sin embargo, ella no está dispuesta a dárselo.

Como se puede identificar, a los varones participantes no se les ha socializado para cuidar de sí, por lo que esperarían que otros y otras los cuiden, lo que les permitiría seguir teniendo el control, reconocimiento y poder; sin embargo, ser diagnosticado con DMII, los pone en una condición de vulnerabilidad, temen que se burlen de ellos, que se alegren de su enfermedad, de que ya se van a morir, que no valoren realmente la gravedad de su enfermedad. La condición de DMII, hace que esperen mayor cuidado, el significado que construyen y otorgan a su nueva condición después del diagnóstico es “soy hombre, necesito cuidados y como enfermo ahora me deben cuidar más”.

Los varones participantes, adjudican la atención y cuidado a las mujeres como una función "natural" y como expresiones de amor (Colín y Alpízar, 2011; Lamas, 2000), y en ese sentido esperan recibirlo. En relación a esto, ellos esperan que las esposas o pareja fueran su principal apoyo (Korin, 2000). Pero las parejas de los participantes, *como dato relevante*, rompen con el rol tradicional que ellos esperan, es decir, no repiten el estereotipo femenino de priorizar el cuidado de los otros, ya que no quieren asumir el cuidado de ellos, no quieren ser seres para otros, y eso les enoja, los molesta y a la vez los hace reaccionar y atender su salud, aunque sea con enojo. En este sentido, la construcción de género basado en una masculinidad y femineidad hegemónica puede cambiar y ser reconstruida resignificando su ser, su deber ser y hacer de hombres y mujeres dando lugar una equidad o igualdad para ambos.

6.2.3 ¡Cuídate!, ya sabes qué tienes que hacer

A diferencia de los hombres que significan su masculinidad desde un mandato social tradicional, por lo general las mujeres que se ven condicionadas por este mandato no esperan que las cuiden. Históricamente y culturalmente el cuidado hacia las personas se ha delegado a las mujeres, tanto el propio como el de los demás, aunque no siempre prioricen su salud ante la de los demás. Menciona Korin (2000), que desde la infancia y en los juegos más que enseñar a “ser mujer, a las niñas se les induce a ser madre dándole un muñeco como su bebé para que lo cuide, con trastecitos como ollitas, escobas para el quehacer de la casa y facilitando las condiciones para jugar a la casita, a la mamá y el papá, es decir, en sus juegos se les asignan actividades de amas de casa, esposas y madres en quienes recae las funciones del cuidado.

En el caso de las participantes, sus familiares no quieren ser cuidadores de ellas.

“me dice mi mamá, [está en etapa final de insuficiencia renal] ‘cúdate, ya sabes lo que tienes que hacer o sea que... de ti depende’... Luego, cuando le digo a mi esposo, ¡imagínate, yo con esta enfermedad! Y me contesta ‘Ay, pero si te cuidas no te pasa nada, cúdate y ya’... Y mmm de ahí no pasa. Así que no me queda de otra, y ahorita pues me toca cuidar a mi mamá” (Caro, 42 años).

Las participantes asumen y aceptan que ellas son las únicas responsables de su cuidado y el de los otros. Se conforman con que les digan que se cuiden o les den algo para que se monitoreen o compren su medicamento, esto lo perciben como cuidado, aunque el mensaje es cúdate. Para algunas mujeres el ser mujer significa “ser para otros” trabajar, pensar y cuidar a otros, siendo una forma de expresión de desigualdad desde la infancia y se transmite de manera “tan natural” que es imperceptible (Colín, 2103; Lagarde, 1994; Alfaro, 1999). En el caso de Caro (42 años), quien se encarga del cuidado de su mamá, aun cuando tiene un hermano, ella asume ésta responsabilidad.

En los testimonios de las participantes se encontró que para ellas es una prioridad cuidar de otros, ya sea su pareja, hijos u otros.

“a pesar de mi diabetes, a pesar de mi polineuritis, a pesar de mi sintomatología, también tengo que ser una figura de apoyo para él, entonces lo soy... Soy una pareja que le responde, que, si hay que llevarlo al hospital y tiene que ir alguien para firmar el ingreso, ahí estoy; que si hay alguien que tiene que ir con él para donar sangre o para que le hagan los estudios ahí estoy... No importa si soy o no soy diabética, mi pareja en ese momento me necesita y para eso es una pareja... entonces ahí estoy como apoyo” (Coco, 40 años).

“Yo pienso que si alguno de mi familia, ya sea uno de mis hijos o mi esposo, lo cuidaría, realmente si, pues lo cuidaría mejor que como me cuido yo... sería mejor... si fuera mi esposo, sentiría muy feo, lo procuraría, lo cuidaría, tendría comunicación con él, lo apoyaría, le diría ‘échale ganas’...” (Flor, 45 años).

En los discursos de las participantes se identifica la construcción social de género que han aprendido dado que están al pendiente primero de los otros, a pesar de lo que menciona Minerva (58 años): *“Yo digo que debemos cuidarnos los dos...que somos pareja, ¿no? ... este y si, pues cuidarlo a él y cuidarme yo, sí porque así debe de ser”*. Ella termina diciendo que *espera que como pareja se cuiden*, pero ella *cuidará de él y de ella “porque así debe ser”*. El énfasis está puesto más en las demás personas que en la mujer misma y en su propia vida.

6.2.4 No queda de otra, ahora trato de cuidarme

La DMII, así como otras enfermedades crónicas degenerativas, pueden producir en quien la vive una reestructuración en sus diferentes áreas de interacción como consecuencia de la enfermedad y de los retos o condiciones que la misma le impone como confrontar su imagen personal y social relacionada con la etiqueta diagnóstica, los cambios vividos en el cuerpo y la posible modificación de roles o confrontación con los estereotipos masculinos y femeninos prevaletentes debidos a la DMII, sus temores, preocupaciones e inseguridades, entre los que está el no ser una carga para la familia, ser vistos con compasión o vivir el apoyo familiar como fuente de apoyo, como un motor, un incentivo para cuidarse .

Todo esto influye en los significados y acciones realizadas en relación a su cuidado y atención; e interviene en la decisión para asumir o no el cuidado de su salud; las relaciones interpersonales se convierten en un factor importante, como motivador o como limitante.

En el caso de los participantes en la categoría “no queda de otra”, hacen evidente una actitud de molestia y enojo, porque aun cuando mencionan que ellos son los que se deben cuidar, esperan algo de otro u otros, recibir el cuidado de la pareja, ya que la construcción social de género indica que desde niños a los varones se les transmite la idea de que las mujeres de todas las edades están a su servicio, por lo que aun cuando no lo piden lo esperan; siempre y cuando este cuidado no los desmeriten, los minimicen o los vulnere, les quite el poder y el control, el lugar que tienen en su grupo familiar como jefe de familia, como “hombre” ante la sociedad, lo cual los lleva a mostrar rudeza corporal y gestual, agresividad, violencia, eficacia,

buen desempeño, excelencia, competencia así como el ejercicio del poder, la dirección, la definición de reglas, la prepotencia, valentía, invulnerabilidad y homofobia. Por tanto, los hombres a quienes se les socializa de acuerdo con la construcción social de género con base en la masculinidad tradicional o hegemónica, no deben doblegarse ante el dolor, ni pedir ayuda, aunque estén experimentando soledad (Colín, 2013; Castañeda, 2007; Rohlf, 2003; Lamas, 2002).

“No quiero que digan... ‘este pinche viejo ya no sirve para nada’...”

La mayoría de los participantes, como se mencionó, no reciben cuidados o no en la medida y la manera que lo desean, ya que las parejas les piden que sean ellos los que se cuiden, ellas no están dispuestas a cuidarlos más de lo que ellos mismos lo hacen y los abandonan o dejan de preparar sus alimentos con verduras y cosas que no les haga daño.

Lo anterior ha dado lugar en los participantes, a que sean ellos los que se responsabilicen de sí mismos del cuidado de su salud aun cuando no lo hayan aprendido en su proceso de socialización, ya que desde niños no se les socializa para desarrollar una ética del cuidado hacia sí mismos y hacia los demás (Lamas, 2002). Por tanto, los participantes se ven obligados a aceptar, asumir y realizar acciones dirigidas al cuidado y control de la DMII *“aquí no hay otra más que aprender a vivir con ella”*.

“No quiero que digan ‘ya este pinche viejo ya no sirve para nada’ (sus hijos, esposa y amistades) ...no quiero que se empiecen a compadecer de mí...trato de sobrellevar la enfermedad, de decir ‘bueno pues como ya no me puedo despegar de ti (DMII), ni tú te puedes despegarte de mí, caminemos juntos (risas).... Empecé a asimilar que no se me iba a quitar, que no hay vuelta de hoja, sino que es el puro control. Pensé, yo no tengo por qué doblarme con una enfermedad, no puedo ser, ni debo de ser víctima de una enfermedad, o sea, si tengo (una razón para doblarme-DMII), pero porqué me voy a doblar, si lo demás está bueno y sabroso jajaja; lo demás está bien de mi cuerpo, entonces no tengo por qué doblarme... Ahora trato de cuidarme, no tomo ninguna pastilla, de ninguna, pero si me tomo la lectura en la mañana y estoy un poco alto (niveles de 113-130-140), ese día trato de bajarle a los dulces, al refresco, es decir, me tomo la glucosa y sale alta,

esa semana voy a estar cuidándome, llega la otra semana y me vuelvo a tomar la glucosa y veo que bajó... bueno pues entonces soy libre al fin (risas) ...Bueno los excesos de comida y vino ya se acabaron... ya me marco límites..., yo trato de llevar un control. Yo siento que el no dar mi brazo a torcer, no decir estoy mal (risas) me ha generado mayor resistencia a cuidarme... es más si ahorita me sintiera mal, no lo diría. Yo tengo que ser fuerte” (Toño, 61 años).

Además, el enfrentarse ante sí y los demás, les permite mantenerse en el lugar privilegiado que la sociedad les ha legado, como un hombre que se enfrenta a los retos, que no se deja vencer por una enfermedad (Molina y Oliva, 2011).

Creo que al principio del padecimiento noté que algunos fueron condescendientes conmigo, me vieron como alguien enfermo, pero mi propia actitud (coraje para enfrentar la DMII) yo creo que los orilló a tratarme de forma normal. Los demás no se involucran en mi cuidado, me dejan lavar mi propia ropa, que además es muy bueno para mí, yo pedí prácticamente eso, sin decirlo lo pedí, cuando les dije ¡es mi rollo! (mi enfermedad) y yo me cuido... me di cuenta que estaba enfermo, entonces yo dije no me puedo dejar y entonces decidí enfrentarme. Soy atento de mí, de mi medicamento, en mí no existe el ‘ups’, se me olvidó comprarlo o ya no tengo, no existe..., tengo metformina en el carro, metformina en la casa, metformina en la oficina, tengo metformina cargándomela todo el tiempo, o sea no hay forma de que diga ‘ups no me la pude tomar’... soy estricto con el rollo de tomar refresco, si alguien me ofrece refresco, si tengo que ser grosero, incluso para rechazarlo lo soy, ni modo, primero está mi cuidado porque de eso deriva que yo pueda cuidar a mis hijos... tengo que ser responsable en cómo me alimento para tratar de estar más o menos bien..., creo que mi habito alimenticio si se modificó ... Por otro lado, mi mamá se puso triste, porque me dijo el clásico ‘te lo dije’. Pero después fue comprensiva, les ayudó mi actitud. Yo creo que todos se pusieron tristes, porque afortunadamente, soy una persona muy querida en mi familia. Y creo que la forma en la que yo lo enfrenté le dio consuelo a su corazón... saber que no me iba a dejar, ¿no? jajaja (Adrián, 40 años).

Los participantes, reflexionan sobre la cronicidad de su enfermedad y que “no les queda de otra” que aceptar que ya no se les va a quitar, que deben de vivir con ella, además les significa una pérdida de control, temen ser vistos como que ya no sirven, identifican condescendencia pero no la quieren, ahora tienen que demostrar a los demás y a sí mismos que una enfermedad “no los va a doblar”, tienen que demostrar que pueden salir adelante, enfrentarse y controlar la DMII y tratan de cuidarse, sin embargo esto no les es fácil.

La masculinidad tradicional o hegemónica, puede convertirse en riesgo potencial en diferentes esferas de la vida de los varones (Harrison, 1989) dado que crea un “muro de silencio e invisibilidad” de los malestares y sufrimientos de los varones, como lo menciona Kimmel & Messner (1989) y Korin, (1996/2000), que impide ver las consecuencias o manifestaciones de la enfermedad que afectan su salud.

Esta masculinidad crea condiciones de resistencia y negación de los malestares. En relación con esto, menciona Toño *“si ahorita me sintiera mal, no lo diría. Yo tengo que ser fuerte”*; aun cuando menciona que se cuida, también dice que fue muy difícil para él dar su *“brazo a torcer”* y que tardó en iniciar sus prácticas de cuidado, ya que aceptar que se sienten mal, puede ser considerado por él, como por los otros “poco hombre” dado que los “verdaderos hombres” no se quejan, no deben doblegarse ante el dolor, ni pedir ayuda (Molina y Oliva, 2011; Korin, 2000; Kimmel, 1995), entonces es mejor ignorarlos y no buscar atención.

Estas reacciones pueden retardar o impedir realizar prácticas de cuidado oportunas para sí, y aun cuando han aprendido que otros cuidarán de ellos y esperen que así sea, ello no debe ser notorio o avergonzarlos, pues de igual manera les afecta, los hace sentir débiles y temen ser vistos con compasión, condescendencia por tener DMII, lo cual también les molesta y actúan con coraje hasta que vuelven “a tratarlos con normalidad”, como menciona Adrián (40 años), que rescata su fuerza y poder al demostrarle a su familia que él puede enfrentarse a su enfermedad: *“la forma en la que yo lo enfrenté les dio consuelo a su corazón... saber que no me iba a dejar”*, que no necesita que lo cuiden *“cuando les dije ¡es mi rollo! (mi enfermedad) y yo me cuido”*; así como, su actitud, *“mi propia actitud (coraje para enfrentar la DMII) yo creo que los orilló a tratarme de forma normal”*, comenta en tono de broma *“claro eso si me ofrecen un flan les pego”*, porque lo toma como un ataque a su salud.

La construcción de género a través de los estereotipos masculinos que son impuestos sobre la vida de los hombres los lleva a considerar que deben mostrarse, fuertes, valerosos capaces de combatir guerras, asumir riesgo o enfrentar problemas como la DMII (Molina y Oliva, 2011; Korin, 2000). Toño (61 años) ante la DMII *“no tengo por qué doblarme con una enfermedad, no puedo ser, ni debo de ser víctima de una enfermedad...Ahora trato de cuidarme...”*.

Los participantes reflejan como mencionan Kimmel (1995); Korin (2000); y Grimberg (1999 citado por Guzmán y Silva 2007), un constante probarse a sí mismos y frente a otros varones o ante los demás que siguen siendo fuertes, valerosos, temerarios lo que les permite reafirmar su poder y estatus. Esto en su afán de mostrarse como un “roble macizo” se enfrentan a una enfermedad haciéndolos sentir *grandes “un gigante”*, así como *“un ejemplo”* ante su madre e hijos ya que se puede enfrentar a su enfermedad, menciona Adrián (40 años), *“mi mamá se puso triste”*, pero le demostró su valía al enfrentarse a la enfermedad *“no me iba a dejar”*, o siendo fuertes como dice Toño *“como hombre”*. Sin embargo, esta actitud los puede llevar a un “auto-abuso físico”, (Kimmel, 1995; Brooks y Silverstein, 1995).

Es decir, en muchas ocasiones cumplir con lo que se espera de un hombre puede dificultar en gran medida que ellos acepten ante sí y ante los demás que están en una situación de vulnerabilidad físicas y en consecuencia la viven también como una condición de vulnerabilidad social, aceptar que necesita cuidarse es reconocer que su hombría puede perderse, por tanto prefieren seguir actuando como si no les importara enfermar, empeorar o morir por tener DMII, por tanto, siguen tomando, fumando, haciendo actividades de riesgo como podría ser no tomar medicamentos o no de manera adecuada, desvelarse, no alimentarse ni a sus horas ni equilibradamente, comiendo dulces, chocolates, refrescos, comida chatarra y/o grasas y harinas, sin ninguna restricción.

Menciona Toño (61 años) *“existe una resistencia para cuidarse”*, y ante los demás se muestra y actúa como si no lo hiciera. Él trata de mostrarse ante sus familiares como un varón no le teme a la enfermedad y que por eso no se cuida, claro solo ante ellos, evitando que vean que se siente mal se niega a aceptarlo y demostrarlo, por lo que prefiere aislarse hasta que de nuevo tiene control de la situación *“no decir estoy malo (risas)... me cuesta trabajo decir*

(que se siente mal) ... trato de buscar un lugar donde esté solo para tratar de analizarme, yo primero... ¿qué comí?, ¿qué me está haciendo daño?, para ver ¿qué hago conmigo?". Es decir, demostrarse que es hombre suficiente para enfrentarse a la situación solo y ante los demás que no le teme a la DMII (Korin, 2000).

Entre las actitudes y habilidades que desarrollan los varones, en el caso de los participantes está el enfrentarse a las adversidades, llevándolos a ver y significar la enfermedad como un reto, el cual pueden combatir y controlar, haciendo ajustes en su vida para lograrlo tanto Adrián como Toño modifican su alimentación, se ponen límites, se "cuidan", y en su caso Adrián con el medicamento. En este sentido los participantes han tenido que ir aprendiendo a cuidarse ya que *"no les queda de otra"* y deben responsabilizarse de su salud, aun cuando su reacción es de molestia, acaban aceptándolo, haciendo algo por ellos y para ellos: buscan estar mejor de salud, controlar la DMII enfrentándose a la construcción sociocultural de género, aprendiendo a ser un hombre diferente, un hombre que ve por su cuidado y por él mismo.

Los participantes tienen que enfrentar su enfermedad y demostrar que siguen siendo hombres, quizás diferentes, varones capaces de enfrentar un nuevo reto, su cuidado. Mientras que en las mujeres se les recuerda que deben cuidarse.

La mera verdad tú no eres la única que tiene diabetes

Las participantes, a diferencia de los varones, no mencionan que necesiten o quieran que los demás valoren o se den cuenta que tienen DMII y que tiene consecuencias graves si no se cuidan. Ellas lo que viven es el tener que asimilar y responsabilizarse de su cuidado ya que sus familiares más cercanos les recuerdan que se deben de cuidar y que no deben de comer ciertos alimentos, encontrándose que en nadie pueden delegar esta actividad de cuidado de su salud, sino por el contrario, los otros (esposos, pareja e hijos/as) les reiteran que ellas deben cuidarse, lo cual responde a la construcción sociocultural histórica del género (Colín, 2013; Alfaro, 1999)

Ellas se sienten atendidas con el solo hecho de que les digan que se cuiden, para ellas esto no es molesto, ni lo toman mal o como que no se quisieran hacer cargo de ellas, es un recordatorio de lo que le toca hacer, considerándolo y significándolo como "un aliciente".

Una característica de socialización de las mujeres es el cuidado de otros, saber que otros no lo harán y lo deben hacer ellas mismas.

“Sí me cuida (su esposo), él me dice ‘no comas esto, vieja, acuérdate que esto, acuérdate que el otro, porque tenemos diabetes’. O sea, en ese sentido me cuida mi esposo... me dicen que no coma mucha azúcar, no tome refresco... Yo digo que sí, que somos pareja...y si pues cuidarlo a él y cuidarme yo, porque así debe de ser”. Sin embargo, en cuanto a las acciones a realizar menciona que: Nos cuidamos nosotras solas, pus sí, y a los hombres nosotras como mujeres... cuidamos más a los hombres (Minerva, 58 años).

“Como mujer lo tengo que aceptar, y ya lo acepté, ahí está... pues debo cuidarme, porque pues el tiempo no pasa en vano, el tiempo va pasando y a raíz de eso el organismo ya no es el mismo...trato de estar bien, más que nada controlada... hay vamos capoteando la enfermedad, no queda otra... por la diabetes trato de no comer mucha azúcar, trato de frenarme... Mi hija y mi esposo fueron los que me alentaron para estar bien, dicen ‘tienes que aceptarlo mamá’, dice ‘cuídate mucho mamá...no comas pan, no comas esto, no coma el otro’. Yo estuve como un mes casi nada más llorando, ‘me voy a morir, me voy esto, ya después me agarró mi hija, y me dice ‘no, la mera verdad tú no eres la única que tiene diabetes, ve otras personas..., tú debes de dar gracias a Dios que estás bien’... Yo me tengo que cuidar mucho, más que nada por mi hija, le digo que quiero conocer a mis nietos (Helena, 53 años).

Para las participantes, tener DMII en cuanto a su cuidado significa, aceptarlo, responsabilizarse y hacerlo de la mejor manera, restringiéndose en su alimentación, evitando o disminuyendo el consumo de azúcar y tomar su medicamento, cambiando en este sentido su estilo de vida. Sin embargo, la tarea es muy difícil ya que también deben de ir cambiando la construcción social de género que han aprendido durante toda su vida. Los demás no lo van a hacer, los otros cumplen con manifestar su preocupación y recordarles o exigirles que se cuiden, aunque les digan, parece que las están regañando, no es fácil cambiar su aprendizaje de toda la vida.

Además, las mujeres van encontrando más motivos para cuidarse, para convencerse qué es lo que deben hacer, como evitar que aumente su deterioro orgánico tanto por la DMII como

por el tiempo para estar bien, por que como mujeres “no nos queda de otra más que cuidar de nosotras mismas”, “lo que me motiva es estar bien para mi hija, ... para estar bien, ... yo porque quiero conocer mis nietos a futuro... sí para conocer a los nietos”, “nosotras como mujeres cuidamos más a los hombres”. Además de que consideran que es su deber cuidar de los hijos y/o a los padres.

Por lo general dentro de la normatividad de nuestra cultura y sociedad, la mujer es destinada a la procreación, el cuidado de los hijos, de los enfermos y del hogar.

“Desde antes que me diagnosticaran la diabetes, mi vida era casi todo el tiempo llevar a Teresa [hija] a la escuela, y estar al pendiente de cualquier cosa que se le ofreciera” (Helena).

Ahorita pues me toca cuidar a mi mamá... en la mañana voy a que desayune mi mamá, le doy su medicamento ya después me voy a trabajar; en la tarde regreso a la hora de la comida igual le doy de comer, su medicamento..., me regreso a trabajar, salgo de trabajar vengo a dar una vuelta a mi casa, me vuelvo a ir con mi mamá, qué es lo que necesita o qué, ya después le doy su cena, su medicamento, pañal y ya” (Caro, 42 años).

En este sentido, el contexto familiar refuerza la diferenciación genérica, dando actividades diferentes a hombres y mujeres destinando a estas últimas al hogar, al servicio y atención de otros y a la vez enseñando lo mismo, por ejemplo, cuando Helena le pide a su hija que se cuide, le está enseñando, como madre a su hija, que las mujeres se deben de cuidar y que esto se hace por los hijos o por conocer a los nietos, como lo refiere ella “*me cuido porque quiero conocer a mis nietos*”. Por un lado, ella considera un aliciente que su familia le diga que se cuide, pero, de alguna manera la hija le exige que reaccione y actúe, pues no es la única con la enfermedad y que aun así está mejor que otras personas. Coincidiendo de alguna manera con lo que Minerva tiene claro, “*las mujeres nos cuidamos solas*” y mencionan que son las mujeres las que cuidan de los hombres principalmente “*porque así debe de ser*”, como un mandato, una orden que se debe cumplir por el hecho de ser mujeres. En este sentido lo que mencionan Lamas (2000), Lagarde (1994), Alfaro (1999) y Colín (2013) respecto a las identidades, en el hombre es para sí y la mujer es para otros, en algunas de las participantes se ve reflejado. Además, se identifica que las participantes agradecen las palabras que reciben de sus

familiares, las toman como un exhorto a que se *cuiden*, es un *aliciente*, para ellas esto es el cuidado que reciben de los otros, mientras que los hombres esperan que otros se responsabilicen de su cuidado. Entre las características de las mujeres tradicionales, Alfaro (1999) menciona que se espera de ellas pasividad y resignación, condición que en cierta medida se identifica al decir que “no queda de otra”, o como menciona Minerva, que su vida “*sigue igual*”, que “*no cambió nada*”, que trata de “*llevarla con calma*”: “*yo digo, que más me da, entonces yo agarro las cosas con calma o sea normales... Si todo, todo (igual), si yo hago mi quehacer, me voy a trabajar, hago la comida, llego en la tarde, recojo lo que está mal puesto, lo que no terminé, me pongo a lavar, a planchar, a hacer mi quehacer, así, o sea, para mí ha sido igual*”.

Cuando las mujeres enferman, en el caso de las participantes, sus rutinas continúan igual en el hogar, así como sus responsabilidades, aunque ahora deben de recordar que están enfermas y cuidarse tomando su medicamento, tratan de frenarse en lo que comen, así como los demás les recuerdan que no coman muchas cosas que les hace daño como los dulces, pan, azúcares o refrescos, entre otras. Lagarde (1994), menciona que la mujer se centra en las demás personas y no precisamente en su propia vida, su salud o bienestar; sin embargo, se muestran algunos cambios, incorporan el tomar su medicamento, regulan su alimentación, pues las hijas o las propias parejas están vigilando y atendiendo que se cuiden, que se responsabilicen ellas mismas.

En conclusión, de este apartado, se identifica que tanto varones como mujeres, realizan algunos ajustes o modificaciones en sus significados y estilos de vida, alimentación y medicamentos, pero lo realizan por motivos genéricamente diferentes, producto de la influencia de la construcción histórico-social del ser hombre y ser mujer. Por ejemplo, mientras que para los varones decirles que se cuiden, es molesto y les enoja, para las mujeres es cuidarlas y alentarlas. Podemos considerar que esto se debe a que los hombres han aprendido que no reciben órdenes, que ellos tienen el control y el poder de decir y decidir en cuanto a su salud y la de otros, mientras que las mujeres asumen y obedecen lo que los demás les demandan, se sitúan en una condición de subordinación al resignarse a cuidarse ellas mismas, siempre y cuando no haya otra prioridad, o justifican cuidarse en función de estar bien para otros. Pero si como en sus discursos, las mujeres comienzan realmente a ocuparse de sí mismas, esto podría

ser determinante para disminuir el número de mujeres diabéticas que mueren al año, ya que el peligro de una actitud pasiva en este caso, o desvalorar las serias implicaciones de la DMII puede llevarlas a relativizar la importancia de realizar prácticas de cuidado para ellas mismas que se refleje en complicaciones y muerte.

La atención o cuidado de la DMII desde un punto de vista biomédico consiste básicamente en el autocuidado y automonitoreo (Gois y cols. 2010). Las indicaciones médicas más antiguas, constantes, generales y fundamentales son el equilibrio nutricional, la ejercitación física, los cuidados corporales y la ingesta de medicamentos hipoglucemiantes y/o insulina, acompañados de monitoreo regular de los niveles de glucosa, con la finalidad de regulación de la glucemia. En este sentido, la DMII exige una atención esmerada y cotidiana que implica modificar estilos de vida, significados, costumbres, hábitos y creencias. Ledón (2011b /2012) identifica que las personas con una enfermedad crónica como DMII, viven un estrés producido por la cronicidad que implica modificaciones en su vida y la responsabilidad en el cuidado de salud en cuanto a la dieta adecuada, ejercicios, toma de medicamentos y su monitoreo. Por otro, este estrés también se debe por las dificultades a las que se enfrentará para lograr y acceder a esa dieta recomendada, la supervisión y atención médica, la significación estigmatizantes de los cuidados de salud en contextos en los que el sujeto está inmerso, como el familiar, laboral, social, cultural, entre otros (Garay-Sevilla, 2005).

El tema del cuidado no solo corresponde a la esfera biomédica, sino también a la psicosocial intersubjetiva, identificando que si el impacto de la enfermedad (fisiológico) y su cuidado sobre el cuerpo y funcionamiento son profundos, lo son más los cambios exigidos y vividos desde un punto de vista psíquico y emocional en su expresión en las relaciones interpersonales con la pareja, la familia, compañeros y compañeras de trabajo y en otros contextos son las generadoras de preocupaciones, insatisfacción y miedos, permeando la calidad de sus relaciones y su cuidado (Ledón, 2012/ 2011; Reyes, Garrido, Torres y Ortega, 2010; Chaveste, 2009; Lozano, Ríos, Álvarez, y Rodríguez, 2007; Gómez y Escobar, 2006; Hernández, 2006). En el eje de análisis del cuidado se entrelazan diversos aspectos psicosocioculturales y una heterogeneidad de vivencias de los hombres y mujeres con DMII. Rodríguez y cols. (2011), mencionan que el género puede imponer diferencias en la forma de manifestar los estados emocionales relacionados con los procesos de salud.

6.3 Sexualidad

“Los hombres somos más sexuales y las mujeres románticas, para ella quizás tomarla de la mano, abrirle la puerta, darles unas flores, escucharlas simplemente puede llenar su vida” (Adrián, 40 años)

Se consideró importante abordar la sexualidad e indagar si la DMII afecta fisiológica y psicosocialmente a hombres y mujeres diagnosticados, si impacta en su identidad masculina o femenina. Aun cuando hay literatura que hace referencia a ello, es un tema que en lo cotidiano no se comenta fácilmente o que los médicos no refieran como relevante de efecto inmediato o progresivo a consecuencia de la enfermedad, sino que ha surgido como algo difícil de comentar para los hombres y algo que no ha cambiado en las mujeres, pero que en ellos ha implicado una confrontación con su identidad masculina y virilidad como comentan los participantes, que de algún modo influye en sus determinación para tomar el control de su enfermedad.

6.3.1 La DMII llegó a afectar mi desempeño sexual

¡Andaba fallón...!

La sexualidad está en estrecha relación con lo fisiológico, así que un descontrol metabólico puede afectarlos, en el caso de los varones pueden surgir problemas de erección, disfunción eréctil, pérdida de libido o apetito sexual. En el caso de los participantes, reconocen una afectación cuando sus niveles de glucosa están elevados y no llevan un control, presentándose disfunción eréctil.

También me llegó a afectar en mi desempeño sexual, la verdad..., me acuerdo que cuando recién empecé a tener intimidad con mi novia, sí hubo momentos en que yo andaba fallón (risas) (Beto, 35 años).

Yo hasta ahorita, no he sentido ninguna baja, excepto cuando hay excesos, pues sí luego hay anda uno ahí hasta arrastrando la cobija, pero menos no" (Toño, 61 años).

Sí tiene uno relaciones y eso, pero ya no es lo mismo... como que hay un poco de disfunción eréctil... Y por lo que he oído, prácticamente a veces, ya no (Mario, 53 años).

Al principio, sí, al principio el libido bajo totalmente; yo pienso que fue derivado de la cola del cometa... porque al principio sí fue muy difícil (Adrián, 40 años).

En cuanto a lo que reportan los participantes, se puede identificar que los significados de la sexualidad están relacionados con lo fisiológico ya que ven afectada su erección y libido con la DMII, consecuencia de los alto niveles de azúcar y descontrol metabólico; DMII afecta también los músculo y nervios, generando un agotamiento, cansancio físico y afectando su erección, por tanto, su desempeño sexual y su deseo, y de alguna manera su relación de pareja. De acuerdo con la construcción social de género masculino, por un lado, el tener relaciones sexuales o ser sexualmente activo es fundamental, los varones deben ser viriles y activos, de lo contrario se pone en duda su hombría. Por otro lado, no consideran que puedan tener vida sexual sin el desempeño su pene en la erección, por lo que su preocupación se centra en la falta de desempeño fisiológico más que en su relación afectiva.

Basson y Schult (2007, p.409), han identificado que "enfermedades crónicas como insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial, diabetes mellitus o cáncer tienen influencia "directa" sobre la función sexual, pero también "indirecta" a través de la modificación de los patrones de interacción, de la autoimagen, del sentido de autonomía y de la producción de manifestaciones físicas como la fatiga, la astenia y el dolor". En particular, Ledón (2011) encuentra que personas con diabetes ven afectada su vida íntima y deben hacer ajustes; sin embargo, esto está muy ligado con el control que tengan de DM, la satisfacción marital estuvo relacionada con el menor impacto de la diabetes y la mayor adaptación a ésta.

En los participantes, refieren que tienen que demostrar a los otros y a ellos mismos que son hombres y que aún pueden tener mujeres, conquistarlas, Toño dice *"¡chingao! pues todavía no me muero, todavía me sirven mis patas, me sirven mis manos y, sobre todo, todavía me sirve*

mi pene... y mientras yo tenga fuerzas, mientras yo tenga la habilidad para tener una dama, ahí estoy..”. Desde su perspectiva ellos son más sexuales, más cachondones.

“Bueno, yo quizás eso debía respondértelo un poquito más como hombre, quizás un poco más como macho incluso. Creo que esa parte sí afecta más al hombre que a la mujer. Creo que los hombres somos más sexuales que la mujer, creo que la mujer es más romántica, para ella quizás tomarla de la mano, abrirla la puerta, darles unas flores, escucharlas simplemente puede llenar su vida. Y los hombres no, los hombres somos más cachondones, pienso yo. En esa parte creo yo que puede afectar más al hombre...creo que la enfermedad nos afecta a hombres y mujeres por igual (en lo fisiológico), salvo por el único detalle que te comenté, y eso hasta por idiosincrasia porque el mexicano somos así como muy, muy de jay yo me eché a esta, a esta, a esta, a esta!” (Adrián, 40 años).

“No todas mis parejas sexuales saben que soy diabético. Para qué decir, para que digan que ya estoy ¡madreado!... No, no tiene caso. Hay personas que te compadecen, otras que se alegran; entonces no acostumbro decirles, solo lo sabe mi familia, mi esposa y una de mis parejas que también es diabética, y lo supo cuando ella me confesó que era diabética...Dicen que, que baja el estado de ánimo respecto a la sexualidad, entonces yo trato de estar siempre, que no baje, que no baje (risas)...Me he vuelto más activo o trato de ser más activo (a partir de su diagnóstico de DMII), de por sí uno con la cultura que tiene de, de ser macho mexicano, anda uno de cusco...” (Toño, 61 años).

Los testimonios dan cuenta de las formas de pensar de los informantes, donde se ve reflejada la cultura, creencias y formas de actuación en los significados que atribuyen al ser hombre, al macho mexicano, al desempeño sexual. El planteamiento anterior, situado de manera particular en la identidad de los varones, evidencia cómo la cultura y sociedad les demanda demostrar su hombría a través de mostrarse sexualmente activos, en el caso de Toño (61 años), aumentó su actividad sexual, en su caso, tenía por lo menos tres parejas sexuales a la vez, además de su esposa; Seidler, 2000; Salguero, 2008 y Kaufmann, 1997, encuentran que efectivamente a los varones no les disgusta tener múltiples parejas si es posible, al contrario esto reafirma su virilidad y hombría ante su comunidad y los hace sentir bien.

De acuerdo con los estereotipos de la masculinidad hegemónica, la sexualidad en el hombre es una manera de reafirmar y demostrar poder, es un medio de mostrar dominio y superioridad sobre las mujeres, así como la capacidad de competir con los demás hombres, es decir el sexo es un medio de ejercicio de poder y de obtener placer para los varones, elemento fundamental en su identidad de “machos”.

En este sentido se convierte en una necesidad ejercer su sexualidad y presumirla (Lamas, 2000; Lagarde, 1994; De Keijzer, 1997; Vázquez 1999), como menciona Adrián (40 años): “*¡yo me eché a esta, a esta, a esta, a esta!*”, o como menciona Toño (61 años) “*Me he vuelto más activo o trato de ser más activo*” en el sentido de reafirmar que puede tener sexo frecuentemente aun con DMII, ya que existe un temor de verse afectados en su rendimiento, que está vinculado con lo que dicen haber escuchado y con lo que han vivido sobre la pérdida de erección y desempeño en el aspecto sexual a consecuencia de un mal cuidado de sus niveles de glucosa, por lo que en el caso de Toño (61 años) se vuelve más activo para demostrarse a sí mismo y a los demás que sigue siendo hombre, lo que le permite seguir teniendo el poder y el dominio, de ahí que evita mencionar que tiene DMII a sus parejas sexuales para que no digan que ya está “madreado” lo cual significaría que ya no puede, que ya no tiene el control, poder, ni dominio no sólo en su cuerpo sino en la relación con las mujeres, con sus parejas. La DMII, en este sentido los coloca en una situación de vulnerabilidad corporal, emocional, de identidad masculina, por lo que, como Toño (61 años) lo omiten mencionar con sus parejas, o se cuestionan como Beto (35 años) si le conviene o no decirlo.

“...sí, ahorita yo tengo una nueva pareja, y si es sana ¿cómo ella afrontaría mi enfermedad?, ¿qué es lo que ella sabría?... Bueno cuando yo empecé a hacer citas, solo decía soy divorciado, y no me he divorciado por la iglesia, pero nunca les he dicho ¡tengo diabetes! No vaya a pasar como con la última (exnovia)... La verdad yo no quiero pasar por lo mismo... ahorita estoy vislumbrando que quiero salir con una persona, ella está sana, es una persona que está delgada. Y ¡Oye yo estoy con la enfermedad de la diabetes!, así como que no...esa es mi inquietud...cómo llegar a comprometerse o cómo saber, o qué podría decir ‘ah mira estoy así, pero no pasa nada porque estoy, esto y esto y esto’, o más bien ‘tú qué sabes de la enfermedad’, y más o menos tratar que ella se

involucre con mi enfermedad. Saber si le digo o no le digo... eso es más importante todavía” (Beto, 35 años).

Él abiertamente se cuestiona cómo debe establecer una nueva relación y el papel que juega su enfermedad si dice o no que es diabético, o cómo se conducirá ahora que lo es, él quisiera saber qué saben de la DMII las personas con quien se relacionará, para saber si se van a comprometer con él o no, pues ya tuvo una experiencia con una pareja que no quiso comprometerse en su cuidado y no quiere pasar lo mismo. Apareciendo los significados sociales con los que ha sido construido como varón, llevándolo a buscar que otros se hagan cargo de su salud y no responsabilizarse por él mismo.

En nuestros participantes, vemos preocupación en cuatro sentidos: 1) que se llegue a cuestionar su virilidad, como macho mexicano, por lo que comentan o presumen sus conquistas sexuales; 2) se teme vivir un rechazo por tener DMII, 3) se teme no encontrar el apoyo o compromiso en los otros para cuidarlo, por lo que se cuestiona si lo dice o no, y 4) no causar lastimas, ser visto como estar “madreado” y que se alegren de que tiene DMII.

Colín (2013), encuentra que el varón entre más controla en su entorno social se reafirma en la masculinidad, convirtiéndose en una prioridad demostrar ser hombre, demostrarlo significa tener el poder y dominio, ya que puede perder todo menos el poder, en el caso de la sexualidad está en la capacidad de erección, “se puede perder todo, hasta la salud, pero no la virilidad”.

6.3.2 Se va una secando

En cuanto a las mujeres, Hernández (2009) refiere que algunas consecuencias del descontrol glucémico en ellas, con frecuencia son los trastornos en la lubricación o dificultades para alcanzar un coito satisfactorio. En el caso de las participantes mencionan que su sexualidad sigue igual en general, que no se ve afectada por la DMII. Sin embargo, refieren sentir cansancio, lo cual se reflejaba en agotamiento después de una relación sexual, que, al comentarlo con su pareja, él lo toma en cuenta y realiza “*la mayor talacha*”, como es el caso de Coco (40 años); pero también Minerva (58 años) comenta sentir cansancio, agotamiento por lo cual va dejando de “tener ganas” de estar con el esposo.

Por otro lado, en el caso de Minerva también pueden estar en juego elementos que se han ido construyendo en la misma relación de pareja que contribuye a ir dejando de tener ganas, que tienen que ver con el aspecto psicosocial de la relación o vínculo que tienen con su pareja. Se identifica una sexualidad en declive al decir que se van secando, en el sentido que dejan de tener ganas de estar con su esposo apareciendo una disminución del deseo. Las participantes son reactivas o respondientes a la solicitud de la pareja para tener o no sexo, es decir “cumplen con sus deberes de esposa” si les es solicitado por el esposo. Pero también se actúa de manera un tanto receptiva cuando son parejas sexuales extramaritales, en el mejor de los casos son sugerentes en cuanto a que se ponen ropa sexy para el amante, o se acercan a la pareja de manera cariñosa.

En cuanto a lo fisiológico y lo que se deriva de las complicaciones de la DMII, el cansancio es uno de los síntomas que se pueden presentar y que las participantes reconocen puede estar asociado con su respuesta sexual, aunque también se identifica una falta de lubricación, coito doloroso, o pérdida de apetito sexual, pero no lo identifican como consecuencia del mal control de sus niveles de glucosa:

Ya después yo sentí que se va uno agotando, muy... Se va una secando... va uno dejando de tener, este... ganas de estar con el esposo. (Minerva, 58 años).

“Al principio yo estaba muy cansada y este me agotaba mucho una relación sexual, sin embargo, por ejemplo, ahí era donde yo (se sentía cansada) ... él entendía o encontraba mayor comprensión por parte de él, porque decía ‘es que no, no puedo tener la misma actividad física’ y ‘él me decía no hay problema, procuraremos que tú no te canses’, entonces la mayor talacha se la echaba él” (Coco, 40 años).

Hernández (2009), identifica que existe la pérdida o disminución en el deseo sexual en las mujeres que tienen descontrol glucémico, con incremento en la poliuria y pérdida de electrolitos por vía urinaria, lo cual se acompaña de debilidad muscular y cansancio como señalan las participantes.

Sin embargo, cuando se tiene niveles glucémicos óptimos (en ayunas 70-110 mg/dl o menos de 140 mg/dl dos horas después de comer) esto no pasa, y se sigue presentando el apetito sexual. Pero este puede ser manifestado, buscando que se dé un encuentro sexual que

dependerá del otro, de su disponibilidad de tiempo o de querer o no tener relaciones, así como de su relación o vínculo emocional que han construido a lo largo de su convivencia de pareja.

“Cuando mi esposo llegó de E.U. yo lo recibí, comprándome ropita sexy, pero él no me hizo caso...con mi otra pareja lo que hago es ponerme cariñosa, me pongo también ropa sexy en ocasiones, le pregunto que, si ya se va, si tiene prisa, para ver si así me dice que vamos a otro lado” (Flor, 45 años).

Otro aspecto identificado en relación a la sexualidad con Flor (45 años), es que aun cuando es sugerente y tiene iniciativa para iniciar el encuentro sexual, éste no depende de ella, es decir, no es quien tiene la dirección de sus actividades sexuales, reconoce tienen “*apetito sexual*” pero se ajusta o responde a las demandas o condiciones de la pareja ya sea el esposo o su otra pareja, por lo que no siente que la DMII comprometa su sexualidad, pero sí el vínculo que tienen con ellos, ya que refiere sentir el rechazo de su esposo desde que llegó de E.U. y con su otra pareja que es casado, los encuentros están condicionados a su disponibilidad de tiempo o ganas de él para complacerla. En el caso de Minerva (58 años), aunque no reconoce un apetito sexual, sí menciona que no dependió de ella que su actividad terminara, sino fue como consecuencia de que su esposo “ya no podía”.

Pues ya de por sí ya no jajaja (ya no hay relaciones sexuales) ...Bueno aquí me da mucha pena decirlo, pero mi esposo es el que ya no puede, él no sé por qué ya no puede... No sé, la verdad no le digo nada ahí... Y de eso ya tiene como 5 años...no ya no he (ya no tienen relaciones sexuales), y pues te digo como también mi viejo tiene DMII, entonces este, eso es lo que me ha pasado mjum... Bueno dicen que los hombres diabéticos ya no pueden tener sexo, eso dicen que ya no pueden. Pobrecito (de él), o sea para un hombre sí... (Minerva, 58 años).

No tenía ritmo de vida sexual seis años, te puedo decir, hasta que él llegó (su esposo de E.U) ... ya de ahí en fuera si tuve, él llegó en noviembre, eso muy salteadas...eh si tenía apetito sexual, eh, pero hasta ahí.... Con mi esposo, una vez a la semana. Y... y... 2, 3 veces a la semana... con mi otra pareja. (Flor, 45 años).

En el caso de Flor (45 años), es necesario precisar que de manera simultánea tiene dos parejas con quienes mantenía relaciones sexuales. Con el esposo era esporádico, refiere que tenían muchos problemas, y con el amante, tenía relaciones cuando iba por ella a su trabajo y tenían encuentros sexuales siempre que él podía, pues era un hombre casado y trabajaba saliendo frecuentemente del D.F.

“La diabetes, yo digo que no afectó en mi vida sexual, porque no he tenido relaciones jajaja. Soy viuda desde hace 22 años, y me diagnosticaron hace 12 años, y no he tenido otras parejas, fui educada a la antigua, y te casas y es para siempre” (Isela, 63 años).

La construcción sociocultural de género incorpora estereotipos sobre las maneras de ser mujer, una es ser esposa y madre, otra es ser amante, o prostituta donde los significados, usos y prácticas de sexualidad son distintos, a unas se les educa / entrena para ocultar el placer, para no usar el erotismo, las lleva a ser mujeres madres, esposas e hijas, sumisas, asexuadas, ignorando en gran medida su sexualidad, el placer y sus necesidades, en tanto que a otras se les entrena y educa para úsalo, llegando a ser parte de su trabajo (Lagarde, 2000).

La mujer, en su papel de madre, implica que ha de refrenar y someter sus deseos y pasiones, por lo que queda confinada al ámbito de lo doméstico, de lo privado, al mundo interior, relegándola en el ámbito sexual al cumplimiento de su papel de esposa que atiende a su marido; o como en el caso de Isela (63 años), que retomando sus palabras *“fue educada a la antigua”*, es decir se casó y fue para siempre.

Ledón (2011a) encuentra que las relaciones de pareja en particular, se construyen como marco para el ejercicio de la sexualidad, principalmente en las mujeres, de modo tal que la referencia de no tener pareja pareciera negar (desde la construcción discursiva y práctica) la existencia de sexualidad, asumiéndose que si no existe pareja no existe sexualidad, o no resulta lícito referirse a ella, como en el caso de Isela (63 años) o Flor (45 años), que durante seis años dice no haber tenido vida sexual, pero después, a la llegada de su esposo y como respuesta a su rechazo y a su apetito sexual, tiene una relación extramarital en paralelo. Estos comentarios, por ejemplo, los menciona fuera de la entrevista, con más dificultad de

expresarlo y enfatizando que por seis años ella no tuvo pareja porque su esposo estaba fuera, es decir era una mujer fiel a su esposo.

En este sentido, la sexualidad de la mujer debe estar justificada dentro de una relación marital, de lo contrario no se comenta o solo se hace bajo el anonimato y en condiciones muy particulares. Expresar abiertamente su deseo, vivir su sexualidad o buscar satisfacer su "*apetito sexual*" las puede comprometer ante la sociedad y ser sancionadas por ello, pudiendo explicarse en cierto sentido por la ausencia de su legitimación dentro de una sexualidad tradicional donde el autoerotismo, fantasías y otras formas de expresiones de su sexualidad no se mencionan, se niegan o se sancionan en muchas ocasiones.

Ledón (op.cit.) encuentra dos maneras de concebir la sexualidad a partir del diagnóstico de una enfermedad; una es vivirla como inevitablemente ausente, deshecha o disfuncional debido a la enfermedad. Hernández (2009), menciona que las mujeres con DMII deben acudir al médico para que a través de un interrogatorio exploren si su vida sexual se está viendo afectada y/o se están presentando trastornos en la lubricación o para alcanzar un coito satisfactorio, como consecuencia de la DMII. Ya que la falta de lubricación vaginal o una lubricación insuficiente ocurre con frecuencia en la perimenopausia y se ha observado con relativa frecuencia en las mujeres con DMII, lo cual intervendrá en su vida de pareja, es decir que algunas de las consecuencias del descontrol glucémico en las mujeres puede ser tratado a través de su control metabólico o una terapia sexual.

Por otro lado, otra manera de concebir la sexualidad en las mujeres, de acuerdo con estos autores, es ponerla en un segundo plano o restarle importancia cuando están enfrentando una situación de amenaza a la vida como la DMII.

En el ámbito sexual, los significados para hombres y mujeres sobre tener DMII son muy diferentes entre los géneros, pero muy similar intragéneros; para ellos es mucho más evidente la falta de libido y los problemas de erección; mientras que ellas no refieren ningún cambio a consecuencia de la DMII, aun cuando fisiológicamente pueden presentarse problemas con su lubricación o para lograr un coito satisfactorio, así como en ambos presentarse agotamiento. El significar a la DMII en el caso de los varones como algo que puede limitar sus prácticas sexuales los lleva a vivirla como una amenaza que les puede

producir la muerte, sino que además atenta con afectar sus prácticas sexuales en las cuales por lo general cifran gran parte de su valía ante otros y otras. En este sentido, es un impacto más fuerte para ellos ya que se pone en riesgo su virilidad, su poder, su control, su papel ante la sociedad como hombre al perder su erección; mientras que en las mujeres, se reconoce un cansancio en algunas de ellas que les permite explicar su agotamiento cuando tienen relaciones o que puede influir en las “ganas de estar con su esposo”; por ejemplo, Minerva (58 años), menciona que por un lado su esposo ya no puede (piensa que posiblemente se deba a que es diabético, aunque prefiere no hablar de ello con él para no incomodarlo), por lo que ya no tienen relaciones sexuales, al margen de tener deseo o no, lo cual refleja que se ha construido como madre, esposa, donde el sexo no es lo más importante en su vida, aceptando que esto se acaba; y por parte de ella, va perdiendo también ganas de estar con su esposo, pero no busca la causa considerándolo parte de su proceso de vida, se va secando (metafóricamente hablando), por lo que acepta que su sexualidad se ha terminado, y no como consecuencia de la DMII, es decir no refieren que la DMII sea causa de dejar de tener sexo, sino como algo que identificaron, porque el deseo continúa y su actividad depende principalmente de la movilidad o disponibilidad de la pareja; para otras, su sexualidad sigue siendo igual que antes del diagnóstico, dejando ver que existían periodos largos sin actividad sexual debido a su ciclo menstrual como señaló Helena o por su viudez en el caso de Isela. Ellas no significan que la DMII influya o ponga en riesgo su sexualidad.

6.4 Trabajo

“Hay de dos, los hombres que se quejan, que son cobardes y los que no nos doblamos”. (Toño, 61 años)

El abordar las relaciones e interacciones que hombres y mujeres con DMII tienen en el ámbito laboral en esta investigación es debido a que en la actualidad un gran número de la población en general, trabajan para recibir un salario para su sustento personal y/o familiar; reconociéndose, que un promedio de 8 horas al día las dedican a esta actividad. En este ámbito también se han identificado que las diferencias entre hombres y mujeres generan desigualdades tanto en la oportunidad de ser contratados, como desigualdades en la distribución de responsabilidades, cargos o puestos, en el trato que reciben, salarios y actividades realizadas. Galvis (2010) encuentra en su investigación que las mujeres han sido las más afectadas ya que recibe un salario menor y en muchas ocasiones desempeñando actividades de varones quienes son sus jefes y son a quienes se les reconoce. En México, es común encontrar restricciones de género para conseguir trabajo y, aunque se obtenga, es probable que sea realizado con una remuneración menor a la que recibiría un hombre en el mismo. En general, las mujeres trabajadoras ganan 22.9% menos que los hombres (Lara, 2016); y se estima que la brecha salarial¹⁶ de género en México alcanza del 10 al 15% en promedio. Esto coincidió con las condiciones salariales que tienen los varones participantes quienes tienen un mejor ingreso que las mujeres de la investigación; con excepción de Coco, quien tiene Maestría y un mejor salario; no obstante, aun así, tiene un ingreso menor que la mayoría de los varones que tienen solo el bachillerato trunco. Aunado a esta desventaja a haber sido diagnosticada con DMII, el panorama no es nada alentador, aun cuando es muy probable el padecer esta enfermedad también afecte a los varones en su trabajo y ambos esto puede repercutir en su estado de salud o enfermedad.

Por tal motivo, se realizó este análisis interpretativo considerando la relación del género, el trabajo y el padecer DMII.

¹⁶ “La brecha salarial de género se define como la diferencia entre la media de ingresos entre hombres y mujeres con relación a la media de ingresos de los hombres.” De acuerdo al Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO).

A continuación, se discute sobre lo que para los hombres y mujeres participantes implicó haber sido diagnosticados con DMII considerando sus condiciones laborales.

6.4.1 Prefiero no decir que tengo DMII

Las similitudes que encontramos entre varones y mujeres en esta área, es que ambos prefieren no decir que han sido diagnosticados con DMII, aunque sus razones son diferentes ellas mencionan el temor a que las corran; ellos para evitar que los vean diferente, que los limiten o cuestionen cuando ellos se siguen comportando igual, pero sí modifican actividades como trabajar tomando medidas preventivas para no lastimarse, poniendo límites a sus jornadas de trabajo, cuidar sus pies, tomar su medicamento en horarios pero sin que sus jefes lo sepan por el temor al despido.

“No, no, sigo igual, siendo el mismo (risas), no platicar sobre eso (DMII)... Igual, no manifestar, ni gritarlo a los cuatro vientos ¡ya soy! (diabético), simplemente ser igual que todos y estar con los mismos compañeros echándole ganas, no tiene por qué afectar, yo siento que no... pero no, este, o sea el trato es el mismo. No quiero que me vean diferente”
(Juan, 47años).

En el modelo hegemónico de la masculinidad, el enfermar los demerita, los vulnera, en por ello que principalmente los varones tratan de mantener su imagen, su estatus y no ser vistos diferentes, en este caso, como mención Juan seguir igual que todos los demás hombres sanos, por tanto, evitan lo más posible mencionar que padecen DMII. Esto es un factor de riesgo dado que como se observa en este testimonio, se inhibe la percepción de que su enfermedad en relación con sus actividades y prácticas cotidianas en el trabajo, pueden propiciar un riesgo a su salud al continuar con prácticas sociales que dentro este ámbito pueden ocasionarle complicaciones, por mencionar algunas, estas pueden ser: trabajar horas extras en su trabajo, la omisión de los alimentos, el comer alimentos que pueden afectar sus niveles de azúcar, el desvelarse u otras más.

Ahora sí trabajo con más precaución, por ejemplo, a un lugar donde hay muchos combos, ahí si me pongo botas, cuando voy a cambiar un mueble o una taza, no, pues me puedo

ir hasta de tenis, porque yo siempre ando de tenis los siento más cómodos, nada más es cuidarme, más que nada a mis pies (Mario, 53 años).

Cuando las actividades laborales pueden representar un riesgo físico, aun cuando no lo comentan a los demás, tratan de protegerse como ellos consideran es posible, por ejemplo, Mario quien evalúa el tipo de actividad que va a realizar y ajusta su calzado.

En cuanto a las participantes, no lo dicen porque piensan que no es importante o temen a la discriminación y a sus consecuencias en el trabajo; una de ellas prefiere no comentar que ha sido diagnosticada con DMII por miedo al despido, parece ser, que las consecuencias en este caso llevan a Flor a pensar que puede ser visto que padecer esta enfermedad es una condición incapacitante para trabajar o que en el caso ella es una razón suficiente para despedirla. Aun hoy en día, el ser mujer se percibe como una condición desventajosa, donde una enfermedad no solo las vulnera ante los y las demás, sino que nulifica por completo ser vistas como capaces de continuar con nuestro trabajo.

No, en mi trabajo no saben que soy diabética...mi hijo ahorita que está conmigo trabajando, me dice ‘oye mamá tus pastillas’... cállate, ¿por qué, es que aquí no saben que soy diabética, ‘¿por qué mamá?’ no, no, no. Luego te explico, o sea no, nadie sabe de ahí de mi trabajo, más que mi hijo. Temo que me despidan (Flor, 45 años).

Algunas actividades consideran que ponen en riesgo su salud y hacen algunos ajustes, por ejemplo, en los horarios o días laborales, como en el siguiente testimonio.

“Antes trabajaba viernes, sábado, domingo, vacaciones y días festivos, ahora ya no, o sea desde que tengo el diagnóstico de la diabetes también aprendí a decir no... por lo menos religiosamente los domingos no trabajo, solo cuando hago algo de altruista... y ya el último cambio pues fue que me cambié de trabajo” (Coco, 40 años).

Yo la tengo y no ando quejándome

Conmigo mi jefe, como que se calmaba, como que hay un trato como preferencial

El ser diagnosticado con una enfermedad como DMII, implica tomar una postura ante este evento, que al no corresponder con lo que se espera socialmente, será criticado y colocado en posiciones diferentes, limitándolos, recibiendo consideraciones, cuestionando sus posibles cambios o demandas, según sea hombre o mujer.

Las diferencias radican en que para ellos significa ser vistos de manera diferente, como enfermos, limitados, tratados con condescendencia o lastima lo que puede hacerles vivir una pérdida de estatus, mostrándose vulnerables ante los demás, juzgando severamente a quienes lo expresan y esperan atención por ello.

*“En el momento en que yo me entero de mi problema, la verdad yo no se lo conté a nadie... no les quiero decir a los demás que estoy diabético. ...Muchos de mis compañeros no saben que soy diabético, porque, pues que les importa, así de fácil... Hay personas que te compadecen, hay otras que se alegran, entonces no acostumbro decirles...hay muchos compañeros que dicen ‘pues es que la azúcar’ y empiezan a quejarse y ese tipo de gente, ese tipo de hombre, dice uno, pues **qué cobarde** para no decir tan feo, **qué cobarde; yo la tengo y yo no ando quejándome...** Yo me junto con ciertas personas para ir a comer y ahí nos contamos, ¿y cómo vas con tu azúcar? pero no nos doblamos, pero sí nos cuidamos. En cambio, el otro círculo (los que se quejan), cuando he ido a comer con alguno de ellos me deprime... (Toño, 61 años)*

En el caso de ellas, Minerva (58 años) comenta:

....” Hay una compañera que también tiene diabetes en donde trabajo, siempre anda de malas, y me dicen que debemos considerarla y ¡darle chance!, pero yo les digo, ... ¿por qué, yo también la tengo y no me pongo igual, o me van a tratar diferente a mí también? ...todas coludas o todas rabonas”

En éste caso, la solidaridad no es precisamente algo que se dé con esta participante, si ella no recibe algún trato preferencial por padecer DMII tampoco a otra compañera. Esto coincide con Salcedo-Rocha, García de Alba-García, Frayre-Torres y López-Coutino, (2008), que la mujer tiene desventajas sociales, deterioro físico, falta de autocuidado y solidaridad, identificándose no solo en relación con varones, sino con las personas de su mismo género. También preferirían no decirlo, porque los limita en algunas condiciones, lugares, en lo que comen en la oficina y/o en las reuniones con los compañeros como lo refiere Beto (35 años).

“Realmente no lo digo, porque cuando está el pastel, te dicen ‘Ay tu no deberías de comer’ o ‘no, tú no comas...’ sí llegan como a hacer sentir a uno mal, ¿no? Como que siento que no merece ni la pena mencionarlo”.

En el caso de las participantes, una de ellas prefiere no decirlo porque teme perder su trabajo si se enteran que padece DMII como lo mencionó Flor (45 años):

“No sé, por miedo a... Que no lo creo de mi jefa eh, o sea... Miedo a que me corran, ése es mi temor”.

6.4.2 A veces hay que decirlo

Los varones participantes prefieren no comentar que han sido diagnosticados con DMII; no obstante, reconocen que informar que tienen DMII si de alguna manera les proporciona algunas prerrogativas, es decir reciben algún tipo de consideración, beneficio o trato especial, que les agrada o conviene.

“...lo dije a mi jefe... estuvo bien, porque era bien regañón (risas), te regañaba por todo. Pero conmigo como que se calmaba, como que hay un trato como preferencial, entonces (risas) en ese momento si me sirvió bastante, (decir que tenía diabetes), porque... eran unas regañizas, pero a mí como que me veía y como que se calmaba, entonces (risas). Bueno alguna ventaja debería tener, ¿no? (risas)” (Beto, 35 años).

Por un lado, se pueda hablar de un significado estigmatizante al ser vistos como limitados, enfermos que pueden tener complicaciones en cualquier momento y morir, o pueden ser

vistos como alguien que hay que reconsiderar pues puede ser un problema que en el futuro puede tener complicaciones de salud que propicien incapacidades, permisos o ausentismo.

Ser visto como diferente o no “normal” por tener DMII ha significado recibir consideraciones, un trato especial en este caso, en el ámbito laboral, dado que los jefes evitan regañarlos, o los consideran más para que salgan más temprano o no se esfuercen mucho en sus actividades laborales, Beto (35 años) comenta que una de sus jefas que también sabía, “si lo veía mal” cansado o que se viera pálido le decía “ya deja eso que estás haciendo y vete a descansar porque si no te vas a poner mal”. Él menciona una buena relación en su trabajo, pero sí reconoce que el que supieran sus jefes o compañeros de trabajo que tenía DMII le era en ocasiones favorable.

En el caso de los participantes, se identifica una resistencia a decir que son diabéticos, muy ligados con lo que ellos mismos piensan de quienes sí lo dicen y esperan atención, siendo desde su punto de vista algo que los demerita como varones. Además, reconocen que otros han usado la DMII para obtener algún beneficio.

Yo no la uso (la diabetes) para justificarme de nada, al contrario, trato de hacer de cuenta que no tengo, pero sí lo he visto con compañeros que han usado la enfermedad para conseguir por lo menos tres días de incapacidad para irse a su tierra..., en otra ocasión acompañé a uno al seguro, pero él quería nada más comprobar su día por decir, para que no lo fueran a castigar” (Toño, 61 años).

Los participantes significan la DMII como una enfermedad que puede hacer que los vean limitados, incapaces o como quienes pueden tener complicaciones en su trabajo, en su desempeño; pero también tiene un significado en el cual tener esta enfermedad les puede dar algunas ventajas ante los demás, ya sea porque así lo hayan vivido o visto con otros. La normatividad social para los varones se caracteriza por considerarlos “verdaderos hombres” si demuestran que tienen logros, poder y fuerza, que cumple con el modelo hegemónico prevaleciente en nuestra sociedad, reproduciendo el estereotipo, buscando reconocimiento a su valía como en el caso de Toño (61 años) que prefiere no decir que ha sido diagnosticado con DMII, que se muestra fuerte y que no se dobla, pero que a la vez, juzga y califica a los varones, en este caso a sus compañeros que se quejan como “cobardes”. Aquellos hombres

que se atreven a decir lo que sienten, que actúan en contra de las expectativas de la sociedad son considerados “poco hombres” en su grupo de trabajo o a sí mismos (Korin, 2000, Lagarde, 1994; Colín, 2013).

Fue así como... una situación lastimera

En cuanto a ellas, no lo dicen porque piensan que no es importante o temen a la discriminación y a sus consecuencias en el trabajo; sin embargo, lo llegan a mencionar cuando sienten que está en riesgo su salud. Una participante menciona que tiene que enfrentar una serie pruebas o condiciones en el trabajo para lograr que asimilen que tiene DMII, y tiene que hacer ajustes para no afectar su salud y ser vista con lástima.

“En el trabajo de la mañana, al principio fue así como que una situación lastimera de pobrecita, cuando se enteraron, pero como en la institución donde trabajo en la mañana, es el peor ambiente laboral, te tiran hasta por debajo de la lengua, lo utilizaron como un medio para... este... torturarme. Después me picaban para que yo me enojara, y vieran si era cierto o no que estaba enferma... Ya después les cayó el veinte, que era algo real (que estaba enferma de DMII), cuando empezaron a ver que efectivamente me tomaba pastillas, cuando veían que tenía que irme al doctor..., Aquí (trabajo vespertino), al principio me decían ‘no pasa nada’, hubo aquí mucha empatía, mucha aceptación, mucho apoyo; sin embargo cuando aquí hay temporada alta de trabajo les vale si estás enfermo, si tienes gripa, si tienes pulmonía o sea no importa, aquí se tiene que sacar el trabajo, y lo demás entonces ese ritmo de estrés llega un momento en que a mí me bloquea y este pues yo lo que tengo que hacer es tomar medidas preventivas... porque cuando aquí dice ‘urge’, no importa si eres tortuga o caracol y te dicen urge y tienes que llegar en menos de un segundo... , así que sí lo tuve que decir (que era diabética), aunque alguien me decía ‘es que no lo tienes que publicar a los cuatro vientos’... y yo decía ‘es que no lo estoy diciendo para que me tengan lastima o compasión, sino porque también la gente tiene que estar enterada que a veces hace cosas sin pensar y que sí te afectan’. A veces a la gente le vale, son mulas, entonces tienen que aprender también a medirse..., trato como

de irme regulando, ellos se han portado amable conmigo y la gente incluso de aquí en la cafetería ya saben cómo las cosas las pido que sin azúcar o sin grasa” (Coco, 40 años).

Tener DMII ha significado generar situaciones diversas, unas de condescendencia otras de prueba, resistencia y búsqueda de apoyo, como lo vivió Coco, que comenzó a generar sus redes de apoyo en el ámbito laboral, ya que menciona que sería más difícil para ella vivirlo sola.

En el ámbito laboral, ser diagnosticado con DMII y decirlo puede significar una desventaja si se considera que por esta enfermedad ya no podrán trabajar normalmente o empezarán a pedir incapacidades o ausentarse. El decirlo, permite solicitar permisos para sus chequeos médicos, considerar sus horarios de comida. Ledón (2012) encuentra que con frecuencia las personas expresan un sentido de vulnerabilidad, ser diferente se asocia con la percepción de vivir procesos de discriminación y estigmatización lo que se expresa en las actitudes, discursos y comportamientos de los(as) otros(as) como amistades, compañeros o jefes del trabajo, como en los propios, a partir de los significados culturales de la DMII.

Sin embargo, se pueden recibir algunas consideraciones cuando saben que tienen DMII, obteniendo ganancias secundarias como lo comentan participantes tanto varones y mujeres; aun cuando en el caso de Coco, antes que comprendieran su condición como diabética, pasó por un periodo de prueba, donde tenía que demostrar que estaba enferma para poder ser considerada en el sentido de no sobrecargarla de trabajo y responsabilidades. Banqueri (2010), menciona que enfermar no siempre es tan malo como suponemos, a veces, trae de la mano un conjunto de beneficios que no existen cuando estamos sanos, como el incremento en la atención y posiblemente la supresión temporal de nuestras obligaciones respecto al mundo. Encontrándose que la sociedad en general y las personas más cercanas a no nosotros, en particular, atenúan su presión ante esta situación de DMII, como en el caso de Beto, que le ayuda a no ser regañado como los demás compañeros, o como en el caso del compañero de Toño, quien lo usó para justificar su ausentismo.

Ser un hombre diabético trabajador, les lleva a ocultar el conocimiento de su enfermedad a los demás, a menos que les reporte algún beneficio como salir antes del trabajo, tener menos carga

o justificar ausentismo. Cuidando no cortarse, revisando el tipo de calzado que usan, evitando los excesos en su alimentación y bebidas en las reuniones laborales.

La DMII, es una enfermedad que puede influir en sus actividades laborales en tres sentidos 1) generando problemas en su alimentación por los horarios de su jornada laboral y por la poca comprensión y falta de información en los centros de trabajo acerca de la DMII, condiciones que interfieren en el cuidado de su salud. 2) Es común que como resultado de los múltiples cambios físicos y psicológicos asociados al proceso de la DMII se presenten cambios en el desempeño de las labores, las personas con esta enfermedad se ven expuestas a interrumpir sus ocupaciones durante diferentes periodos, ya sea por indicaciones médicas o licencias por incapacidad; identifican que su salud física interfiere en su trabajo y demás actividades diarias, haciendo su rendimiento menor, se sienten limitados y comienzan a tener dificultades para realizar ciertas actividades. Y 3) las personas con DMII tienen que ser más cuidadosas en sus actividades laborales para disminuir o evitar los riesgos que la actividad les puede producir como cortaduras, golpes, periodos prolongados de ayunos o sin descanso, entre otros. Vivir con DMII implica también en el ámbito laboral convivir con sus significados estigmatizantes, asociados a ineficacia, fracaso, debilidad, limitación y no "normalidad", lo cual está estrechamente relacionado con la manera en que son vistos por los demás o tratados por los compañeros de trabajo, jefes, subalternos (Ledón, 2011ab/2012), así como en ocasiones ganancias secundarias.

6.5 El Discurso biomédico en la construcción de significados en torno a la DMII.

*¡Me voy a morir, ya me veo en el hospital con insuficiencia renal!,
le temo a la ceguera, ya no voy a poder...
¡Tengo diabetes!*

A lo largo del trabajo se ha hablado de diferentes significados de las y los participantes, donde se puede identificar que reciba el diagnóstico de DMII, implica una serie de cambios y frecuentemente complicaciones no solo para quien la padece, sino que hacen que la familia, amigos y conocidos atraviesen de un sin fin de emociones, incertidumbres, incongruencia, culpas y desafectos, propiciando que algunos o algunas nieguen lo sucedido, otros u otras se involucren más, o simplemente se alejen del enfermo o enferma. Siendo estas relaciones y discursos en relación a como es ahora percibido(a) por los demás y por sí mismo(a) lo que contribuye a la construcción de significado que de la DMII elaboran intra e inter géneros.

En esta sección se hace un acercamiento a su construcción a partir de la relación discursiva que han tenido con diferentes agentes relevantes, como son el personal de salud, dado que recibir el diagnóstico de haber desarrollado DMII representa una fuente de estrés, dado que se le conoce como una enfermedad metabólica, crónica e incapacitante que les demanda cambios de hábitos en la alimentación, su actividad física, sus rutinas, su cuidado personal, entre otros. Generando estados de miedo e incertidumbre tanto en hombres como en mujeres. Por tanto, se convierte el médico o el personal de salud, su principal fuente de información y acercamiento a este padecimiento, en relación a como él o ella deben ver la DMII ahora que son ellos quien la vivirán.

6.5.1 El personal de salud

“Yo creo que no me dio toda la información de mi enfermedad el médico”

El impacto físico de la DMII está ampliamente documentado, siendo el médico quien está facultado (y se espera), tiene los conocimientos y preparado para evaluar la sintomatología diabética tanto en hombres como en mujeres, para así dar un diagnóstico correcto de DMII en

su caso. Ha sido la ciencia médica, la antropología médica y la sociología médica, principalmente las han reconocido en sus investigaciones, que el solo centrarse en atender y dar el tratamiento tanto farmacológico, como el no farmacológico a las personas no es suficiente para el control de ésta. Recomendado abordar el impacto afectivo y social de la enfermedad al momento de dar el diagnóstico, el tratamiento y su seguimiento; dado que, no solo se trata de un desequilibrio fisiológico, sino también una limitante en su estilo de vida

El momento en que las personas se enteran que tienen DMII es fundamental para su posterior afrontamiento y reconsideraciones que debe hacer en su vida quien ahora la tiene y las personas que le rodean, siendo el personal médico el punto de partida. En este sentido, lo que éste les diga, la manera en cómo lo haga, así como el contenido de la información y el responder a sus dudas, puede contribuir en la forma como interpreten su enfermedad y nueva condición. Sin embargo, existen múltiples limitantes en esta esfera del servicio médico, siendo frecuentemente deficiente y hasta errónea la información que les dan, situación que vivieron los y las participantes.

“Yo creo que no me dio toda la información de mi enfermedad el médico, como que le faltó... él me dijo, ‘a mí se me hace que por los síntomas que usted tiene...por lo que me está diciendo, es la diabetes. Se le desarrolló”

“El doctor me dijo, que había una insulina buena y una mala y que la mala era la que se me había desarrollado” (Juan 47 años).

La atención o cuidado de la DMII desde un punto de vista biomédico, recae principalmente en quién ha sido diagnosticado con ésta, es decir, consiste básicamente en el autocuidado y automonitoreo de los niveles glucémicos (Gois y cols. 2010). Las indicaciones médicas más antiguas, constantes, generales y fundamentales para lograr el control de la DMII, son el equilibrio nutricional, la ejercitación física, los cuidados corporales y la ingesta de medicamentos hipoglucemiantes y/o insulina, acompañados de monitoreo regular de los niveles de glucosa, esto con la finalidad de la regulación de la glucemia. En este sentido, la DMII exige una atención esmerada, cotidiana, que implica modificar costumbres, hábitos, creencias, en su estilo de vida.

“El médico me dijo que no comiera yo mucho pan, tortillas que, hasta tres, hasta tres tortillas, no más pan, o sea el más indispensable y fresco, azúcar muy poca y si podía mejor no”. (Minerva 58 años).

Las indicaciones del tratamiento a seguir se basan principalmente en restricciones, sin preocuparse por los temores que tienen, dudas o proporcionar información de lo que, si pueden comer, cómo o cuándo.

“Me da miedo la ceguera más que otra cosa, o que deje de caminar... las articulaciones es lo que me da me da miedo” (Minerva, 58 años).

Se identifica el temor a la pérdida de alguna función como la vista o una parte del cuerpo, principalmente las amputaciones de los pies. Aun cuando es un temor muy generalizado, los médicos no proporciona información que les permita comprender o conocer los indicadores de alarma o medidas para cuidar sus extremidades, o algunas otras complicaciones como insuficiencia renal, nefropatía o neuropatía (López, 2010).

Respecto al desarrollo de la enfermedad y el tratamiento a seguir, la información se basa en parámetros de medición y diagnóstico, de acuerdo con la Secretaria de Salud, un nivel arriba de 126mg/dl en ayuno que puede subir a más de 200 mg/dl a las 2 horas posteriores de ingerir alimentos se considera Diabetes.

En los participantes se identifican diferencias en cómo les notifican su enfermedad y cómo tratarla, existe una falta de información respecto a la DMII por parte de sus médicos, ya sea porque ellos tampoco saben suficiente sobre ésta o por el tiempo limitado destinado a la consulta en el sector salud, las personas tienen dudas sobre las características de la misma o sus consecuencias, del proceso y como minimizar sus efectos, no existen las condiciones que permitan un servicio público de calidad, lo suficientemente adecuada y personalizado que considere las características propias de sus actividades por condición de género, sus costumbres, condición económica y educativa.

El significado para Minerva, desde lo que el médico le comenta es que tiene que dejar de comer ciertos alimentos, como tortillas, pan y dulces o azúcar, pero no le aclara dudas, ni ahonda en sus miedos por lo que ha visto u oído que puede pasarle. Ya sea teniendo deficiencias en su cuidado o manteniendo un nivel saludable con la DMII, persiste el temor ante la posibilidad de quedar ciega o no poder caminar, una incertidumbre y estrés constante que no le favorece.

En el caso de Adrián (40 años) fue muy diferente, para él significó una atención inmediata para bajar los niveles que llevaba, se le realizaron estudios al momento de la consulta con los cuales el médico dio su diagnóstico después de aplicar el protocolo de sintomatología de la DMII, hay que considerar que existía una relación estrecha entre ellos lo que parece mejora la atención que recibió.

El diagnóstico me lo dio el doctor, de hecho, es un amigo, ... Un día de trabajo me sentí muy mal y fui al doctor y me tomó ahí una muestra de sangre, esto derivado de lo que yo le conté... cuál era mi estado en ese momento y determinó que en base a la medición que era 400 y tantos de glucosa en sangre, pues que era yo diabético...tuve varias sesiones con él, primero antes que medicarme cualquier cosa, me mandó una dieta, este una pre dieta, me dijo '¿sabes? está muy alto de glucosa, mi intención más bien sería de internarte, porque ... esa glucosa es muy alta, hay que disminuirla prontamente...Pero me vio, y yo creo que me vio bien físicamente y determinó '¿sabes qué?, no quiero que tomes refresco por ningún motivo, toma agua, agua de limón sin azúcar', me dijo que no comiera carbohidratos, es decir, no pastas, no pan, no chucherías de marinela y todo eso. Me dijo que comiera pollo de preferencia asado, verduras...me dijo que tomara nopal asado, hervido o en cualquier presentación.... (Adrián, 40)

A pesar de que el trato fue diferente para él como para ella, para ambos significó un momento difícil, para Minerva, surgen sus miedos de quedar ciega o perder movilidad, para Adrián era tan peligroso que podrían internarlo por los niveles tan altos de azúcar.

Por otro lado, no reportan que haya existido una información que les permita comprender sus causas, manifestaciones y tratamiento; o información sobre las formas más saludables de

convivir con la DM, es insuficiente la información de cómo lograr el control metabólico sistemático de ésta, (Ledón, 2008).

En México, el sector salud ha puesto gran interés en trabajar esta enfermedad y tratar de disminuir su prevalencia; sin embargo, no existen realmente los elementos informativos y formativos para quien la padece, ni para sus familiares, podría uno atreverse a decir, ni para la población en general que permita poder controlarse adecuadamente o lo mejor posible desde el ámbito biomédico como se esperaría dadas las campañas de prevención y control para la DMII.

Las complicaciones en esta área, se identifican en el diagnóstico retardado, el diagnóstico erróneo, la falta de adherencia al tratamiento, no dar seguimiento a las consultas médicas, la información errónea, la falta de atención personalizada y compromiso por parte de su médico familiar, entre otras.

Además, el médico debe tener en cuenta que el diagnóstico de la DMII, tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas, que van más allá de lo fisiológico (Vinaccia y Orozco, 2010), como lo sugieren muchas investigaciones dentro de la ciencia médica y afines. Sin embargo, en la realidad de la mayoría de los y las participantes, no fue así. La comunicación del diagnóstico se debe considerar como un retos y necesidad en la relación médico-paciente relacionados con aspectos como la información o conocimiento de las personas sobre la enfermedad, la misma que tiene el médico y el vínculo que se da entre usuarios(as) y proveedores(as) de salud (Martín, 2003; Ledón, 2008).

Ledón (2011/2012) y Siqueira, Dos santos, Zanetti y Ferronato, (2007) identifican que las personas con una enfermedad crónica como la DMII, viven ansiedad y un estrés producido por la cronicidad de ésta que les demanda modificaciones en su estilo de vida y compromiso en sujetarse a una dieta adecuada pero en la mayoría de los casos restrictiva en relación a lo que acostumbraba comer; la indicación de hacer ejercicio que es visto como una imposición y que no toma en cuenta sus tiempos y actividades, se perciben esclavizados o esclavizadas a tomar medicamentos para su control, sin saber por cuanto tiempo, para qué o por qué, así como saber

que debe de llevar un monitoreo de sus niveles de azúcar, el cual significa tener que comprar su glucómetro, las tiras reactivas y lancetas, realizarse estudios de laboratorio, registros de mediciones periódicas y asistir a consultas de seguimiento, entre otras acciones que implican su monitoreo y cuidado. Situación que afecta de forma diferente a hombres y mujeres, en cuanto a sus posibilidades económicas para realizar estas actividades y el tiempo para ello, encontrándose que las mujeres son quienes tienen ingresos menores en comparación a los salarios de los hombres, situación que coincidió en los y las participantes de esta investigación.

Adicionalmente, como ya se abundó en otros apartados, algunas de las afectaciones fisiológicas, impactan a hombres y mujeres en el aspecto sexual; en ellos se puede presentar disfunción eréctil, y en ellas resequedad. En ambos puede presentarse una disminución de la libido, situación que mencionan los participantes, pero no refieren que su médico les haya informado que esto les podía pasar, y es algo que para ellos si fue muy importante. En el caso de las participantes, no fue relevante para ellas, pues no lo mencionaron, pero no significa que no sea importante que tengan esta información. Esto se menciona porque a lo largo de las entrevistas, no indicaron que sus médicos hayan hecho referencia a las diferentes manifestaciones en el organismo de un descontrol metabólico y que pueden afectarles como la fatiga y el cansancio cuando los niveles de glucosa están altos, por ejemplo.

“Uno va sintiendo cansancio... y luego, pues... ya no hago nada, eso se va acabando”.

(Minerva, 58 años).

Ledón (2013), la Federación Mexicana de Diabetes A.C. (2012) y Quesada (2002), han documentado que tanto la DMI como la DMII produce, dentro de los diez primeros años de su diagnóstico, disfunción sexual en aproximadamente la mitad de los pacientes y según avanza la enfermedad la cifra aumenta.

Por otro lado, se ha identificado que paradójicamente, se esperaría mejor atención médica y oportuna por parte del sector salud para las mujeres, porque se reporta que son ellas quienes más recurren al sector salud, pero esto no es precisamente así, pues se ha identificado un trato diferencial en el sector médico para hombres y mujeres siendo estas últimas en quienes

repercuten los peores resultados, ya que reciben una deficiente atención, un mal diagnóstico o superficial valoración de su condición y un incorrecto tratamiento (Ledón, 2012; Villarroel, 2011; González, 2006).

CONCLUSIONES

Con base, en el análisis e interpretación de cómo significan hombres y mujeres el vivir con DMII, se concluye que para ambos el significado de padecer DMII tiene una connotación negativa de deterioro y limitaciones donde el deterioro físico y la muerte están latentes.

Viven sentimientos negativos de rabia, tristeza y desesperación. Sin embargo, su forma de interpretarlo y los significados evidencian diferencias entre hombres y mujeres en la experiencia de vivir la enfermedad; se identifican argumentos en sus testimonios relacionados con construcciones de género que facilitan u obstaculizan el cuidado necesario tanto para hombres como para mujeres.

Muestran que su condición de género tradicional matiza los significados que le otorgan a su enfermedad en diferentes ámbitos y relaciones, convirtiéndose en condiciones de desigualdad, por los significados que permean el por qué les dio, quién o quiénes se relacionan con ellas y ellos en el cuidado, qué priorizan para hacerlo o no, si les afecta y en qué, así como cuándo y dónde decirlo según sus consecuencias. Cabe señalar que también se encontraron diferencias en cómo viven y afrontan la enfermedad entre las mismas mujeres y los hombres, es decir no todos los hombres, ni todas las mujeres lo viven igual. Sin embargo, las vivencias y experiencias intra e inter géneros al estar sujeto a un deber ser construido socialmente los pone en riesgo y es determinante para que sean eficaces en su cuidado después de haber sido diagnosticadas o diagnosticados con DMII.

Se encuentra evidencia para considerar que la construcción de género de hombres y mujeres en nuestro país es un factor determinante y de efectos diversos que interfiere en asumir y actuar en beneficio de la salud, para lograr un control de los niveles de azúcar y con ello disminuir o retardar las complicaciones de la DMII; así mismo el ser varón o mujer esforzados en demostrar que se ajustan a un sistema sexo/género tradicional les perjudica en gran medida para lograr un apego a un tratamiento y a un cambio en el estilo de vida que les sea favorable y que es fundamental para quien lo vive. Así mismo influye en las razones para cuidar de sí o pedir ser cuidadas/os, dado que están permeadas por construcciones de género.

Independientemente de cómo lo experimenten y afronten, el significado de tal experiencia y afrontamiento tiene sus cimientos en una clara desigualdad social y cultural de género y en una

falta de información en su entorno social sobre la propia enfermedad, que puede llevar a niveles graves de discriminación laboral (sobre todo en las mujeres), y problemas para tener una pareja (en el caso de los varones, sobre todo).

Se hace patente lo que sucede y vive en diferentes contextos en su entorno de hombres y mujeres de esta investigación que muestra una enorme desigualdad en el significado y las asignaciones en torno del cuidado de ellos y ellas.

El hecho que los varones que mencionaron que se cuidan, pareciera un indicio de estar en principio construyendo una identidad nueva como diabético, que se pudiera estar reconstruyendo su masculinidad incorporando el cuidado de sí, factor relevante que no está presente en la masculinidad hegemónica, importante cambio dentro de la cultura del cuidado donde se ha responsabilizado a la mujer el cuidado de los demás. Sin embargo, fue evidente que aun cuando esto incorporan el cuidado dentro de sus actividades y comportamientos diarios, no lo hacen por considerar que así debe ser en pro de una equidad de género, pues siguen esperando que otros los cuiden y que lo hagan como ellos quieren ser cuidados, sin que esto los minimice; buscan a través del autocuidado recuperar o mantener su estatus social, el control de las situaciones y ahora de su enfermedad, no perder su virilidad, ni su valía como hombres.

Dentro de una cultura de equidad de género, lo ideal es que hombres y mujeres cuiden de sí. Sin responsabilizar a otros u otras de ello, así como no asumirse las únicas que deben o pueden hacerlo.

Sin embargo, el vivir una enfermedad como la DMII, implica muchos ajustes personales tanto para varones como mujeres; por tanto, la solidaridad entre ambos, entre ellas y entre ellos, la empatía y los lazos afectivos son factores importantes para lograr un mejor proceso de adaptación a su nueva condición con esta enfermedad; así como, para adherirse al tratamiento y lograr un cambio en el estilo de vida.

La mujer debe re-significarse como una mujer con DMII, donde su cuidado no lo vea como egoísmo o que su enfermedad es un castigo, sino como una parte de las complicaciones del vivir, debe de buscar alternativas para estar bien consigo misma y su salud, antes de priorizar

a los otros, considerando el compartir y distribuir sus tareas y responsabilidades en la salud propia y de los demás.

En los hombres también debe haber una re-significación, reconociendo los efectos del descontrol metabólico por los niveles de azúcar elevados, separando esta parte de lo que le han enseñado a ser hombre, es decir, ser sano, sexualmente activo, fuerte, viril, independiente, pasivo ante las necesidades del cuidado propio y de los demás, generar cambios en la concepción de la mujer para que lo atienda y para él. Realmente incorporar a su vida la cultura del cuidado y la solidaridad para con los otros y las otras.

Esto implica la necesidad de hacer cambios en los procesos de aprendizaje y construcción como hombres y mujeres desde la infancia, haciéndonos responsables de nuestro papel de agencia, que posibilita el cambio, disminuyendo las desigualdades que nos ponen en riesgo tanto a hombres y mujeres donde se responde a un desiderátum que no cubre o atiende de forma equitativa a todos los seres humanos.

Hombres y mujeres merecemos la misma atención, de nosotros mismos como de los demás, de las instituciones sociales y gubernamentales, así como de las leyes y disposiciones de recursos para un estilo de vida digno, responsable y saludable.

Reflexiones y consideraciones finales

La relevancia de esta investigación recae en lo social, ya que impacta en un grupo de personas diagnosticadas con DMII, en quienes se presentan elementos de identificación con los roles de género que están influyendo en la forma en que viven la enfermedad, lo que aporta elementos importantes para el diseño de programas de intervención que no solo respondan al aspecto biomédico de la enfermedad, sino también a los ideológicos que los llevan a tener conductas de riesgo o de poco cuidado de sí mismas.

Un momento importante para una persona que tiene DMII es cuando se le da el diagnóstico de la enfermedad, ya que el significado que tienen de la DMII es que es causa de muerte, tanto para mujeres como hombres representa un shock, lloran, se sienten tristes y deprimidos; sin embargo, lo que significó para ellas y ellos tiene una connotación diferente, ya que para los

varones es una muestra de debilidad. Ellos significan la enfermedad como una pérdida de autonomía, autosuficiencia y de valoración; impacta en la formación de su identidad como varón, siendo un sufrimiento solitario, donde no los vean; mientras que ellas expresan las emociones de terror, angustia que les causa la enfermedad, pero no refieren que les implique un cambio en su concepción como mujeres y su estilo de vida, compartiendo con otros su angustia y cuestionándose ¿por qué a ellas?

Dentro del diagnóstico hay un proceso de afrontamiento el cual viven diferente hombres y mujeres; ellas, generalmente, significan la enfermedad como castigo, y aceptarlo es reconocer que lo merecen, por lo que recurren a Dios y delegan en él y en otros las consecuencias de su cuidado, es decir, si me va peor es porque Dios así lo dispuso o, por que los demás no se dan cuenta que invitarles lo que no pueden comer les hace daño, y les molesta como se observa en el testimonio de Elisa. No obstante, se cuidan, siempre y cuando no exista la necesidad de cuidar de otros.

Por otro lado, algunos varones tienen una forma de afrontamiento negando que les afecta el padecer DMII; principalmente ante los demás, y aun cuando ellos lloraron (lo mencionaron como una debilidad), se aislaron, pensaron que ya se les había acabado el tiempo de vida, en un segundo momento algunos se resistieron a aceptar el diagnóstico como Toño y Beto, o refieren asumirse como los demás, es decir, como personas “sanas” como lo menciona Juan; sin embargo, la mayoría saca a flote una masculinidad tradicional al mencionar que no se van a dejar vencer, no se van a doblar, ni asumirse víctimas aun con la enfermedad, volviendo un reto el control de esta, como en el caso de Toño quien sabe que es importante evitar que los niveles de azúcar se eleven, ya que esto le puede afectar en su desempeño sexual, argumenta que mientras tenga vida, pueda conquistar una mujer y pueda tener erección está bien. O como Adrián menciona, de manera metafórica, el padecer DMII lo hizo verse como un león herido que se vuelven más peligrosos y que no se deja vencer.

Aun cuando algunas mujeres mencionan que no asumen la enfermedad como tal, lo cual también lo refieren la mayoría de los hombres; no obstante, estos últimos dan argumentos vinculados con la masculinidad hegemónica donde deben mostrar su fuerza, su control, mantener su virilidad. En este sentido, cuando los varones se cuidan lo hacen por razones diferentes a ellas quienes hacen más alusión a ponerse en manos de Dios y de los médicos;

mientras ellos, con el tipo de argumentos mencionados, luchan por retomar el control de su vida, su salud y de su enfermedad. El que los varones de esta investigación realmente se están responsabilizando de su salud porque los otros u otras no lo van a hacer puede considerarse en dos direcciones: una, hacia una reconstrucción de su identidad como hombre con DMII, cuidando de él y su salud; o que tienen que responsabilizarse de su salud porque de alguna manera esto también los fortalece, lo viven nuevamente como una forma de retomar las riendas de su vida, reafirmando como varones al ser capaces de actuar, de tomar en sus manos el control de la DMII, lo cual nos indica que este ajuste, es más bien adaptar su nueva situación como un varón diagnosticado con DMII al propio modelo de masculinidad hegemónica.

Significar la enfermedad como muerte inminente, en un principio disminuye las posibilidades de prevención a través del autocuidado y por ello cobra importancia atender la información que se brinda al momento del diagnóstico, no limitándola a solo indicar una dieta restrictiva, sin indagar las posibilidades de llevarla a cabo o solucionar sus dudas y temores en relación a la enfermedad y en cómo va a intervenir ésta en su ser. Se debe indagar sobre las razones que tienen hombres y mujeres para cuidarse

En cuanto al cuidado, la relación con la pareja cobra importancia, ya que, para algunos de ellos, sus parejas se vuelven activas en su cuidado ajustando la dieta y cuidando sus niveles de glucosa, les gusta recibir atención y cuidado, esperando recibir mayor atención por su situación de enfermos, pero les desagrada que los hagan ver débiles o que pierdan su valía dentro de la familia. Ellos a veces dicen ser cuidados, pero se refieren siempre al cuidado directo, a veces no son cuidados como quisieran, pero quieren serlo, a excepción de Adrián, quien muestra su masculinidad a partir justo de no depender de los cuidados de su familia, debido a su propia actitud que les mostró que prefería cuidarse y responsabilizarse de sí para que no lo compadecieran. Sin embargo, otros se quejan de la falta de cuidados, como Beto, que reniega porque solo le regalaron un glucómetro y para que él se cuide. Llama la atención sobre cómo otra de las mujeres también recibió un glucómetro por parte de su amante, pero ella sí lo tomó como parte de los cuidados, porque él (como una autoridad reconocida por ella) le decía cómo cuidarse y estaba pendiente. En general ellas consideran que reciben apoyo de su pareja e hijos cuando les dicen que se cuiden, los consideran solidarios y comprensivos al recordarles que se deben cuidar. Sin embargo, eso no quiere decir que les sea suficiente, Caro no se siente

cuidada por su esposo, pero no le exige más, ella asume que no le queda de otra que cuidarse a sí misma. Parece que le gustaría ser cuidada por él, de otra forma y no solo diciéndole que se cuide. A pesar de ello ella sigue asumiendo su papel, social de cuidadora. De igual manera Flor, quien no es que no les importe ser cuidadas, tienen un significado diferente del cuidado, también querrían tener un cuidado más directo y activo hacia ellas; sin embargo, cuidaría sin condiciones o lo harían si fuera necesario, asumen esta construcción de género y no piden más, aunque lo quisieran.

Se observa que el rol de cuidadora sigue siendo atribuido a la mujer, aun cuando el enfermo no sea ella e interpretan el recibir algún apoyo económico o material como una muestra de apoyo, aun cuando el mensaje implícito y explícito es que ella se cuide. Al considerar ser el cuidado responsabilidad de la mujer, los varones se molestan cuando se les responsabiliza, en ningún momento contemplan verse ellos como cuidadores de otras y otros; siguen esperando ser cuidados, en algunos de los participantes se ve que lo hacen las esposas, al preocuparse por su alimentación, pero no es precisamente como ellos quieren ser cuidados, aun cuando ellos no cuidan de ninguna manera a otras personas.

En relación a si existe un efecto de la DMII sobre su sexualidad, los varones reconocen que el descontrol de sus niveles de azúcar les afecta presentando disfunción eréctil y pérdida de libido, volviendo un reto el volver a ser activo y por tanto buscan controlar la enfermedad para demostrar que siguen siendo hombres y quien no lo reconoce así, como Toño, está preocupado de que no llegue a sucederle.

Por su lado, las mujeres mencionan sentir cansancio y perdida del interés sexual cuando no están en los niveles aceptables de azúcar, sin embargo ellas no consideran cambios importantes en su vida sexual porque viven una sexualidad “pasiva”, dejando la decisión de tener actividad sexual al otro, aunque puedan ser sugerentes, como en el caso de Flor, quien solamente porque por su condición de género no se siente con derecho para hacer una propuesta sexual de manera directa, pero su enfermedad no le ha disminuido el deseo con su amante ni con su esposo, por ello ella es sugerente con ambos, aunque solo tiene éxito con el primero. Otras mujeres no vieron alterada su sexualidad porque de por sí no tenían relaciones con nadie y así siguieron.

En relación al trabajo se observa que tanto los varones como las mujeres no quieren informar que tienen DMII debido a que esto puede influir en que los vean ineficaces, diferentes (en un sentido de desigualdad jerárquica en cuando a no ser sano), y temor al despido o ser considerado como cobarde (argumento de la masculinidad). Hubo quienes hablaron de ganancias; algunos participantes identifican más ganancias secundarias cuando en el trabajo saben de su enfermedad, reflejado en consideraciones para salir temprano, no sobrepasarse en actividad, poder faltar o incapacitarse para poder hacer otras cosas; lo cual no parece suceder con frecuencia en el caso de las mujeres, algunas de las participantes mencionan que pasan por un proceso de condescendencia, otras mencionan que las ponen a "prueba" para ver si realmente están enfermas, si se van a poner mal, y solo algunas reciben apoyo.

Hay varones con DMII que critican a otros varones con DMII que manifiestan sus miedos, emociones, considerándolos cobardes mientras que ellos son los que no se doblan, son temerarios ante los demás aun cuando en privado se cuidan o prefieren no salir para no ser vistos cuando están decaídos; una de las participantes en particular (Minerva) menciona que todas las compañeras con DMII deben ser tratadas igual, ni más ni menos privilegios.

Existen creencias que subestiman y desacreditan la DM y su impacto, cuando se dice "*la diabetes no es nada*", "*lo tomé como algo normal*", "*sigo igual, siendo el mismo*" etc. Los hombres lo ven como algo con lo que van a vivir y quieren controlar, aun cuando aparente cierta indiferencia; en cambio las mujeres después de su primera impresión tratan de no darle importancia, es decir no aparentan, realmente la ignoran si es necesario, por cuidar a otros o no molestar con sus quejas, que, aunque no lo dicen, lo hace ante los regaños que reciben, por ejemplo, en el caso de Helena. Esta actitud de ignorar o evitar molestar a otros, puede colorar o pone a las mujeres en una situación de riesgo al no atenderse adecuadamente y minimizar su enfermedad, viéndola solo a partir de sus "complicaciones" como ceguera, amputación e insuficiencia renal, y no como relevante para un cambio de estilo de vida más saludable.

Respecto a la información que reciben sobre la DMII se ven diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a cómo y qué les dan. Todos mencionan que la información va dirigida a la restricción en su alimentación con el cambio de dieta y la imposición de ejercicio, condicionando el tratamiento farmacológico al cumplimiento de esto. En los varones se identifica que existen muchas dudas respecto a la información, pero consideran que les ayuda para realizar cambios

o ajustes; mientras que las mujeres consideran que la información aparte de ser insuficiente no les quita los temores y sus dudas.

Considero que efectivamente al trabajar con hombres y mujeres en relación al significado que dan a su enfermedad, se identifica que existen elementos culturales del ser hombre y mujer que les lleva a tomar prácticas de cuidado diferentes. A estos participantes sí les interesa retardar los efectos de la diabetes, hay en los varones una lucha con su masculinidad al considerarse débiles por estar enfermos. En ellos es muy evidente que viven una condición ambivalente, ya que por un lado desean el cuidado y apoyo de otros y otras, pero por otro luchan por mantenerse como una persona independiente.

En relación a las mujeres el diagnóstico genera una actitud de resignación, aunque sea algo que no se merecen porque son buenas, su papel de mujer las lleva a ser receptivas y actuar como obedientes con el médico, pero a cuestionarse ¿por qué a ellas?, la enfermedad es un castigo. La mujer se responsabiliza del otro, aun cuando ellas también estén enfermas, aunque hay mujeres que buscan que el otro se responsabilice de sí mismo, pero siguen asumiéndolo como un papel propio de ellas.

Se **considera** importante:

Continuar haciendo investigación desde el construccionismo social con perspectiva de género, para profundizar, proponer e incidir en una reconstrucción de nuestra identidad femenina y masculina donde las diferencias sean reconocidas y atendidas, pero no como una desigualdad, sino como una propuesta de crear él las condiciones de una equidad e igualdad de género, tanto en el ámbito de la salud como en los que participamos en la vida diaria

Es conveniente realizar un trabajo de investigación a través de la entrevista que nos permita dar cuenta de cómo la familia lo percibe y significa esta enfermedad cuando un integrante de esta es diagnosticado con DMII, así como los compañeros y compañeras de trabajo, médicos/médicas y a la sociedad en general.

Ahondar e identificar qué información tienen las personas sobre la DMII permitiría conocer qué mitos e información se maneja en nuestra cultura en relación a la DMII, para así cambiarla.

La motivación a un cambio de vida se debe trabajar de acuerdo a los alcances de las mujeres y los hombres en nuestra sociedad y cultura, para mejorar la calidad de vida, promoviendo la convicción y posibilidades más que la imposición o discriminación.

Es prioritario que se tengan recursos, tanto clínicos, farmacológicos y de personal que puedan contribuir y dar información de calidad a las personas con este padecimiento y a sus familiares.

Los médicos y profesionales de la salud deben considerar las necesidades y posibilidades de las mujeres y los hombres para llevar a cabo un tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico.

Trabajar con las características de género que limitan la adecuada atención de la salud de hombres y mujeres con DMII tanto en lo familiar, social, económico, político y cultural, como por la atención que se otorgada y recibida por los médicos.

Sí podemos conocer los significados en torno a la DMII, podemos generar medidas preventivas y de promoción de la salud que contemplen y promuevan una mayor equidad de género.

REFERENCIAS

- A.Z Xalapa (2010/11/11). *Diabetes, dulce y mortal enemiga*. Recuperado de http://www.diarioaz.com.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=2385:redaccion-az--xalapa&catid=11:vidaaestilo&Itemid=17
- Alayón, A. N. (2007). *Control Metabólico y factores biosociológicos y socioeconómicos de adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos, usuarios de Coomeva, Sede Manga, Cartagena, Colombia, 2006* (Tesis de maestría). Fundación Universidad del Norte, División de Humanidades y Ciencias Sociales, Barranquilla.
- Alayón, A. N. y Mosqueda-Vásquez, M. (2008). Adherencia al tratamiento basado en comportamientos en pacientes diabéticos Cartagena de Indias, Colombia, *Revista salud Pública*, 10(5), 777-787
- Alcántara, C. A.E. (2005). *La construcción de un padecimiento diabético desde un punto de vista psicomático* (Tesis de Licenciatura en Psicología), U.N.A.M., F.E.S Iztacala, Tlalnepantla Edo. México.
- Alfaro, M. C. (1999). *Develando el género: elementos conceptuales básicos para entender la equidad*. San José, Costa Rica: Series Hacia la Equidad.
- American Diabetes Association (2002). *Complete guide to diabetes*. Estados Unidos de América: 3 ed. American Diabetes Association, Inc.
- American Diabetes Association (2011). *Hoja de datos de la American Diabetes Association*. Recuperado de <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/diabetes-statistics/>
- American Diabetes Association (ADA) (2011). *Hoja de datos de la American Diabetes Association*. Recuperado de <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/diabetes-statistics/>
- Aniorte, H. N. (2011). La construcción social del género y su relación con la salud. *Apuntes: Sociología de la Salud*. Recuperado de http://www.aniorte-nic.net/apunt_sociolog_salud_5

- Arraras, J. y Garrido, E. (2008). El afrontamiento de la enfermedad. *Revista Zona Hospitalaria*, 11. Recuperado de file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Escritorio/articulos%20para%20el%20articulo%20de%20abril09/ARTITULOS%202008%20para%20%20mi%20articulo%20ar/El%20afrontamiento%20de%20la%20enfermedad%20articulo2008.htm
- Aschener P, Alvarado B, Arbañil H, Arguedas C, Argueta M, Aylwin C. et al. (2006). *Guías ALAD 2006 de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2*. [Monografía en línea] Argentina: ALAD 2006. Recuperado de http://revistaalad.com.ar/guias/GuiasALADDMTipo2_v3.pdf
- ASIC- La Jornada (2009/04/06). *Podría diabetes “quebrar” al sistema de salud*, México: La Jornada.
- Asociación de pacientes con diabetes, A.C. / Best Collips (2008). *Historia de la Diabetes*. Recuperado de <http://www.saludyvigor.com/Bestcollips/acercade.htm>
- Balcázar N. P, Gurrola, P. G. M., Bonilla M. M. P, Colín G. H. G. y Esquivel, S. E. E. (2008). Estilo de vida en personas adultas con diabetes mellitus 2. *Revista científica electrónica de Psicología*, 6, 147-158. Recuperado de http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/rubrique.php3?id_rubrique=6
- Banco Mundial, (2015). *Datos. Gastos de salud total (% del PIB)*. Recuperado de http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS?order=wbapi_data_value_2010%20wbapi_data_value%20wbapi_data_value-first&sort=asc
- Banqueri, J. (2010). *La ganancia secundaria, Psicológica mente un espacio abierto a la reflexión crítica*. Recuperado de <http://joaquinbanqueri.blogspot.mx/2010/01/la-ganancia-secundaria.html>
- Barberá, H. E. y Martínez, B. I. (2005). *Psicología y Género*, España: Pearson
- Barrientos, C. E. N. Pérez, P. L. O. (2010). *Factores de Riesgo Modificables en Pacientes Diabéticos con Deterioro de la Función Renal* (Tesis para obtener el grado de Médico y

Cirujano). Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala

- Basson R. & Schultz W. W. (2007). Sexual sequelae of general medical disorders. *Lancet*, 369(9559), 409-424. Recuperado de www.thelancet.com
- Battistella, G. (2008). *Salud y Enfermedad*. Recuperado de <http://148.228.165.6/PES/fhs/Dimension%20Educacion%20para%20la%20salud/Salud%20y%20enfermedad.pdf>
- Bautista R.L.M. Y Zambrano P.G.E. (2015). La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2, *Revista Investigaciones en Enfermería. Imagen Desarrollo*, 17(1), 131-148
- Berger, P.L. y Luckmann, T. (2008). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu
- Blázquez, G. N. (2011). *El retorno de las brujas*, México: UNAM, Centro de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias y Humanidades.
- Brooks, G. R. y Silverstein, L. B. (1995). Understanding the dark side of masculinity: An interactive systems model. En: Ronald, L. F. y Pollack, W.S. (1995). *A new psychology of men*, New York, NY, US: Basic Books, XIV, 280-333.
- Cally, D. (2008). The relationship between the theory of planned behavior, past exercise behavior and intention in individuals diagnosed with Type 2 Diabetes. *Studies in Learning, Evaluation Innovation and Development*, 5 (2), 25-32.
- Camacho, J. A. y Pardo M. E. (1993). Los cambios globales y la Antropología. *Reflexiones*.15, 7,18. San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica
- Camacho, Z. J. A. (1992). *La investigación cualitativa y sus aplicaciones*. IMEC.UCR. Recuperado de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1555686&pid=S1409-1259200100020000900010&lng=en –

- Cantú, P.C. (2014). Estilo de vida en pacientes adultos con Diabetes mellitus tipo 2. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 27,1-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i27.15996>
- Cardoso, G. M. A. (2000). La cultura del diabético: factor esencial para el control de su propia enfermedad. Una perspectiva multidisciplinaria. *Salud Problema*, 5(9), 49-58. Recuperado de http://bidi.xoc.uam.mx/tabla_contenido_fasciculo.php?id_fasciculo=19
- Cardoso, G. M. A. (2006). La cultura como configurador de estilos alimentarios antagónicos a tratamiento médico contra la diabetes. Cultura, dieta y diabetes. *Cuicuilco*, 13(37), 129-142.
- Castañeda, A. I. E. (2007). Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. *Revista Cubana Salud Pública*. 33, (2), 20 págs.
- Cazés M. D. I. (2005). *La perspectiva de Género*. México: CEIICH UNAM.
- Cerkoney, K. y Hart, L. (1980). The relationship between the health belief model and compliance of persons with diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 3(5), 594-598.
- Chaveste, R. (2009). *Los hombres no lloran... ¿o sí?*”. Recuperado de http://revistalaura.com/articulos/sexualidad_22/hombres_lloran___142.html
- Colín, A. y Alpízar G. (2011). *Documento de Trabajo: Claves básicas de género para la intervención en contextos de consumo de sustancias y violencia*. México: CIJ.
- Colín, C. A. R. (2013). *La desigualdad de género comienza en la infancia*. México: SEDESOL
- Connell, R. (1998). El imperialismo y el cuerpo de los hombres. En Valdés, T. Y Olavarria, (Eds.), *Masculinidades y Equidad de género en América Latina*. Flacso/ Chile: Fondo de Población de Naciones Unidas.
- Conrad, P. y Barker, K. (2010). The Social Construction of illness: Key Insights and Policy Implications, *Journal of Health and Social Behavior*, 51, S67-S79. DOI: 10.1177/0022146510383495. Recuperado de <http://jhsb.sagepub.com>

Contreras, F., Espinosa, J. C. y Esguirra, G. A. (2008). Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Psicología y Salud*, 18 8(2). Recuperado de file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Escritorio/articulos%20para%20el%20articulo%20de%20abril09/ARTITULOS%202008%20para%20%20mi%20articulo%20ar/Revista%20Psicolog%C3%ADa%20y%20Salud%20-%20Universidad%20Veracruzana20082.htm

Córdova-Villalobos, cols. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral *Salud Pública de México*. 50(5). Recuperado de http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342004000600013&script=sci_arttext&tlng=en

Davies, B. y Harré, R. (1990). Positioning: the discursive production of selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 20, 43-63.

De Keijzer, B. (1997). *Género y salud en el Sureste de México*, México: ECOSUR y UJAD

De Keijzer, B. (2001). Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. En Cáceres et al. (2001). *La salud como derecho ciudadano: perspectiva y propuesta desde América Latina*. Lima Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Recuperado de <http://www.estudiosmasculinidades.buap.mx/paginas/ReporteBenodekeijzer.htm>

De Santiago, N. A. (2011). Definición, clasificación clínica y diagnóstico de la diabetes mellitus. *Documento clínico SEMERGEN*. Recuperado de http://www.semergen.es/semergen/microsites/semergendoc/diabetes/definicion_%20diabetes.pdf

Delgado, E. (2006). *Las estimaciones internacionales indican que la prevalencia de diabetes se duplicará en los próximos años*. Recuperado de http://www.economiadelasalud.com/ediciones/72/08_pdf/analisisepidemiologia.pdf

El Universal (2009a/02/19). *Se modifica la ley general de Salud para prevenir enfermedades crónico degenerativas*. Recuperado de <http://journalmex.wordpress.com/2009/02/19/se-modifica-la-ley-general-de-salud-para-prevenir-enfermedades-cronico-degenerativas/>

- El Universal. (2009b/04/02). *Encabezan males crónico-degenerativos problemas de salud en México*. Recuperado de <http://www.eluniversal.com.mx/articulos/39036.html>
- El Universal (2016c/06/04). *México, el país con mayor número de muertos por diabetes en Latinoamérica OCDE*. Recuperado de <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/ciencia-y-salud/salud/2016/04/6/mexico-el-pais-con-mayor-numero-de-muertes-por-diabetes-de>
- ENSANUT (2006). Diabetes Mellitus tipo II. En: Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Ávila M, Sepúlveda-Amor J. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
- ENSANUT (2012). Resultados Nacionales. En: Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
- Escobar, V. C. F. (2008). Antropología Médica: una visión cultural de la salud. *Revista de Humanidades*, 2, 190-205. Recuperado de http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista_8_6.pdf at @EbookBrowse.
- Escuela de Medicina de Chile (2009). *DIABETES MELLITUS: Definición y Etiopatogenia*. Recuperado de <http://escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/tercero/IntegradoTercero/ApFisiopSist/nutricion/NutricionPDF/ComplicacionesCronicas.pdf>
- Federación Mexicana de Diabetes A.C. (2012). Recuperado de <http://fmdiabetes.org/>
- Florez, L. (2001). Psicología de la Salud. *Artículos Trabajos psicología.com*. Recuperado de http://psicologia.com/articulos/ar-ps_salud.htm
- Franco, J. (2009/10/8) *Enfermedades Crónicas no transmisibles*. México: La Bascula. Recuperado de http://labasculacr.blogspot.com/yhttp://farm3.static.flickr.com/2254/2184720847_b5efed14c6.jpg?v=0.

- Galvis, L. A. (2010). *Diferenciales salariales por género y región en Colombia: Una aproximación con regresión por cuartiles. Documentos de trabajo sobre economía regional*. Cartagena: Banco de la República.
- Garay-Sevilla, M. E. (2005). El mundo emocional del paciente diabético. II *Encuentro Participación de la Mujer en la Ciencia*. Recuperado de http://octi.guanajuato.gob.mx/octigto/formularios/ideasConcyteg/Archivos/03022006MUNDO_EMOCIONAL_PACIENTE_DIABETICO.pdf
- Gaytán-Hernández, A.I. y García de Alba-García, J.E. (2005). El significado de la diabetes mellitus tipo II desde la perspectiva del paciente. *Revista Médica del IMSS*, 44(2), 113-120
- Gergen, K. (1992). *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*, Barcelona: Paidós
- Gois, C. J., Ferro, A. C., Santos, A. L., Sousa, F.P., Ouakinin, S. R., Hacen Carmo, I. y Barbosa, F.A. (2010). Psychological adjustment to diabetes mellitus: highlighting self-integration and self-regulation. *Acta Diabetologica*. 49(Suppl 1): S33-S40, PubMed Abstract | Publisher Full Text. Recuperado de <http://www.springerlink.com/content/k32q276253518h83>
- Gómez, D. O. y Ortiz, M. (2004). Seguro popular de Salud siete perspectivas. *Salud Pública de México*, 4(6). Recuperado de http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342004000600013&script=sci_arttext&tlng=en
- Gómez, G. B. y Escobar, A. (2006). Estrés y sistema inmune. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 7(1), 30-38.
- Gómez, G. E. (2002). Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Revista Panamericana Salud Publica / Pan Am J Puble Health*, 11, (5/6), 327-334
- Gómez-Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H y Frenk, J. (2011). Sistema de Salud en México. *Salud Pública de México*, 53(2), 220-232.

- Gómez-Rocha, S.A., Galicia-Rodríguez, L., Vargas-Daza, E.R., Martínez-González, L. y Villareal-Ríos, E. (2010). Estrategia de afrontamiento de la diabetes como factor de riesgo para el estilo de vida. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(5), 539-542
- Gonzales, T. W. A. (2015). *Conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y funcionalidad familiar asociados a la adherencia terapéutica en diabetes tipo 2, hospital militar, central, Lima, NOVIEMBRE 2014-ENERO 2015* (Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano). Universidad Nacional Mayor de San Marcos: Facultad de Medicina. Lima, Perú.
- González, M. Ma. G. (2006). *Estrés laboral, afrontamiento y sus consecuencias: el papel del género* (Tesis doctoral). Facultad de Psicología, Universidad de Valencia. Barcelona.
- Guerrero-Anguilo, M. E. y Padierna-Luna, J. L. (2011). Descontrol metabólico en diabetes tipo 2. Factores del paciente y del médico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro social*, 49(4), 419-424.
- Gutiérrez-Delgado, C. y Guajardo-Barrón, V. (2010). Impacto financiero en la Salud de la Población, 2000-2017, *Trabajos de Investigación*. México: Medwave, 10(08). Recuperado de <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/4707>.
- Guzmán, S. y Silva, M. P. (2007). *Psicodiabetes*. Libro electrónico, ISBN: 978-958-97836-8-9
- Haro. J. A (2008). *Teorías y Conceptos en Salud y Enfermedad. Curso Epistemología Sociocultural*. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/65598960/04-jahe-conceptosaludenfermedad-091024212647-phpapp02>
- Harrison, J, Chin, J, & Ficcarotto, T (1989). Warning: Masculinity May Be Hazardous to Your Health. En MS Kimmel & MA Messner (Eds.), *Men's Lives* (2nd ed., pp. 296-309). New York: MacMillan.
- Henkel, J. (2010). *Osteoporosis, cáncer de mama y trastornos alimenticios: no solo para las mujeres*, EBSCO. Última revisión diciembre 2010 por MD. Randall, B. Recuperado de

<http://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token=0a1af489-5b4c-4f2d-978e-3930be13b1f6&chunkid=121882>

Hernández, A. F. (2006). El significado de la muerte. *Revista Digital Universitaria*, 7(8), 1-8.
Recuperado de <http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art66.htm>

Hernández, N. A. (2009). *La construcción social del género y su relación con la salud*.
Recuperado de http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_sociolog_salud_5.htm

Hernández-Ávila, M., Gutiérrez, J. P. y Reynoso-Noverón, N. (2013). Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. *Revista Salud Publica de México*, 55(2),129-136.
Recuperado de <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i27.15996>

Hernández-Romieu, A.C., Elnecavé-Olaiz, A., Huerta-Uribe, N. y Reynoso-Noverón, N. (2011). Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la diabetes mellitus en México. *Salud Pública de México*, 53(1), 34-39.

Herrera, S. P. (2000). Rol de género y funcionamiento familiar. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 16(6), 568-573.

Hoffman L. (1996). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En McNamme, Sheila & Gergen, Kenneth (Eds.). *Terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.

INMUJERES (2008). *Glosario de género*. México: Instituto Nacional de las Mujeres. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2009). México

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014). México

Jiménez, C. M. I. y Dávila, M. (2007). Psicodiabetes. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(001),126-143.
Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242007000100012&lng=en&nrm=iso

Junta de Andalucía (2011). Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/averroes/~29701428/salud/concep.htm>

- Kaufman, M. (1997). Las experiencias contradictorias del poder entre los hombres. En T. Valdés y J. Olavarría (Eds.): *Masculinidad/es, poder y crisis*. Santiago de Chile: Isis Internacional/FLACSO, 63- 81
- Kimmel, M (1995). Introduction. En D. Sabo & DF Gordon (Eds.), *Men's Health and Illness: Gender, Power, and The Body*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, (pp. vii-viii)
- Kimmel, M. S. & Messner, M. A (eds.) (1989). *Men's Lives*. Nueva York: MacMillan Publishing.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University Press
- Korin, D. E (2000). Nuevas perspectivas de género en salud. *Adolescencia Latinoamericana*, 1414-7130(2), 67-79.
- Kornbit, A. L. y Mendes, A. M. (2000). El proceso salud-enfermedad. *La salud y la enfermedad: Aspectos biológicos y sociales*. Capital Federal: Aique, 17-40
- Lagarde, M. (1994). *Género e identidades genéricas. Metodología de trabajo con mujeres*. Ecuador: FUNDETEC-UNICER. 2da. Ed.
- Lamas, M. (1999). *Género, diferencia de sexo y diferencia sexual, ¿Género?*, México: Debate Feminista, 20(10), 1-25. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/351/35101807.pdf>
- Lamas, M. (2002). *La antropología feminista y la categoría género, Cuerpo, Diferencia Sexual y Género*. México: Taurus.
- Lamas, M. (comp.) (1996). *La construcción cultural de la diferencia sexual*, México, PUEG
- Lara, I. (2016). *Los salarios de las mujeres en México: 10 años de rezago*. Recuperado de <https://hipertextual.com/2016/03/salarios-de-las-mujeres-mexico>
- Ledón L. (2008). El desafío de vivir con enfermedades endocrinas: algunas anotaciones para la atención en salud. *Revista Cubana Endocrinología*. [serie en internet]. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532008000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- Ledón, L. L. (2011a). Articulación entre las categorías cuerpo, género y enfermedad crónica desde diferentes experiencias de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(3), 324-337.
- Ledón, L. L. (2011b). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(4), 488-499.
- Ledón, L. L. (2012). Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. *Revista Cubana de Endocrinología*, 23(1), 76-97.
- Ledón, L.L. y Castelo, L. E. (2013) Afrontamiento al estrés relacionado con la disfunción eréctil en varones con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Cubana de Endocrinología*, 24(2),242-257
- Loo, M. I. (2009). México entre los 10 países con más casos de diabetes. *Universal Noticias México*. Recuperado de <http://noticias.universia.net.mx/ciencia-nyt/noticia/2009/11/17/129027/mexico-10-paises-mas-casos-diabetes.html>
- López, P. A. y Lege, L. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en relación al reconocimiento en sí mismo de sintomatología depresiva. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*,12(1), p. 32-46.
- López, S. O. (2010). La diabetes Mellitus en México. Algunas Reflexiones Socioculturales del padecimiento. *Género y Salud en Cifras*. Mayo-Agosto, 8 (2), 4-17
- Lozano, T. L. R., Ríos, S. Ma. R., Álvarez, G. A. y Rodríguez, S. N. Y. (2007). El trabajo de grupo para promover el bienestar en pacientes con infección renal crónica (IRC) en diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA). *Alternativas en Psicología*, 15, 62-71.
- Lozoya, G. J.A. (1999). *¿Qué es eso de la identidad masculina? Comunicación presentada en las Jornadas sobre MUJER Y SALUD*, Jerez de la Frontera. Recuperado de <http://edualter.org/material/masculinitat/quees.htm>
- Martín L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana Salud Pública*, 29,275-81.

- Martínez, B. I. (2005). Actualización de conceptos en perspectiva de Género y salud. *Módulo 2. Programa de Formación de Formadores/as en perspectiva de Género en Salud*. Gobierno de España: Ministerio de Sanidad y Consumo, OSM observatorio de salud de la mujer. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/03modulo_02.pdf
- Martínez-Donate, A. y Rubio, V. J. (1999). El concepto de salud en la actualidad, *Enfoque biopsicosocial de la Salud*. Recuperado de http://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/victor//SALUD/Bibliog/concepto_salud.PDF
- Mayobre, P. R. & Caruncho, C. M. (1998). Salud y Género, *Novos Dereitos: Igualdade, Diversidade e Disidencia*. España: Tórculo Edicións, 193-206.
- Méndez, C. F. X. y Beléndez, V. M. (1994). Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención. *Anales de psicología*, 10(2), 189-198.
- Meneses R.C. (2014). *Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos sobre diabetes mellitus tipo 2 en una unidad de medicina familiar* (Tesis de Especialista en medicina familiar), Universidad Veracruzana e Instituto Mexicano del Seguro Social
- Merlino, A. y cols. (2009). *Investigación cualitativa en ciencias sociales*. Argentina: AMERICALEE
- Molina, B. Y. y Oliva, D. (2011). *El costo de ser hombres: visto desde los estudios de masculinidades, Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Recuperado de <http://www.eumed.net/rev/cccss/12/mbdo.htm>
- Montiel, P., Salguero, A. & Pérez, G. (2008). El trabajo: ¿fuente de conflicto en el ejercicio de la paternidad? *Psicología y Ciencia Social*, 10(1, 2), 26-40
- Montijo, B. M. C. (2009) *Estilos de vida en diabéticos del Instituto Mexicano del Seguro Social: correlación con el modelo de Wallston* (Tesis de Maestría en Salud Pública). Universidad Veracruzana, Jalapa, Ver.

- Moreno-Altamirano, I. M. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, 49(1),63-70
- Nazar-Beutelspacher, A. y Salvatierra-Izaba, B. (2010). Envejecimiento, calidad de vida y mortalidad temprana en hombres diabéticos. Una aproximación desde la perspectiva de género. *Pap. poblac [online]*, 16(64), 67-92. ISSN 1405-7425. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252010000200004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1405-7425.
- Oblitas, G. L. A. y Becoña, I. E. (2000). Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectiva. *Psicología de la Salud*, México: Plaza y Valdés, Cap. 1,11-52.
- OCDE (2012). Más mujeres que hombres sufren diabetes en México, Recuperado de <http://www.desdelared.com.mx/noticias/2012/1-nacional/113-diabetes-075263745.html>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). Recuperado de <http://www.who.int/es>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016). Recuperado de <http://www.who.int/es>
- Palma, C. (2001). Mujeres con diabetes mellitus e hipertensión, la vivencia de su salud, y el autocuidado a partir de la construcción de la identidad femenina. *Revista científica de administración y financiera del Seguro Social*,.9(2), 95-107. ISSN 1409-1259.
- Pascual, A., Cardoso, G. M. A. y Serrano, S. C. (2007). *Diabetes, una forma de vivir. Estudios de Antropología Biológica*. México: Instituto de Investigaciones Antropológicas, U.N.A.M., XIII, 805-822
- Pérez, R. A. y Berenguer G. M. (2015). Algunos determinantes sociales y su asociación con la diabetes mellitus de tipo 2, *Revista MEDISAN*,19, 10. Recuperado de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDREVISTA=244&IDARTICULO=61641&IDPUBLICACION=6117&NOMBRE=MediSan>

- Peyrot, M. y Rubin, R. (2007). Behavioral and Psychosocial Interventions in Diabetes: A conceptual review. *Diabetes Care*, 30, 10, 2433-2440.
- Pineda, N., Bermúdez, V., Cano, C., Ambard, M.J., Mengual, E., Medina. M., Leal. E.M., Martínez. E. y Cano. R. (2004). Aspectos psicológicos y personales en el manejo de la diabetes mellitus. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 23, 001.
- Plan Nacional Desarrollo 2013-2018. Recuperado de <http://pnd.gob.mx/>
- Programa Nacional de Salud 2007-2012, (2007). Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. *Secretaría de Salud*. México
- Quesada, V. A. J. (2002). Trastornos del funcionamiento sexual en pacientes diabéticos, *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(4). Versión On-line ISSN, 1561-3038. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000400005#cargo
- Reyes, L. A. G., Garrido, G. A., Torres, V. L. E. y Ortega, S. P. (2010). Cambios y ajustes psicosociales en la percepción de enfermos crónicos y cuidadores respecto de su género y familia. *Alternativas en Psicología*, 23, 32-41
- Ribes, E. (1990). *Psicología y Salud: Un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Riveros, A, Cotázar-Palapa, Alcázar, F. y Sánchez, J. J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 5(3), 445-462.
- Robledo-Martinez, R. (2006). Características socioculturales de la actitud física en tres regiones de Colombia. *Revista de Salud Pública*, 8(2),1-13
- Rodríguez, C. M. L y García, R. J. C. (2011). El modelo psicológico de la salud y la diabetes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(2), 210-240.
- Rodríguez, M. y Puchulu, F. (2015). Conocimiento y actitudes hacia la diabetes en la Argentina. *Revista Medicina*, 75(16), 353-366

- Rodríguez, M. Y. A., Robledo, V. C. y Pedroso, Z. T. (2010). *Guía para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Programas de Salud*. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
- Rohlfs I. (2003). Desigualdades de género en la salud. En Borrell C, Benach J, coordinadores. *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterránea.
- Romero-Márquez, R. S., Díaz-Veja, G. y Romero-Zepeda, H (2011). Estilo y calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica de Instituto Mexicano del Seguro Social*, 49(2), 125-136.
- Rondón, J. E. y Lugli, Z. (2013). Efectos del tipo de diabetes, estrategias de afrontamiento, sexo y optimismo en el apoyo social. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3), 193-207.
- Salcedo-Rocha, A. L., García de Alba-García M.J., Frayre-Torres, B. Y López-Coutino (2008). Género y control de diabetes mellitus 2 en pacientes del primer nivel de atención. *Revista Médica del IMSS*, 46(1), 73-81.
- Salguero, V., M. A. (2008). Identidad de género masculino y paternidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13(2), 239-259.
- Sandoval, B. L. A. y Martínez, M. I. (2009). *El SUIVE y la Prevalencia de Diabetes Mellitus tipo II*. México: Secretaria de Salud, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. 26(31). Recuperado de www.dgepi.salud.gob.mx/boletin/2009/sem31/pdf/edit3109.pdf
- Santana, M. Y. (2010). *Psicodiabetes. Diabetes e incidencia psicológica en la misma*. Recuperado en: <http://psicologiard.blogspot.mx/2011/04/psicodiabetes-diabetes-e-incidencia.html>
- Sardín, M., Espelt, A. Escolar-Pujolar, A., Arreola, L. y Larrañaga, I. (2011). Desigualdades de género y diabetes mellitus tipo 2: la importancia de la diferencia, *Avances en Diabetología*, 27, Issue 3, 78-87

- Sau, V. (2005). Psicología y Feminismo. En Barberá, H. E. y Martínez, B. I. (2005). *Psicología y Género*, España: Pearson
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales, *Ciencia y enfermería (online)*, 9(2), 9-21. ISSN 0717-9553. DOI: 10.4067/S0717-95532003000200002.
- Secretaría de Salud (2000). *Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes*. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html>
- Seidler, V. (2000). *La sinrazón masculina. Masculinidad y teoría social*. México: UNAM-PUEG-CIESAS-Paidós.
- Serret, B. E. (2008). *Qué es y para qué es la perspectiva de género. Instituto de la Mujer Oaxaqueña*, México: Ediciones Oaxaca.
- Siqueira, P., Franco, L. J., Dos Santos, M. A. y Zanetti, M. L. (2008). Representaciones sociales de las mujeres diabéticas de clases populares en lo referente al proceso salud y enfermedad. *Revista Latino Americana Enfemegem (online)*. 16(3).
- Siquiera, P. D, M., Dos Santos, M. A.; Zanetti, M. L. y Ferronato, A. A. (2007). Dificultades de los pacientes diabéticos para el control de la enfermedad: sentimientos y comportamientos. *Revista Latino Americana Enfemegem*, 15(6). Recuperado de www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/es_07.pdf
- SUIVE (2009). SISTEMA UNICO DE INFORMACIÓN Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA. SINAVE/DGE/SALUD/Descripción y comportamiento de las enfermedades de notificación semanal. *Síntesis epidemiológica 2009*. Recuperado de [www.salud.gob.mx / www.dgepi.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx/www.dgepi.salud.gob.mx) / http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/libros/DyC_DE_LAS_ENF_de_NOTI_SEM.pdf
- Tapen S. y Orcí S. (2008). Una investigación sobre el costo de la cobertura universal de salud en México. *Bienestar Político Social*, 4(2), 107-134.

- Tolosa, M. A., Candiotti, Ma. A. y D'Alessandro, M. E. (2012). Relación entre el estilo de vida y el estado nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la Ciudad de Santa Fe, Argentina, *Actualización en Nutrición*, 13(3), 170-175
- 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. *Cad. Saúde Pública* [online]. 21(1), 101-110. ISSN 0102-311X. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100012>.
- Tolosa, M. A., Candiotti, Ma. A. y D'Alessandro, M. E. (2012). Relación entre el estilo de vida y el estado nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la Ciudad de Santa Fe, Argentina, *Actualización en Nutrición*, 13(3), 170-175
- Urbán-Reyes, B.R., Coghlan-López, J.J. Y Catañeda-Sanchez, O. (2015). Estilo de vida y control glucémico en pacientes con Diabetes Mellitus en el primer nivel de atención. *Atención Familiar*, 22,.3, 68-71
- Uribe, J. T. M. (1999). *El autocuidado y su papel en la promoción de la salud*. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0467.pdf>
- Vázquez, M. O. (1999). Género hegemónico y cultura, el modelo de masculinidad en la cultura popular. *Iztapalapa* 24, 27-40. Recuperado de <http://tesiuami.uam.mx/revistasuam/iztapalapa/include/getdoc.php?id=53>
- Vázquez-Martínes, J. L., Mercadillo-Pérez, M.G. y Celis-Quintal, J. G. (2011). Demanda de atención médica por diabetes mellitus en el primer nivel de atención. *Revista Médica de Instituto Mexicano del Seguro Social*, 49(2), 225-231.
- Verdecho, M.S. (2015). *Intervención del profesional de enfermería en el autocuidado en pacientes diabéticos tipo II: revisión bibliográfica (Tesis de grado de Enfermería)*, Universidad CEU Cardenal Herrera, Facultad de Ciencias de la Salud. Moncada
- Villarroel, Z. D. (2011). *Diabetes y las diferencias de género*. Recuperado de http://www.douglasvillarroel.com/indez.php?cat=283&id_articulo=404

Vinaccia S, y Orozco LM. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas* [serie en internet], 1(2). Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982005000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Vinaccia, S., Fernández, H., Escobar, O., Calle, E., Andrade, I.C., Contreras, F y Tobón, S. (2006). Calidad de vida y conducta de enfermedad en pacientes con diabetes Mellitus tipo II. *Suma Psicológica*. 13(1), 15-31

Vive con Diabetes (2011). Recuperado en: vivecondiabetes.com

Vizcarra, F. I., Chávez, M.C. y Guízar, V. F. (2009). *Las historias de vida y la subjetividad como Método de investigación rural con perspectiva de género. Caso de tres proyectos: Conflictos Matlazincas, Paisajes Mazahuas y Diabetes de migrantes*. Recuperado de www.alasru.org/wp-content/.../09/GT29-Ivonne-Vizcarra-Bordi.pdf.

Apéndices

Apéndice A

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), datos obtenidos del estudio con 25 naciones del mundo y la DMII

Diabetes en los países de la OCDE						
Country	Mujeres		Hombres		Todos	
	Diabetes-hospitalizaciones por 100 mil habitantes	Prevalencia de la Diabetes (%)	Diabetes-hospitalizaciones por 100 mil habitantes	Prevalencia de la Diabetes (%)	Diabetes-hospitalizaciones por 100 mil habitantes	Prevalencia de la Diabetes (%)
Australia	192.3	6.53	279.6	7.27	230.2	7.18
Austria	298.0	10.48	410.9	12.23	355.2	11.24
Canadá	65.6	10.93	96.7	12.07	79.5	11.59
República Checa	211.4	9.03	293.4	7.81	251.2	8.66
Dinamarca	118.8	7.13	179.9	8.07	147.2	7.72
Finlandia	125.8	7.13	191.0	9.33	156.5	8.28
Alemania	170.2	11.24	252.6	12.83	209.6	11.96
Islandia	44.8	1.76	70.7	2.24	54.2	2.07
Irlanda	113.9	5.55	191.7	6.05	147.7	5.69
Israel	74.8	5.81	108.5	7.86	90.5	7.09
Italia	76.2	8.20	108.0	9.08	91.2	8.82
Corea	318.5	8.30	380.2	9.50	351.4	9.00
Latvia	140.3	10.08	153.3	9.76	147.1	9.87
Malta	148.9	11.34	169.2	8.17	159.9	9.76
México	378.9	11.89	381.4	8.63	380.6	10.14
Nueva Zelanda	144.1	6.44	195.6	6.37	166.6	6.50
Noruega	86.0	3.90	110.2	5.39	99.6	4.74
Polonia	217.9	9.13	262	9.56	240.6	9.35
Portugal	86.5	10.33	108.3	9.58	97.0	9.90
Eslovenia	97.3	8.34	141.5	11.09	118.8	9.89
España	54.5	7.97	80.6	9.01	66.9	8.66
Suecia	102.5	7.83	162.0	6.65	129.4	7.32
Suiza	50.5	10.28	81.1	11.32	64.3	11.31
Reino Unido	64.4	4.08	85.1	5.64	73.9	4.86
Estados Unidos	182.5	12.81	216.0	12.14	197.8	12.34

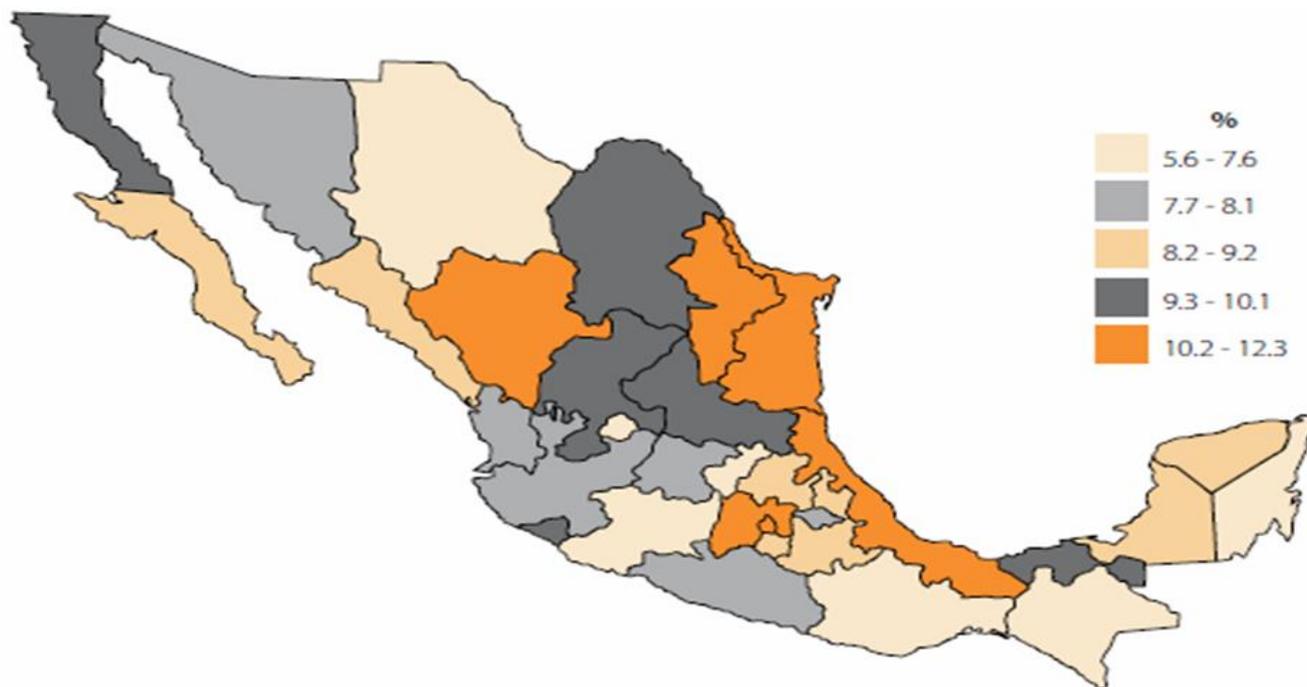
Apéndice B

Prevalencia de DMII



Apéndice C

México y la prevalencia de DMII de acuerdo a la entidad federativa

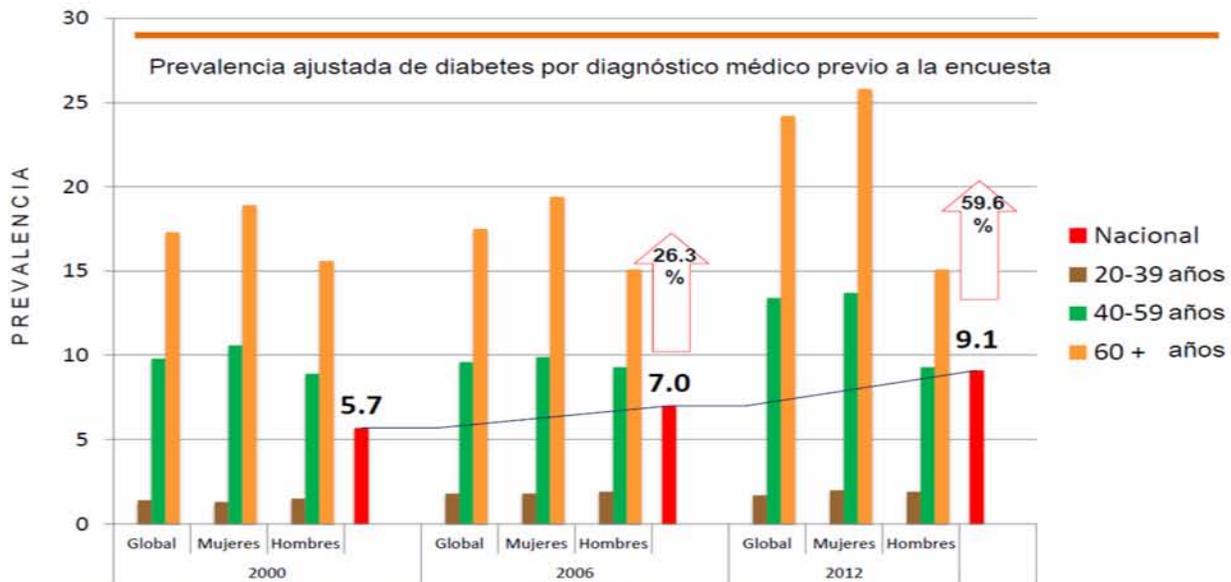


Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo según entidad federativa. México, ENSANUT 2012

Apéndice D

Prevalencia de la DMII de acuerdo a edad y sexo

Tendencia en la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2* por grupos de edad y sexo, 2000 – 2012: ENSA's

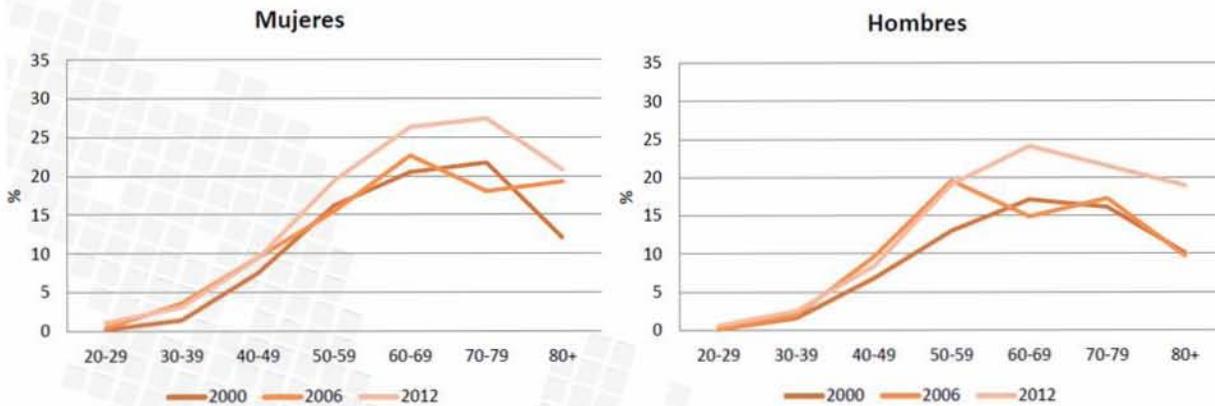


Fuente: Datos de Encuestas Nacionales (ENSA 2000, ENSANUT 2006 Y ENSANUT 2012)





Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo por edad y sexo en Encuestas Nacionales de Salud



Fuente: Datos de Encuestas Nacionales (ENSA 2000, ENSANUT 2006 Y ENSANUT 2012)



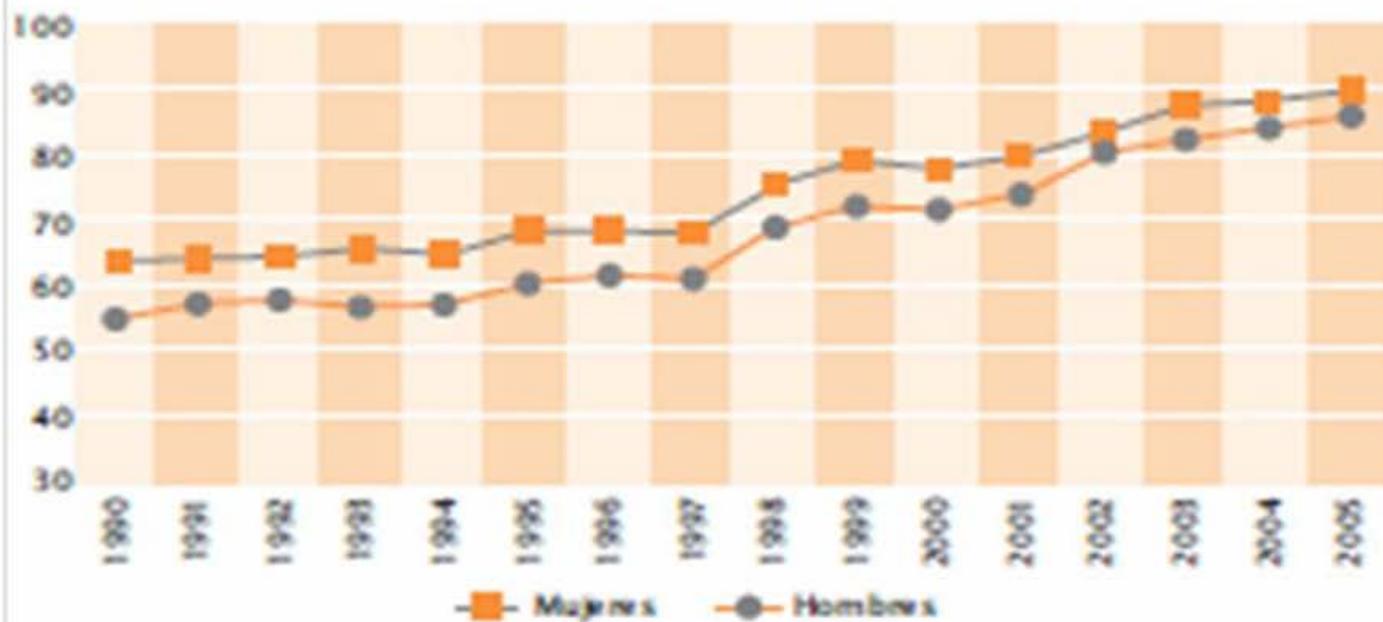
CASOS POR SEXO 2009



FUENTE: SINAVE/DGE/SALUD.
* incidencia por cada 100 000 habitantes, calculado con cifras de estimaciones de CONAPO, 2009.

GRÁFICA 1. MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS, POR SEXO. MÉXICO, 1990-2005

Tasa estandarizada x 100 000



FUENTE: SINAIS / SS.

Apéndice E

Diabetes Mellitus tipo II y su prevalencia a nivel mundial

Prevalencia a nivel mundial

La Organización Mundial de la Salud, en todo el mundo había 171 millones de diabéticos en el 2000 y para el 2030 este número iba a aumentar a 336 millones aproximadamente.

	2000	2030
América	33 millones	66.8 millones
Europa	33.3 millones	48 millones
Oriente Medio	15.2 millones	42.6 millones
África	7 millones	18.2 millones
Asia y Australia	82.7 millones	180.5 millones

Con las estimaciones mostradas por Delgado en el 2006, los países con mayor número de personas con diabetes mellitus se encuentra en el siguiente orden: India, China, USA, Indonesia, Japón, Pakistan, Rusia, Brasil, Italia y Bangladesh. La India encabeza la lista con 31 millones de personas, seguida por China con 21 millones y en América del norte se contemplaban 17 millones; el incremento esperado ha sido superado.

Se estimaba que la India iba a tener 79 millones para el 2030 y en EUA iba a incrementarse a 30 millones, pero si tan solo tomamos en cuenta la situación actual de EE.UU. Por ejemplo, vemos que en el 2007 las personas con diabetes diagnosticadas y no diagnosticadas era de 23.6 millones, en el 2011 se habla de 25.8 millones lo que refleja un incremento del 9.3%. Si esta tendencia continua en el 2014, se hablará de 33 millones y ya para el 2030 serán 70, la estimación en base a estos datos será superior en un 133% a lo estimado en el 2000 para el 2030.

Y en el caso de la india se habla de 184 millones de diabéticos, es decir será más del doble estimado para esta fecha, lo cual considerándolo a nivel mundial nos dará una cifra sumamente alarmante de personas con diabetes mellitus que vivirán sus consecuencias y complicaciones

relacionadas con la enfermedad, como: enfermedad cardiaca y derrame cerebral, hipertensión, ceguera y problemas de los ojos, enfermedad renal, enfermedades del sistema nervioso, amputaciones, enfermedades dentales, complicaciones del embarazo, neuropatía diabética y otras complicaciones (Delgado, 2006; Loo, 2009; American Diabetes Association, 2011).

En el 2009, se encontró muy pocas variantes en su prevalencia: India (50.8 millones), China (43.2 millones), USA (26.8 millones), Rusia (9.6 millones), Brasil (7.6 millones), aparece Alemania (705 millones), Pakistan, Japón (7.1 millones en ambos países), Indonesia (7 millones) y México (6.8 millones).

La prevalencia total de diabetes, con base en lo reportado por la American Diabetes Association, en enero del 2011, indica que en Estados Unidos hay un total de 25.8 millones de niños y adultos enfermos de diabetes, lo que equivale al 8.3% en la población. De las cuales 18.8 millones de personas han sido diagnosticadas, y sin diagnosticar hay 7 millones de personas. Se calcula 79 millones personas prediabéticas, así como 1.9 millones de nuevos casos de diabetes en personas de 20 años de edad en 2010

En cuanto a menores de 20 años de edad, 215.000, o un 0.26% de todas las personas de este grupo de edad tiene diabetes, es decir, aproximadamente 1 de cada 400 niños y adolescentes tiene diabetes tipo 1. Mientras que en personas de 20 años edad o más, se estiman 25.6 millones, o 11.3%. En cuanto a las personas de 65 años de edad o más se calcula que hay 10.9 millones o 26.9% que tiene diabetes.

Del total de personas con diabetes, 13.0 millones o 11.8% son hombres mayores de 20 años y 12.6 millones o 10.8% son mujeres mayores de 20 años.

En cuanto a la raza y las diferencias étnicas en la prevalencia de diabetes diagnosticada se tiene (después de ajustar por diferencias de edad, 2007-2009 datos de la encuesta nacional) que: 7.1% de los blancos no hispanos; 8,4% de los estadounidenses de origen asiático; 12.6% de los negros no hispanos y 11.8% de los hispanos. Entre los hispanos se tuvo: 7.6% cubanos; 13.3% mexicano-americanos y 13.8% puertorriqueños.

En 2007, la diabetes fue clasificada como la causa subyacente de 71,382 certificados de defunción y se anunciaba como un factor que contribuye en un certificado de defunción adicional de 160,022 casos. Esto significa que la diabetes contribuyó a un total de 231,404 muertes.

Apéndice F

DMII, Complicaciones y su estadística:

Las enfermedades del corazón y derrame cerebral

En 2004, la enfermedad cardíaca se observó en un 68% de los certificados de defunción, relacionados con la diabetes entre las personas mayores de 65 años o más.

En 2004, el accidente cerebrovascular se observó en un 16% de los certificados de defunción, relacionados con la diabetes entre las personas mayores de 65 años o más.

Los adultos con diabetes tienen tasas de mortalidad por enfermedad de 2 a 4 veces mayor que los adultos sin diabetes.

El riesgo de ictus es de 2 a 4 veces mayor entre las personas con diabetes.

Hipertensión

En el período 2005-2008, de los adultos de 20 años o más con una percepción de la diabetes, el 67% tenía una presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg o utiliza medicamentos recetados para la hipertensión.

Ceguera

La diabetes es la causa principal de nuevos casos de ceguera entre adultos de 20-74 años.

En 2005-2008, 4.2 millones (28.5%) personas con diabetes mayores de 40 años o más tenían retinopatía diabética, y de éstos, casi 0.7 millones (4,4% de las personas con diabetes) tenían retinopatía diabética avanzada que podría conducir a la pérdida severa de la visión.

Enfermedad renal

La diabetes es la causa principal de insuficiencia renal, lo que representa el 44% de los casos nuevos en 2008.

En 2008, 48.374 personas con diabetes comenzaron tratamiento para la enfermedad renal en estado terminal en los Estados Unidos.

En 2008, un total de 202.290 personas con enfermedad renal en estado terminal debido a la diabetes vivían con diálisis crónica o con un trasplante de riñón en los Estados Unidos.

Enfermedad del sistema nervioso (neuropatía)

Alrededor del 60% al 70% de las personas con diabetes tienen formas de leves a severas de daño al sistema nervioso.

Amputación

Más del 60% de amputaciones de extremidades inferiores no traumáticas se producen en personas con diabetes.

En 2006, alrededor de 65.700 amputaciones de extremidades inferiores no traumáticas se realizaron en personas con diabetes.

Apéndice G

DMII y su Prevalencia en México

El panorama en México no es nada halagador, de acuerdo a la estadística, una de las enfermedades de mayor prevalencia en nuestro país es la DMII (10º lugar a nivel mundial), y afecta tanto a hombres como mujeres, principalmente en su etapa productiva (30 años en adelante); teniendo un alto costo en el sector salud (Loo, 2009).

La población total en México era de 106.7 millones de habitantes, de los cuales entre 6.6 y 10 millones de personas tienen diabetes entre los 20 y 79 años de edad teniendo una prevalencia de 10.7% de acuerdo a las estadísticas presentadas por el grupo editorial vive con diabetes, así como el 90 % de las personas que padecen diabetes presentan el tipo II de la enfermedad (vive con diabetes, 2011, Santana, 2010).

El Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiología (SUIVE) en el 2009 indica que de los casos registrados de personas con diabetes mellitus, el 40% corresponde a varones y 60 % a mujeres, además de observar un incremento de más del 20 % en jóvenes (menores de 24 años) y que los estados con mayor número de casos en México son: Estado de México (15 186), Distrito Federal (10 680) y Jalisco (8 086) (Sandoval y Martínez, 2009).

El incremento en la población nacional, con base al censo de población y vivienda en el 2010 arrojó la cifra de 112 336 538 habitantes, lo que deja un muy alarmante incremento en la prevalencia de la enfermedad, de un 10.7 %.

Se calcula que 13 de cada 100 muertes son provocadas por diabetes, el grupo de edad con más muertes se ubica entre los 40 y los 55 años de edad y 1 de cada 4 personas dentro del rango de edad de 40 a 59 años mueren por complicaciones, reportándose 1 de cada 3 muertes en México teniendo como causa secundaria esta enfermedad.

De cada 100 personas con diabetes 14 presentan nefropatía (daño en riñón), 10 desarrollan neuropatía (daño en sistema nervioso), 10 sufren de pie diabético (una de cada 3 termina en amputación) y 5 padecen ceguera (vive con diabetes, 2011 y A.Z Xalapa, 2010).

El promedio de hombres con diabetes mellitus muere en una edad más temprana (67), en comparación con el promedio de vida de las mujeres (70). En el 2009, fallecieron por causa de diabetes 24 mil 994 varones de entre 20 y 79 años de edad, mientras que 29 mil 898 mujeres murieron por esta misma causa (vive con diabetes, 2011).

La Dra. Diana Lucy López, del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano de la Secretaría de Salud (SSA) menciona que 7 de cada 10 adultos y 3 de cada 10 niños en México tiene sobrepeso u obesidad, lo que propiciará en la próxima década que 25% de la población de edad productiva padezca diabetes. Así mismo comenta que hay un 30% aproximadamente de personas que desconocen que la tienen, por lo que el diagnóstico se efectúa tardíamente y que en muchas ocasiones ya habrá complicaciones como ceguera, amputaciones o fallas renales.

El paciente con diabetes tiene tres veces más riesgo de cardiopatía o enfermedades cerebrovasculares además de presentar trastorno depresivo y cambio de personalidad

Apéndice H

DMII y Costos de la diabetes

En una investigación realizada por Gutiérrez-Delgado y Gaujardo-Barron (2010), identifican que, el ingreso perdido por muerte prematura asociado a diabetes mellitus se calcula en \$407,486 millones en pesos de 2008 para el periodo 2000-2017. Seguido por las enfermedades cardiovasculares con un monto acumulado de ingresos perdidos por muerte prematura que asciende a \$173,873 millones en pesos de 2008 para este mismo periodo. En términos absolutos su participación sobrepasa los \$9,000 millones en pesos de 2008 acumulados durante el periodo 2000-2017.

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) indica que el gasto anual por diabetes para la institución equivale a 475 millones de pesos para la Secretaría de Salud. Mientras que en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en el 2004 tuvo como quinta causa de estancia hospitalaria a pacientes enfermos de diabetes, lo equivalente a 219 millones de pesos, además de haber hecho una inversión de 40 millones de pesos en medicamentos y estudios, 200 millones por hemodiálisis y casi 205 mil días de incapacidad. En este mismo año el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) destinó aproximadamente 15 millones de pesos para la atención de cada derechohabiente con diabetes (Sandoval y Martínez, 2009).

El promedio de consultas diarias, en diferentes Institutos de Salud es: IMSS, 29.05; Secretaría de Salud, 14.9; ISSSTE, 16.8; en el programa IMSS-Oportunidades, 17.2; en los hospitales de PEMEX (Petróleos Mexicanos), 12.4 y en los servicios de la Secretaría de la Defensa Nacional 7.3 (vive con diabetes, 2011; A.Z Xalapa, 2011).

Apéndice I

Antecedentes Históricos de la DMII

El impacto a nivel mundial y nacional que tiene el enfermarse de diabetes mellitus, a través de los años se ha complejizado, esta enfermedad es para muchos catalogada ya como epidemia, tiene sus orígenes tiempo atrás.

La historia de la diabetes, no comienza en este siglo, el primer antecedente que se reconoce corresponde al papiro encontrado cerca de las ruinas de Luxor (Tebas, en Egipto), fechado hacia el 1500 antes de Cristo, escrito por un sacerdote del templo de Imhotep. En este papiro hay un párrafo dedicado a una extraña enfermedad, quien la padecía adelgazaba, tenía hambre continuamente, orinaban en abundancia y se sentían atormentados por una enorme sed, dicho papiro fue encontrado en 1873 por el alemán George Ebers.

Siglos después, Demetrio de Apamea (270 a. C) creó la denominación diabetes, que en griego quiere decir “atravesar”, ya que la orina no se quedaba en el organismo, sino que pasaba a través de un tubo (Alcántara, 2005).

Diez siglos después, en la India, se encontró en el libro de Ayur Veda Suruta la descripción de una extraña enfermedad, propia de las personas pudientes, de obesos, de personas que comen mucho dulce y arroz; su orina tenía un olor dulce, por lo que la llamaron “madhumeha” (orina de miel). Esta enfermedad afectaba a varios miembros de la misma familia.

La descripción del papiro podría estar haciendo referencia a la diabetes infanto-juvenil (tipo 1), en el caso de la India, la descripción se acerca más a la diabetes tipo II, asociada en gran medida a la obesidad.

Durante el Imperio Romano, destacan Celso y Galeno. El primero hizo una detallada descripción de la enfermedad y aconseja el ejercicio físico y el segundo, interpretó que la enfermedad era consecuencia del fallo del riñón.

En la Edad Media, Avicena evaporó la orina de un diabético y vio que dejaba residuos con sabor a miel e hizo una descripción de las complicaciones de la diabetes.

En el año 1493, nace Paracelso, quien ya siendo un hombre revolucionario la Universidad y se enfrenta a los maestros de entonces y afirma que la diabetes se debía a una enfermedad de la sangre y no a un fallo del riñón, como se había creído hasta entonces.

En 1679, Tomás Willis establece los términos de Diabetes Mellitus y Diabetes Insípida para diferenciar los casos donde la orina tenía un sabor dulce y los que no. Sin embargo, el término "Mellitus" lo creó Rollo en el siglo XVIII. Pero es hasta 1752 con Frank, que se diferenciaron definitivamente las diabetes mellitus (con azúcar) de la diabetes insípida (sin azúcar), en el primer caso si no es tratada se orina mucho, pero en la insípida se orina mucho más.

Mathew Dobson en 1775, descubre que el sabor dulce era por la presencia de azúcar en la orina y desarrolla métodos de análisis para medir la presencia de ésta.

Thomas Cawley en 1778, a partir de una autopsia a un diabético, descubre la primera referencia fundamentada que relaciona la Diabetes Mellitus y el páncreas, al encontrar un páncreas atrofiado y múltiples cálculos implantados en el tejido pancreático.

En 1867, Pablo Langerhans descubrió en el páncreas de un mono, unos islotes dispersos de células, cuya función era desconocida.

En 1889, Joseph Von Mering y Oscar Minkowsky, al extirpar el páncreas de un mono, observaron que el animal se iba hinchando, manifestando sed y frecuente emisión de orina, al investigar esta orina descubren que contiene azúcar, concluyendo que la extirpación del páncreas produce una diabetes de curso grave que termina con la muerte en pocas semanas. A partir de este descubrimiento, centran sus investigaciones en una sustancia que producen los islotes de Langerhans, que llamaron Insulina o Isletina.

En 1921, Frederic G. Bantín y su ayudante Charles H. Best, tuvieron la idea de ligar el conducto excretor pancreático de un mono, provocando la autodigestión de la glándula, después, exprimiendo lo que quedaba de este páncreas obtuvieron un líquido que, inyectado en una cachorra diabética conseguía reducir en dos horas una glucemia: habían descubierto la insulina.

El 11 de enero de 1922, Leonard Thompson, diabético de 14 años, recibió la primera dosis de insulina que provocó una mejora en su estado general. Muere a causa de una bronconeumonía 13 años después. Además, se observó en su autopsia avanzadas complicaciones diabéticas.

Se extendió el uso de la insulina (aunque era costosa e insuficiente para la demanda), se pensó que era la cura; sin embargo, sólo fue un sustituto para evitar la muerte del diabético.

En 1922, en España, el doctor Rossend Carrasco obtiene la insulina de animales, pero esta generaba peligrosas hipoglucemias y grandes reacciones locales, debido en gran medida a sus impurezas, no se extendió el uso de la insulina en Europa.

En 1923, la compañía farmacéutica Lilly da el nombre de Insulin, Insulina en español, abandonando el primitivo nombre de isletin. Desde esta, fecha tanto los métodos de conseguir la insulina como el tratamiento de la diabetes han avanzado.

Los trabajos de Augusto Loubatières en Montpellier, proporcionaron el paso definitivo para que los hipoglucemiantes orales se constituyeran en otro de los grandes pilares del tratamiento de la diabetes (tipo II) (Alcántara, 2005; Asociación de pacientes con diabetes, 2008).

Apéndice J

Definición, clasificación, síntomas, consecuencias, diagnóstico y tratamientos de DMII

Pero, qué es la diabetes. La Diabetes Mellitus es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, consecuencia de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. La hiperglicemia crónica se asocia en el largo plazo daño, disfunción e insuficiencia de diferentes órganos especialmente de los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos, es decir, ocasiona complicaciones crónicas de tipo microvascular, macrovascular y /o neuropático que son comunes en todos los tipos de Diabetes Mellitus (Barrientos y Pérez, 2010; De Santiago, 2011; Montijo. 2009). Definición avalada por el comité de expertos apoyados por la Asociación Americana de Diabetes (ADA), en mayo de 1995 (Montijo, 2009).

En tanto que, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “una enfermedad crónica, causada por deficiencia congénita y/o adquirida en la producción de la insulina por el páncreas o inefectividad de la insulina producida. Esta deficiencia determina un incremento de la glucosa en sangre, que provoca, a su vez, daños en diferentes sistemas corporales, especialmente nervios y vasos sanguíneos (Montijo, 2009. p. 5,6).

En México, la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, publicada en el año 2000 la define como “la enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas” (Montijo, 2009. p. 6).

Clasificación

En 1997 la Asociación Americana de Diabetes (ADA), propuso una clasificación que está vigente. Se incluyen 4 categorías de pacientes y un 5º grupo de individuos que tienen glicemias anormales con alto riesgo de desarrollar diabetes (también tienen mayor riesgo cardiovascular):

1. Diabetes Mellitus tipo 1

- Caracterizada por una destrucción de las células beta pancreáticas, deficiencia absoluta de insulina, tendencia a la cetoacidosis y necesidad de tratamiento con insulina para vivir (insulinodependientes). Se distinguen dos sub-grupos: Diabetes autoinmune: con marcadores positivos en un 85-95% de los casos, anticuerpos antiislotos (ICAs), decarboxilasa del ac. glutámico (antiGADs) y anti tirosina fosfatasa IA2 e IA2 β . Esta forma también se asocia a genes HLA.

Diabetes idiopática: Con igual comportamiento metabólico, pero sin asociación con marcadores de autoinmunidad ni de HLA.

2. Diabetes Mellitus tipo 2

- Caracterizada por insulino-resistencia y deficiencia (no absoluta) de insulina. Es un grupo heterogéneo de pacientes, la mayoría obesos y/o con distribución de grasa predominantemente abdominal, con fuerte predisposición genética no bien definida (multigénica). Con niveles de insulina plasmática normal o elevada, sin tendencia a la acidosis, responden a dieta e hipoglicemiantes orales, aunque muchos con el tiempo requieren de insulina para su control, pero ella no es indispensable para preservar la vida (insulino-requiere).

3. Otros tipos específicos de Diabetes

- Incluyen pacientes con defectos genéticos en la función de la célula beta como las formas llamadas MODY (maturity onset diabetes of the young); otros con defectos genéticos de la acción de la insulina; otros con patologías pancreáticas (pancreatectomía, pancreatitis aguda, pancreatitis crónica, neoplasia del páncreas, hemocromatosis); endocrinopatías (Cushing, acromegalia, glucagonoma, feocromocitoma).
- También algunos fármacos o tóxicos pueden producir diabetes secundaria (corticoides, ácido nicotínico, asparagina, interferón alfa, pentamidina); agentes infecciosos (rubeola congénita, coxsachie B, citomegalovirus, parotiditis) y, por último, algunas otras enfermedades como los Síndromes de Down, Klinefelter, Turner, enfermedad de Stiff-man y Lipoatrofias.
- En estos casos se habla de diabetes secundaria, mientras los tipos 1 y 2 son primarias

4. Diabetes Gestacional

- Se caracteriza por hiperglicemia, que aparece en el curso del embarazo. Se asocia a mayor riesgo en el embarazo y parto, y de presentar diabetes clínica (60% después de 15 años). Esta puede desaparecer al término del embarazo o persistir como intolerancia a la glucosa o diabetes clínica

5. Intolerancia a la glucosa y glicemia de ayunas alterada

- La Intolerancia a la glucosa se caracteriza por una respuesta anormal a una sobrecarga de glucosa suministrada por vía oral. Este estado se asocia a mayor prevalencia de patología cardiovascular y a riesgo de desarrollar diabetes clínica (5-15% por año).

- Glicemia de ayuno alterada se caracteriza por el hallazgo de una glicemia de ayuno entre 100 y 125 mg/dl. Su identificación sugiere el realizar una prueba de sobrecarga de glucosa oral, para la clasificación definitiva (De Santiago, 2011; Barrientos y Pérez, 2010; Escuela de Medicina de Chile, 2009).

Etapas de la diabetes mellitus

1. Normoglicemia. Cuando los niveles de glucemia son normales pero los procesos fisiopatológicos que conducen a diabetes mellitus ya han comenzado e inclusive pueden ser reconocidos en algunos casos. Incluye aquellas personas con alteración potencial o previa de la tolerancia a la glucosa.

2. Hiperglicemia. Cuando los niveles de glucemia superan el límite normal. Esta etapa se subdivide en:

- a. Regulación alterada de la glucosa (incluye la glucemia de ayuno alterada y la intolerancia a la glucosa)

- b. Diabetes mellitus, que a su vez se subdivide en:

- Diabetes mellitus no insulino-requiriente

- Diabetes mellitus insulino-requiriente para lograr control metabólico

- Diabetes mellitus insulino-requiriente para sobrevivir (verdadera diabetes mellitus insulino-dependiente)

Una vez identificada la etapa, la persona puede o no progresar a la siguiente o aun retroceder a la anterior. Por el momento no se dispone de marcadores específicos y sensibles para detectar la diabetes mellitus II y la diabetes mellitus gestacional en la etapa de normoglicemia (Barrientos y Pérez, 2010).

Síntomas

Algunos síntomas de la diabetes son la piel seca, orinar frecuentemente, sensación de hambre continua, cansancio, debilidad, pérdida de peso, infecciones en la piel, adormecimiento de los pies, heridas que sanan lentamente, disfunción eréctil, vista borrosa, dolor de cabeza, entre otros (Santana, 2010; Montijo, 2009).

Consecuencias

Entre las complicaciones de esta enfermedad pueden dividirse en agudas y crónicas. Entre las primeras se encuentran la hiperglucemia, la hipoglucemia y la cetoacidosis diabética. Las complicaciones crónicas comprenden las afectaciones en el sistema macro y micro vascular, su severidad depende del nivel de control de la glucosa que el paciente haya mantenido (American Diabetes Association, 2002; Jiménez y Dávila, 2007)

La hipoglucemia ocurre cuando los niveles de glucosa en la sangre son bajos, debido principalmente por exceso de insulina, insuficiente comida o el ejercicio excesivo. Estos niveles de glucosa ocasionan disturbios visuales, hambre excesiva, dolor de cabeza, dolores estomacales, desorientación, dificultad en la concentración y letargo, finalmente, si no se trata inmediatamente puede ocasionar inconsciencia. Por el contrario, la hiperglucemia se ocasiona por la falta de insulina y/o ingestión excesiva de alimentos. Algunos de sus síntomas son el letargo, la sed, poliuria y visión borrosa. Si es crónica puede evolucionar en cetoacidosis diabética, la cual es una deficiencia relativa o absoluta de insulina que se presenta a la par de una elevación de hormonas de estrés que incrementan los niveles de glucosa. Esta complicación se manifiesta con poliuria, polidipsia, pérdida de peso, náusea, vómitos, fatiga, letargo, debilidad, deshidratación e hiperventilación, pudiendo el paciente alcanzar un estado comatoso.

Entre las complicaciones a largo plazo más comunes de la Diabetes mellitus II son la retinopatía, nefropatía, neuropatía y enfermedades cardiovasculares. Relacionadas al diagnóstico de la diabetes también se encuentran las complicaciones en el embarazo, la disfunción sexual, las amputaciones y enfermedades dentales (Jiménez y Dávila, 2007).

Diagnóstico y Tratamiento

Diagnóstico

Para el diagnóstico definitivo de diabetes mellitus y otras categorías de la regulación de la glucosa, la Escuela de Medicina de Chile (2009), considera la determinación de glucosa en plasma o suero. En ayunas de 10 a 12 horas, las glicemias normales son < 100 mg/dl.

En un test de sobrecarga oral a la glucosa (75 g), las glicemias normales son:

Basal < 100, a los 30, 60 y 90 minutos < 200 y los 120 minutos post sobrecarga < 140 mg/dl

El paciente debe cumplir con alguno de estos 3 criterios para ser diagnosticada la enfermedad, lo que debe ser confirmado en otra oportunidad para asegurar el diagnóstico.

1. Glicemia (en cualquier momento) \geq 200 mg/dl, asociada a síntomas clásicos (poliuria, polidipsia, baja de peso)
2. Dos o más glicemias \geq 126 mg/ dl.
3. Respuesta a la sobrecarga a la glucosa alterada con una glicemia a los 120 minutos post sobrecarga \geq 200 mg/dl.

Intolerancia a la glucosa: Se diagnostica cuando el sujeto presenta una glicemia de ayuno < 126 mg/dl y a los 120 minutos post sobrecarga oral de glucosa entre 140 y 199 mg/dl.

Glicemia de ayuna alterada: Una persona tiene una glicemia de ayunas alterada si tiene valores entre 100 y 125 mg/dl. Será conveniente estudiarla con una sobrecarga oral a la glucosa.

En México, la Secretaria de Salud (2000), establece el diagnóstico de diabetes si se cumple cualquiera de los siguientes criterios: presencia de síntomas clásicos y glucemia plasmática casual > 200 mg/dl (11, mmol/l); glucemia plasmática en ayuno > 126 mg/dl (7mmol/l) a las dos

horas después de la carga oral de glucosa disuelta en agua. En ausencia de hiperglucemia inequívoca acompañada de descompensación metabólica aguda, debe repetirse la prueba.

Tratamiento

Existen dos tipos de tratamientos que se pueden establecer en pacientes con DMII:

- **No farmacológico:** comprende tres aspectos básicos: plan de alimentación, ejercicio físico y hábitos saludables. En particular la reducción de peso en el obeso, sigue siendo el único tratamiento integral capaz de controlar simultáneamente la mayoría de los problemas metabólicos de la persona con DMII, incluyendo la hiperglucemia, la resistencia a la insulina, la hipertrigliceridemia y la hipertensión arterial. Se pueden lograr cambios significativos con una reducción de un 5 a 10% del peso (evidencia nivel 1) y por consiguiente éste debe ser siempre uno de los primeros objetivos del manejo de la diabetes en el paciente con sobrepeso.
- **Farmacológico:** indicado en todo paciente con DMII, que por un lado no haya logrado un control metabólico después de tres meses de tratamiento no farmacológico (adecuado cuando se ha logrado modificar el régimen alimenticio, reducción del peso corporal de al menos 5 %, incremento en la actividad física). Y por otro, se aplica desde un comienzo a todos los pacientes clínicamente inestables o con un grado de descompensación considerable que propicie poca respuesta a tratamiento no farmacológico únicamente. Para seleccionar el fármaco adecuado para el paciente es necesario considerar las características del mismo, es decir, su mecanismo de acción, efectividad, potencia, efectos secundarios, contraindicaciones y costo (ADA, 2011; Escuela de Medicina de Chile, 2009).

Existen cinco grupos de fármacos orales: *Sulfonilureas*: han sido las más utilizadas y las que más tiempo llevan en uso clínico. Ya existe al menos una segunda generación de sulfonilureas que se distingue de la primera por un incremento en la potencia y algunas propiedades particulares. *Biguanidas*: tienen una larga trayectoria de uso clínico, pero a raíz del problema que tuvieron las primeras con relación al desencadenamiento de acidosis láctica, estuvieron un tiempo proscritas en Estados Unidos y en la mayoría de los países latinoamericanos. Recientemente se han rehabilitado y la más reciente (*metformina*) se utiliza con mucha frecuencia y un mejor perfil de seguridad. Inhibidores de las alfa glucosidasas: aunque han sido utilizados por largo tiempo en algunos países de Europa, en Latinoamérica se introdujeron hace

relativamente poco. *Tiazolidinedionas*: son producto de investigaciones recientes por lo cual llevan poco tiempo en uso clínico. Y *Metiglinidas*: al igual que las anteriores, llevan poco tiempo de uso clínico por ser producto de investigaciones recientes (Aschener, Alvarado, Arbañil, Arguedas, Argueta, Aylwin, et. al., 2006).

Apéndice K

GUIA DE ENTREVISTA
PREGUNTAS
¿En qué medida su familia parece estar emocionalmente involucrada con su enfermedad?
¿Hasta qué punto hay un interés por Ud. de seguir su tratamiento?
¿Quién(es) está(n) involucrado(s) en el cuidado de su salud?
¿Quiénes le manifiestan con claridad que se encuentran preocupados por usted?
¿Su familia qué piensa de esta enfermedad?
¿Qué tan informados están sus familiares respecto a las consecuencias de su enfermedad?
¿Quién empieza a darse cuenta de que Ud. está teniendo una descompensación y qué hace cuando se dan cuenta?
¿Cómo se sintió como padre o madre después de que le diagnosticaron DMII? ¿Y ahora?
¿A llegado a tener una discusión familiar en relación a cómo lleva su tratamiento/enfermedad?
¿Quién le dijo que tenía DMII?
¿Qué le dijo?
¿Cómo reacciono al saber que tenía DMII?
¿Cómo se sintió cuando le diagnosticaron tener DMII?
¿Cómo se relaciona con su familia desde que le diagnosticaron DMII?
¿Cómo es el cuidado que da a otros integrantes de la familia?
¿Cómo es el cuidado que se proporciona así misma(o)?
Si yo le preguntaré a su esposa/compañero, etc. Cómo se cuida o lleva usted su enfermedad, ¿qué nos contestaría?

¿Les expresan sus hijos o su compañera o compañero sus sentimientos, preocupaciones acerca de lo que implica su enfermedad?
¿Quién fue la primera persona a la que le confió o contó que había sido diagnosticada(o) con DMII?
¿Cómo se siente en general a partir que usted sabe que tiene DMII?
¿Le preocupa su futuro, ahora que tiene DMII? ¿En qué sentido?
¿Su familia sabe de su preocupación a futuro?
¿Qué tanto se guardan o expresa sus sentimientos?
¿Su familia sabe que Ud. se preocupa por ese futuro? y si lo supiera ¿qué cree que le dirían y qué pensaría de ello?
¿A qué le atribuye haber enfermado de DMII?
¿Qué piensa de ello?
¿Qué ha sido para Ud. ser diagnosticado con DMII?
¿Qué emociones está viviendo?
¿Cuáles son sus fortalezas para cuidarse y seguir las indicaciones médicas de su tratamiento?,
¿Qué lo motiva o no para cuidarse y seguir las indicaciones médicas de su tratamiento?
¿Qué es lo que puede o hace que se resista a seguir las indicaciones médicas de su tratamiento?
Si su pareja fuera la enferma Ud. ¿qué sentiría? y ¿qué haría?
¿Cómo se ha cuidado desde que fue diagnosticado con DMII? (indagar sobre su historial de tratamientos: médicos y/o alternativos)
¿Cómo se organiza o prepara para ir a consulta con su médico o para análisis?
¿Considera qué ha tomado conciencia de tener DMII?

¿Qué hizo que tomará conciencia sobre su enfermedad?
¿Cuánto tiempo dedica al cuidado de su familia?
¿Cuánto tiempo dedica al cuidado de su salud?
¿En qué orden colocaría dentro de sus actividades diarias el cuidado de su salud? y ¿por qué?
¿Qué de lo que ha escuchado en los medios de comunicación, en las recomendaciones de los profesionales o médicas, ha hecho o ha tomado en cuenta?
¿De quién que no sea profesional, ha considerado sus recomendaciones?
¿Qué remedios ha tomado para curar o controlar su enfermedad?
¿Cómo ha sabido de ellos?
¿Qué es la DMII?
¿En qué aspectos de su la vida diaria cree que interfiere esta enfermedad?
¿Cuándo y cómo se dio cuenta que tenía DMII?
¿Esta enfermedad implica cambios en su vida?
¿Cómo cuáles?
¿Cómo ha sido el desarrollo de su enfermedad?
¿Cómo ha visto que son vistos o tratados las personas con DMII que conoce a su alrededor?
¿Ante qué circunstancias (cuándo y dónde) hace referencia a la diabetes en general?
¿Cuándo o en donde menciona la tiene DMII?
¿Cuál es su pensamiento más terrible o feo, en relación a las consecuencias de la DMII que le pueda pasar?
¿Qué es lo más feo o lamentable que ha visto han vivido las personas que conoce que tienen DMII?

En qué grado en una escala del 1 al 10, siendo uno que la enfermedad no es tan terrible y 10 es una enfermedad fatal, ¿le daría tener DMII?
¿Por qué lo pone en ese lugar?
¿Qué sería lo peor que le podría suceder a consecuencia de la DMII?
¿Cómo era antes de su diagnóstico su relación personal con su pareja?
¿Cómo era antes de su diagnóstico su intimidad/sexualidad?
¿Ha tenido cambios en su actividad sexual actualmente?
¿A qué se lo atribuye?
¿El desarrollo de la DMII y descontrol de sus niveles de azúcar afectan su actividad sexual?
¿Cómo se visualiza Ud. dentro de 3 años?
¿Cómo se visualiza Ud. dentro de 10 años?
¿Cuáles son las consecuencias de esta enfermedad?
¿En qué tiempo cree que se reflejan los daños o deterioro físico como consecuencias de la DMII en quien la padece?
¿Qué le impide o en que le limita tener DMII?
¿Qué la(o) obliga hacer?

Apéndice L

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento, es proveer a los participantes una explicación de la investigación y su participación en ésta.

La investigación será conducida por la Psicóloga Adriana **Guadalupe Reyes Luna**, de la Universidad Nacional Autónoma de México. El objetivo será analizar **el significado que los pacientes construyen sobre la diabetes mellitus II**.

Si usted accede a participar, se propone llevar a cabo una entrevista de entre **60 y 90** minutos de duración, aunque de ser necesario, se solicitará nuevamente su colaboración. La información proporcionada en las sesiones de entrevista, será grabada y transcrita para efectos de análisis. Los datos serán confidenciales y no se usarán para ningún otro propósito fuera de la investigación.

Su participación es estrictamente voluntaria y anónima. Si tuviese alguna duda puede preguntar a la investigadora y si alguna pregunta le parece incómoda, puede no responder. Se podrá retirar en el momento que lo considere pertinente, sin que eso lo perjudique en ninguna forma, ni interfiera en su consulta médica o tratamiento en su clínica familiar.

Le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, de la cual he recibido información. Me han indicado que se llevará a cabo a través de una o varias sesiones de entrevista, es decir que solicitarán nuevamente mi colaboración para complementar información requerida en caso de ser necesario.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto genere perjuicio alguno para mi persona, atención médica o servicios que proporcione mi clínica familiar. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la Psicóloga Adriana Guadalupe Reyes Luna al teléfono **56231333** extensión **39743**

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados del estudio cuando haya concluido. Para esto, puedo contactar a la Psicóloga Adriana Guadalupe Reyes Luna al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre y firma del Participante ¿(Con letras de imprenta)