



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Vida sexual de varones con Diabetes Mellitus Tipo II: Afrontamiento de las complicaciones y significados"

ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN-REPORTE

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A (N)

Victoria Graciela Arriaga Samayoa

Directora: Dra. Diana Isela Córdoba Basulto

Dictaminadores: Dr. José Salvador Sapién López

Lic. Pablo Morales Morales



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todas y cada una de las personas que me permitieron dar éste gran paso en mi vida profesional. Principalmente a mi directora de tesis la Dra. Diana Isela Córdoba Basulto que me dio la oportunidad y la confianza para dirigir mi tesis, por todas y cada una de las asesorías que me brindó las cuales estuvieron llenas de conocimientos y atenciones. Agradezco a mis asesores el Dr. José Salvador Sapién López y el Lic. Pablo Morales Morales la aceptación como sinodales.

Parte importante de este trabajo fue el apoyo que recibí del Proyecto de Investigación GESSEX (Género, Salud y Sexualidad) con su recibimiento y cobijo.

Agradezco a la Beca para Proyecto de Investigación en la UNAM, la cual me fue otorgada.

Agradezco a todos los participantes que me apoyaron en éste trabajo, que me compartieron sus experiencias donde cada una de ellas fue valiosa para la culminación de ésta investigación.

Extiendo el honor hacia a mi madre por su gran apoyo, amor incondicional y acompañamiento en este proceso tan importante en mi vida, sin ella no hubiera podido llegar a este crecimiento académico.

Finalmente quiero hacer un agradecimiento especial a mi padre, por su amor, sus sabias palabras y quién sin saberlo me dejó muchas lecciones de vida que fueron fundamentales para éste trabajo.

ÍNDICE

1. RESUMEN	11
2. INTRODUCCIÓN	12
2.1 Psicología de la salud.	12
2.2 Perspectiva de género.	13
2.3 Sexualidad desde la perspectiva de género.	16
2.4 Proceso de salud-enfermedad relacionado con la Diabetes Mellitus Tipo II.	19
2.5 Estrategias de Afrontamiento	23
2.6 Planteamiento del Problema.	25
2.6.1 Preguntas de Investigación	25
2.6.2 Objetivo General	26
2.6.3 Objetivos Específicos	26
2.6.4 Hipótesis	27
2.6.5 Justificación	27
3. METODOLOGÍA	28
4. RESULTADOS	31
4.1 Datos sociodemográficos	31
4.1.1 Evolución de la enfermedad	33
4.2 Diabetes Mellitus Tipo II	37
4.2.1 Familiares con DM2	37
4.2.2 Conocimientos sobre DM2	38
4.2.3 Seguimiento de tratamiento médico y dieta	40
4.2.3.1 Especialistas que informan a los pacientes sobre la evolución de su enfermedad y sus posibles consecuencias	41
4.2.3.2 Empleo de medios tecnológicos para el registro de su estado de salud a partir de sus niveles de glucosa	42
4.2.3.3 Vigilancia del nivel de glucosa mediante instrumentos	43
4.2.3.4 Medicamentos recetados por el médico tratante	43
4.2.3.5 Administración de Insulina	46
4.2.4 Abandono del Tratamiento Médico	47
	48

4.2.4.1	Autoregulación ante el abandono de los fármacos	48
4.2.4.1.1	Justificación de no ingesta de medicamentos	
4.2.4.1.2	Identificación de las repercusiones de su estado emocional en su salud y estrategias de autocontrol	49
4.2.4.2	Conocimientos acerca del contenido de sacarosa en los alimentos que consumen y auto regulación de su ingesta	50
4.2.4.3	Justificaciones ante el consumo de refrescos y otros que emplean endulcorantes	50
4.2.4.4	Ingesta de refresco ante la sed excesiva como síntoma previo al diagnóstico	52
4.2.4.5	Autocuidado y regulación del consumo de bebidas light	52
4.2.4.6	Consumo de pan dulce	54
4.2.4.7	Limitaciones económicas ante el seguimiento de la dieta	54
4.2.4.8	Dichos populares aplicados a su enfermedad	55
4.2.4.9	Dificultades para el consumo de alimentos preparados fuera de casa	56
4.2.5	Conocimiento y consumo de otros tratamientos alternativos en lugar de los fármacos indicados	57
4.2.5.1	Comentarios del esposo en relación al consumo de remedios por parte de la esposa	58
4.2.5.2	Consumo de chocolate y pasteles	58
4.2.5.3	Otros padecimientos no asociados a la DM2	60
4.2.5.4	Opiniones sobre las restricciones alimentarias	60
4.2.5.5	Comentarios ante el abandono de la dieta	61
4.2.6	Autopercepción respecto de la enfermedad	61
4.2.6.1	Negación del padecimiento de DM2	61
4.2.6.2	Percepción de otros diabéticos	63
4.2.7	Síntomas previos al diagnóstico de DM2	63
4.2.7.1	Confusión de síntomas previos con otras enfermedades	63
		65

4.2.7.2 Síntomas previos: Sed excesiva, constante necesidad de orinar y vista borrosa	67
4.2.7.3 Ausencia de síntomas previos	67
4.2.7.4 Síntomas posteriores: sed excesiva y cansancio	69
4.2.7.5 Síntomas posteriores y sus consecuencias en el ámbito laboral	70
4.2.7.6 Retardo en la cicatrización de heridas	70
4.2.7.7 Presencia de neuropatías periféricas	71
4.2.7.8 Ausencia de síntomas posteriores al diagnóstico de DM2	71
4.2.7.9 Abandono de tratamiento a causa de ausencia de síntomas	71
4.2.8 Pensamientos y emociones asociados al diagnóstico de DM2	72
4.2.8.1 Emociones de irritabilidad y su autocontrol con la ingesta de refresco	73
4.2.8.2 Preocupaciones de la enfermedad con respecto de su familia	74
4.2.8.3 Emoción de tristeza y arrepentimiento ante el recibimiento de la noticia de DM2	75
4.2.8.4 Analogías asociadas al desarrollo de la enfermedad	76
4.2.8.5 Incredulidad ante el recibimiento del diagnóstico de DM2	78
4.2.9 Autopercepción sobre la enfermedad con el recibimiento de la noticia	78
4.2.9.1 Temores ante las complicaciones de la enfermedad y la muerte	79
4.2.9.2 Temor ante la complicación crónica de diálisis peritoneal	79
4.2.9.3 Temor previo al diagnóstico mismo de DM2	80
4.2.9.4 Creencias asociadas a las causas de padecer DM2	80
4.3 Apoyo de la pareja	80

4.3.1 Apoyo de la pareja: preparación de alimentos	81
4.3.1.1 Modificación de dieta en el resto de la familia	83
4.3.1.2 Acompañamiento de la pareja	83
4.3.1.3 Comentarios de la esposa respecto su enfermedad	84
4.3.2 Consumo de sustancias nocivas	84
4.3.2.1 Consumo de cigarro previo y posterior al diagnóstico de DM2	85
4.3.1.2 Consumo de alcohol previo y posterior al diagnóstico de DM2	85
4.3.1.3 Consumo de alcohol- cigarro previo y posterior al diagnóstico de DM2	86
4.3.1.4 Consumo de cigarro previo al diagnóstico de DM2 y abandono posterior	86
4.3.3 Padecimientos derivados de DM2	87
4.3.3.1 Presencia de llagas en extremidades inferiores	87
4.3.3.2 Temores asociados a la complicación de DM2	88
4.3.3.3 Vivencia de un infarto posterior al diagnóstico de DM2	89
4.3.3.4 Neuropatías Periféricas	90
4.3.4 Afrontamiento de DM2	90
4.3.4.1 Negación del padecimiento de DM2	90
4.3.4.2 Afrontamiento de la enfermedad con seguimiento de tratamiento médico	91
4.3.4.3 Afrontamiento con poca responsabilidad	92
4.3.4.4 Afrontamiento con “valentía”, término asociado a diferentes significados	93
4.3.4.5 Aceptación de la enfermedad	94
4.4 Género	94
4.4.1 Educación en casa sobre ser hombre	95
4.4.1.1 Influencia de Instituciones sociales para la formación de significados sobre “ser hombre”: religión y escuela	96

4.4.1.2 Creencias de culturas orientales ante el significado de ser hombre	97
4.4.1.3 Concepto de ser hombre construido con el tiempo	97
4.4.2 Reafirmación de ser hombre con su pareja	97
4.4.2.1 Responsabilidad económica y toma de decisiones	99
4.4.2.2 Respeto y apoyo moral hacia la pareja	100
4.4.2.3 En la vida sexual con la pareja	100
4.4.2.4 Referencia al machismo y violencia con la pareja	101
4.4.3 Reafirmación de ser hombre en su entorno	101
4.4.3.1 Cumplimiento de responsabilidades en el lugar de trabajo	102
4.4.3.2 Sustento económico y familiar	103
4.4.3.3 Reafirmación en el grupo de amigos y consumo de sustancias nocivas	103
4.5 Sexualidad vista como tabú e información obtenida en grupo de amigos	105
4.5.1 Información sobre sexualidad en visitas a lugares de shows nocturnos	105
4.5.2 Sexualidad un tema abierto en casa	106
4.5.3 Conceptos sobre sexualidad	106
4.5.3.1 Sexualidad: contacto con la pareja y procreación de hijos	107
4.5.3.2 Sexualidad: necesidad en el ser humano	108
4.5.3.3 Sexualidad: Procreación y placer	108
4.5.3.4 Erotismo: Evita la rutina y promueve el placer mutuo	109
4.5.3.5 Erotismo: Fantasías y satisfacción propia	109
4.5.3.6 Erotismo: Perverso y ajeno a la sexualidad	110
4.5.3.7 Disfunción Eréctil descrita como incapacidad sexual	111
4.5.3.8 Disfunción Eréctil descrita como disminución de apetito sexual	112
4.5.3.9 Acto sexual como una necesidad natural en	112

ambos sexos	
4.5.4 Acto sexual asociado al encuentro íntimo con la pareja	113
4.5.5 Acto sexual para el placer y con fines reproductivos.	113
4.6. Descripción de la primera relación sexual	113
4.6.1 Encuentro sexual con una persona mayor y sin ningún vínculo	114
4.6.1.1 Primeras experiencias sexuales en lugares nocturnos	115
4.6.1.2 Primer relación sexual calificada como indiferente o desagradable	115
4.6.1.3 Primer relación sexual con una persona de su edad y con un vínculo amoroso	116
4.6.1.4 Tristeza asociada a la demora en el inicio de la vida sexual	116
4.6.1.5 Influencia de Instituciones sociales respecto del inicio de la vida sexual	117
4.6.2 Gustos y preferencias en la vida sexual previa al diagnóstico de DM2	118
4.6.2.1 Relaciones sexuales con señoras casadas	119
4.6.2.2 Posiciones sexuales que dependen de características físicas de la pareja	120
4.6.2.3 Preferencia por ciertas posiciones sexuales para retardar la eyaculación	120
4.6.2.4 Preferencia por posiciones sexuales sencillas	121
4.6.2.5 Gusto/Disgusto por material pornográfico para la relación sexual	122
4.6.3 Relaciones sexuales espontáneas y sin planeación	122
4.6.3.1 Relaciones sexuales en hoteles durante los fines de semana	123
4.6.3.2 Varias parejas sexuales y los beneficios materiales y económicos	124
4.6.3.3 Varias parejas sexuales con nulo placer	124
4.6.3.4 Búsqueda del placer para ambos	124

4.6.3.5 Búsqueda de placer propio y después de la pareja	125
4.6.3.6 Acuerdos para tener relaciones sexuales	128
4.6.4 Temores en la vida sexual en su juventud	128
4.6.4.1 Temor a embarazos no deseados	129
4.6.4.2 Uso de métodos anticonceptivos y técnicas para evitar embarazos	130
4.6.5 Disgusto por algunas prácticas sexuales	132
4.6.5.1 Desagrado por el uso de ciertas prendas en la pareja	132
4.6.6 Cambio en la vida sexual a partir del diagnóstico de DM2	132
4.6.6.1 Disminución de la actividad sexual atribuida a la edad	134
4.6.6.2 Disminución de la actividad sexual atribuida al cansancio	134
4.6.6.3 Disminución de la actividad sexual atribuida a la DM2	135
4.6.6.4 Analogías sobre la vida sexual	136
4.6.6.5 Comentarios del médico tratante asociados a la vida sexual del paciente	136
4.6.6.6 Vivencia de enfermedades en el pene a causa de la DM2	137
4.6.6.7 Comentarios de la pareja ante los cambios percibidos en la relación sexual	138
4.6.6.8 Experiencias sexuales y el uso de productos para favorecer el encuentro sexual	140
4.6.7 Creencias y temores de la DM2 asociadas a la vida sexual	141
4.6.7.1 Temores de la pareja en la vida sexual sobre el diagnóstico de DM2	142
4.7 Autopercepción de padecer disfunción eréctil	142
4.7.1 Negación ante la posibilidad de percibirse con Disfunción Eréctil	143
4.7.2 Disfunción Eréctil aceptada como consecuencia de DM2	144

4.7.3 Disfunción eréctil y su impacto en la vida en pareja	145
4.7.4 Excusas en la relación sexual ante los cambios percibidos por la pareja	146
4.8 Ideal de vida sexual	147
5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	160
6. CONCLUSIÓN	162
7. PROPUESTAS	164
8. BIBLIOGRAFÍA	

1.RESUMEN

La Diabetes Mellitus Tipo II es una enfermedad crónico-degenerativa que deriva de un desequilibrio metabólico en la segregación de insulina en el organismo, sus causas son a partir de hábitos poco saludables. Las consecuencias de este padecimiento son orgánicas y psicológicas en los diferentes ámbitos de la vida de la persona de quien la padece, dentro de ello está la vida sexual de los diabéticos. La presente investigación tuvo como principal objetivo analizar los significados que los hombres le atribuyen a las complicaciones médicas que impactan su vida sexual y conocer las habilidades de afrontamiento que asumen ante ello. Se utilizó la metodología cualitativa la cual permitió la entrevista con 10 varones mayores de 30 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II, posterior a las entrevistas se llevó a cabo la transcripción de las mismas lo cual permitió la elaboración de categorías para el orden y análisis de la información. Los resultados obtenidos mostraron que en el proceso de salud-enfermedad en los pacientes diabéticos tiene un impacto emocional y en los hábitos alimenticios previos a la noticia, para ello las estrategias empleadas por los participantes se centraron en la emoción donde no hay acciones concretas para su control, en este mismo sentido los participantes que indicaron cambios en su vida sexual después de conocer su diagnóstico estuvieron en función de la disminución de la frecuencia de los encuentros sexuales lo cual fue atribuido a factores como la edad o el cansancio y que esto no lo atribuyen a la enfermedad misma. Las estrategias de afrontamiento empleadas por los participantes ante los cambios en su vida sexual fueron la minimización, evitación y excusas ante los encuentros sexuales. Se concluye que la mayoría de los varones diabéticos no se asumen como enfermos y ante la presencia de disfunciones sexuales como la Disfunción Eréctil no es aceptado como un padecimiento agregando que aun con los cambios percibidos no consideran que ello impacte de manera desfavorable su vida sexual.

Palabras clave: Diabetes Mellitus Tipo II, vida sexual, varones, complicaciones crónicas.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 Psicología de la Salud.

Desde tiempos remotos se ha tenido una preocupación inminente por la supervivencia del ser humano, la historia es testigo de los cambios que sufre el contexto en que nos desenvolvemos y a su vez cambia nuestro modo de percibir dicho contexto. Concebir la salud en el ser humano, evidentemente no se puede estudiar en aislado al concepto de enfermedad, entonces se puede denominar como un proceso de salud-enfermedad. Pero cabría resaltar cómo distintos autores definen cada concepto, Cardozo y Rondón (2014) establecen que la salud es el estado completo de bienestar físico, mental y social no precisamente acotando la ausencia de enfermedad. Siendo un tanto más específicos, en México dicho proceso de salud-enfermedad resalta severas preocupaciones, pues Sánchez (1998) menciona que a través del tiempo el no combatir las enfermedades infecciosas y el rápido surgimiento de padecimientos crónico degenerativos denota en fuertes implicaciones sociales, tales como la creciente demanda de atención en el sector salud, el carente acceso al servicio y medicamentos, la herencia, nutrición y la poca atención que se le otorga a la interacción que tiene el ser humano con su entorno, precisamente de ahí deriva la importancia de incluir en dicho proceso la participación de la psicología de la salud destacando la determinante influencia de factores psicológicos en la persona, aunado a las afectaciones físicas y fisiológicas.

Sería pertinente destacar que la psicología de la salud es una de las áreas más jóvenes en cuanto a investigación e intervención, Reynoso y Seligson (2002) mencionan que su origen data de 1969, lo cual resulta curioso y hasta cierto punto impactante que, siendo la salud una de las mayores preocupaciones del ser humano desde tiempos muy remotos tal y como lo mencioné al principio, haya surgido su interés dentro del mundo científico cerca de la década de los 70's, muy probablemente la historia nos permite fundamentar que si efectivamente existía un interés es porque estaba delimitado al campo tanto de la medicina respaldado por su modelo biomédico

para tratar a los pacientes o bien, en lugares poco civilizados la prevalencia de la cura de enfermedades por medio de prácticas en manos de curanderos u otras creencias.

Reynoso y Seligson (2002) señalan que México ha pasado por varios procedimientos en torno a la salud, en un primer momento se tenía cierta preocupación por el bienestar de los individuos por medio de actividades como inspección de alimentos y control de plagas, posteriormente se perfiló el interés por la vacunación de la población para combatir enfermedades transmisibles, pero con el surgimiento de las enfermedades crónico-degenerativas sería imposible intentar contrarrestarlas con las vacunas, o con el control de plagas, de ahí la importancia de la prevención, pero ¿cómo?, en la actualidad y con el surgimiento de la psicología de la salud desde hace unas décadas se centra en que las personas realicen acciones por sí mismos y para ellos mismos, lo cual se requiere de estrategias para generar cambios y nuevos aprendizajes que se mantengan a lo largo de la vida de las personas en pro de su bienestar.

Ahora bien, el ámbito de la salud y su campo profesional tan limitado al modelo biomédico evitaba hasta cierto punto que campos como la psicología tuviera participación; sin embargo, cuando comenzó a tener presencia en dicho ámbito, no podía hacerlo desde la misma visión que la medicina (modelo biomédico), por esa razón Cardozo y Rondón (2014) señalan que la psicología de la salud tiene su fundamento en el modelo biopsicosocial donde no solo plantea una explicación de las enfermedades en términos físicos, sino que incluye los factores sociales, culturales y psicológicos. Se entiende lo anterior como parte de una explicación integral del individuo en relación con su ambiente.

La participación del psicólogo de la salud pretende tener esta visión integral para incidir en distintos ámbitos relacionados al proceso salud-enfermedad, es decir, desde nivel preventivo, mantenimiento, promoción de la salud hasta el acompañamiento con pacientes terminales; sin embargo la investigación en este ámbito es primordial, Becoña y Vázquez (2000) mencionan que los conocimientos aportados por parte de la investigación en psicología de la salud permiten sustentar su aplicación en la clínica y en otros ámbitos.

2.2 Perspectiva de Género.

En este enfoque se ven implicadas varias disciplinas las cuales han intentado explicar varios fenómenos histórico-culturales, lo cual ha resultado ser viable, sin embargo el enfoque acota diversos conceptos los cuales son primordiales definir, en primera instancia el género se ha entendido de diferentes maneras y hasta se ha igualado al término sexo, este último debe ser referido exclusivamente a las diferencias genitales entre hombres y mujeres.

Para definir género es necesario retomar esta visión integral del ser humano y su relación con su ambiente, no se trata de una relación estática ni ahistórica, por el contrario, el género es la construcción de dichas relaciones que están en constante cambio, dando lugar a una producción de normas culturales y sociales del “deber ser” y la regulación del comportamiento tanto de mujeres como de hombres. La cuestión radica en que dicha construcción es evidentemente excluyente en mujeres y hombres, resaltando atributos biológicos y naturales. Entonces cuando se piensa el género en términos biológicos y estáticos, se tiene esta creencia falsa del término, Lagarde (1995) menciona que la desigualdad entre mujeres y hombres y la opresión de género se ha sustentado precisamente en la prevalencia de mitos e ideologías dogmáticas que a pesar de ser natural es ahistórico.

Desde una explicación más descriptiva, Burin y Meler (2009) definen género como una red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, conductas y actividades, que a su vez también son resultado de la creencia sobre el “deber ser” pero no podemos dejar de lado que son producto de un largo proceso histórico que no solo marca desigualdades sino que destaca jerarquías en ambos géneros.

Como parte de los antecedentes sobre los estudios de género están hechos histórico-sociales como la Revolución Francesa y sus ideales de “Libertad, Igualdad y Fraternidad” y la Revolución Industrial aunque se crea que este último solo tuvo un impacto económico, también tuvo efectos en la constitución de la subjetividad de las personas en esa época.

Burin y Meler (2009) agregan la Segunda Guerra Mundial como un suceso que impulsó los movimientos en contra de la discriminación racial,

religiosa y sexual. Cerca de la década de los 60's surgen otras protestas sociales en Estados Unidos que atacan el autoritarismo, dentro los mismos surgen los movimientos feministas los cuales tuvieron grandes logros, uno de ellos fue romper con el mito sobre la indestructible relación de la sexualidad femenina con la maternidad.

Fonseca y Quintero (2008) señalan que los estudios de género se caracterizan por investigar las relaciones de poder y su significado con el ámbito público y privado en las diferentes instituciones sociales como la familia, el Estado y el trabajo. En este sentido, cobra importancia la cultura, Lagarde (1997) la define como el resultado de acción de la relación de los seres humanos entre ellos mismos en su acción sobre la naturaleza y sobre la sociedad que se construye históricamente, Lagarde (1997) menciona que tener la capacidad de analizar la propia cultura permite despojarla de su carácter natural.

De acuerdo con lo anterior, asumimos al igual que Montesinos (2002) que la feminidad y la masculinidad son construcciones socio-culturales y transhistóricas.

Los individuos van construyendo su condición genérica de manera distinta, en el caso de las mujeres se cree que por "instinto" su participación se encuentra subordinada a la de los hombres, su sexualidad está indiscutiblemente ligada a la maternidad y a la vida doméstica en el ámbito privado. Por el contrario, en el caso de los hombres se ha construido su condición genérica en función de la vida en el ámbito público, es decir, tener la capacidad y el derecho de participar abiertamente en el trabajo, la política y la sociedad.

La masculinidad es un término que se encuentra asociado históricamente con características de poder y participación, fuerza, control, autonomía, liderazgo tanto en el ámbito público como privado. De acuerdo con una aproximación profeminista, la masculinidad se manifiesta como un conjunto de prácticas sociales culturales, políticas, económicas e históricas mediante las cuales los hombres se identifican y se apropian de todos estos atributos (García, 2008; citado en: Fonseca y Quintero, 2008).

Diversos estudios, principalmente aquellos con una base feminista se caracterizan por tener una visión crítica de las relaciones sociales entre

hombres y mujeres, Cazés (1998) afirma que es inevitablemente necesario analizar cuestiones sobre las masculinidades sin dejar de lado las bases de estudios feministas. Pero, ¿bajo qué tipo de feminismo es realmente pertinente abordar el tema de las masculinidades y sexualidad? considerando la existencia de dos corrientes feministas polarizadas (feminismo de la igualdad y feminismo de la diferencia) y que en evidencia la base ideológica de cada una de ellas es distinta ya que, aquella que propone la igualdad no se cuestiona la participación del hombre en los trabajos domésticos, por el contrario, defiende solo la participación de la mujer en los ámbitos “masculinos” (Montesinos, 2002) considerados como de “éxito en la vida pública”, mientras que el feminismo de la diferencia busca reivindicar lo femenino y hacer una deconstrucción del mismo. Lo esencial de este tipo de feminismo, en lo cual hago énfasis es que argumenta un reconocimiento de las diferencias estrictamente sexuales. Esto significa que es casi imposible pensar en una “igualdad” cuando se puede asumir diferencias pero ser muy claros al señalar que éstas son parte de la biología de hombres y mujeres, mientras que el resto de las “diferencias” se han construido a través de la historia y la cultura bajo ciertas representaciones simbólicas en sociedad.

2.3 Sexualidad desde la perspectiva de género.

Así como la perspectiva de género está rodeada de mitos y creencias en torno al “deber ser”, inevitablemente esta construcción tiene una fuerte influencia en la sexualidad tanto en hombres como en mujeres, la cual no podemos olvidar que también está plagada de mitos e ideologías las cuales generan “tabúes” que se transmiten de generación en generación mientras no se presente un cambio.

Se ha definido “sexualidad” tomando en cuenta diferentes dimensiones bio-psico-sociales y reproductivas, donde las funciones fisiológicas permiten la reproducción, la implicación de procesos cognitivos como pensamientos, emociones, sentimientos, sensaciones y conductas que median el deseo, placer y la satisfacción. En este mismo sentido, la salud sexual ha sido definido por la Organización Mundial de Salud como “El estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación a la sexualidad así como la posibilidad

de obtener experiencias placenteras y seguras” (Como se citó en: Antona, 2013).

La condición genérica de hombres y mujeres tiene un impacto en su sexualidad ejercida, en el caso de los hombres se le han dado grandes atributos al acto sexual y su capacidad viril, la sociedad no recrimina que tengan múltiples parejas por lo menos antes del matrimonio, la libertad que la misma sociedad ha construido es más abierta en comparación con la manera en que las mujeres viven su sexualidad. De acuerdo con Szasz (1998) afirma que los varones inician su actividad coital heterosexual a edad más temprana y con un número más variado de prácticas sexuales; sin embargo la sexualidad masculina no aparece como expresión única del erotismo sino como una de las principales formas de reafirmación de la masculinidad donde la sociedad es una fuerte influencia.

Evidentemente la satisfacción sexual no se vive de la misma manera, se ha atribuido a las mujeres cierto grado de romanticismo, mientras que en los hombres se ha sobrevalorado otras características como el liderazgo en la vida sexual tanto propia como de sus parejas, Martínez (2002) agrega otra característica relacionada con la sexualidad masculina, es el machismo como una de las formas de violencia masculina más popularizada y que no es solamente dirigida hacia la mujer, ya que es también dirigida al hombre mismo cuando éste interactúa con otros varones y entre sí buscan la legitimación que les “permite” asumirse como hombres ante la sociedad.

En este mismo sentido, la relación sexual no se limita propiamente al coito, ya que autores como Martínez (2002) le atribuye importancia al erotismo ya que menciona que hace de la sexualidad humana como algo que va más allá de la reproducción puesto que su único fin es el placer; sin embargo no podemos dejar de lado como de manera histórica se han construido ideas en torno a este constructo.

De acuerdo con autores como Mimoun y Chaby (2004) señalan que para el ser humano es importante la actividad sexual ya que en el hombre dicha actividad constante intensifica la secreción de testosteronemia, mientras que el estrés, las enfermedades crónicas o la disminución de la actividad sexual la reducen.

Los trastornos sexuales que generalmente se presentan en hombres son la disfunción eréctil, la cual se define como la incapacidad persistente para obtener o mantener una erección durante la relación sexual que provoca malestar o dificultades de relación interpersonal (Antona, 2013). Su etiología no siempre es la misma ya que puede tener un origen orgánico o bien, puede ser psicogénica. En el caso de ser orgánica puede ser consecuencia de enfermedades crónico-degenerativas; sin embargo Mimoun y Chaby (2004) afirman algo fundamental, independientemente del origen que tenga la disfunción eréctil, ésta tendrá repercusiones psicológicas en los pacientes, tales como sentimientos de angustia, devaluación de sí mismo, depresión y temor al fracaso en el acto sexual. De acuerdo con lo anterior, es posible señalar que los sentimientos y emociones que los hombres llegan a experimentar cuando tienen dificultades para obtener una erección pueden ser muy variables, lo cual puede generar una búsqueda inminente de recursos para lograr su objetivo o bien, puede suceder que opten por postergar su vida sexual y una pérdida de interés por la actividad sexual.

Esto hace referencia a que no se tiene una práctica saludable como lo es asistir con el médico general y posteriormente con el especialista cuando se presentan este tipo de disfunciones sexuales en los varones, tal como lo afirman Vinaccia, Fernández, Sierra, Monsalve y Cano (2005) en un estudio publicado sobre la hiperplasia prostática benigna no es común que los hombres asistan de manera periódica al urólogo de la manera en que las mujeres asisten al ginecólogo. Por lo que las creencias asociadas solo logran que el paciente postergue la visita a menos que las molestias sean cada vez más evidentes o que la enfermedad se encuentre muy avanzada. Por supuesto que cabe la posibilidad de que dicha resistencia no solo es por parte del paciente sino que también el personal de salud ha dejado de lado la atención primaria en cuanto a problemas en la vida sexual, puesto que autores como Jara, Lledó, Alonso, Ogaya y Hernández (2010) afirman que el personal de salud tiene la creencia de que no se tienen los conocimientos teóricos necesarios para proporcionar información precisa sobre sexualidad. En este mismo sentido, Vinaccia et al. (2005) otorgan importancia a las creencias de los varones en torno a su vida sexual, definen el concepto así:

“Las creencias se forman a partir de las ideas que se confirman o se cree confirmar a través de la propia experiencia personal; sin embargo se desarrollan, se transmiten y se mantienen a través de la experiencia del grupo social que la practica” (pp. 11).

En un estudio de Vinaccia, Fernández, Sierra, Monsalve y Quiceno (2007) diseñaron un cuestionario psicométrico para evaluar las creencias, actitudes y conocimientos asociados a la hiperplasia prostática benigna, por lo que encontraron que entre el 41% y el 71% de los participantes de entre 35 y 65 años consideraron que dicho padecimiento no afectaba su función sexual como mantener una erección, deseo y potencia sexual; sin embargo los autores afirman que estas creencias se encuentran permeadas por cierto grado de machismo donde se cree que el hombre “no debe” de sentir dolor ni enfermarse.

Efectivamente son variadas las dificultades que los varones pueden llegar a presentar en su vida sexual, sin embargo la disfunción sexual no es un concepto estático, Jara et. al. (2010) señalan que en ello pueden intervenir factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de la disfunción y que en evidencia el impacto psicológico es de suma importancia ya que por ejemplo la disfunción sexual se puede llegar a interpretar por la pareja como una falta de interés sexual, la comunicación en este caso es un aspecto clave para superar este tipo de dificultades.

De la misma manera las disfunciones se pueden presentar en cualquiera de las fases de la respuesta sexual ya sea en su inicio, en la fase de excitación (para lograr una erección), en la fase de meseta (para mantener una erección), en la fase del orgasmo y en la de resolución (Masters y Johnson, 1978).

2.4 Proceso salud-enfermedad relacionado con Diabetes Mellitus Tipo II (DM2).

Mientras que el individuo se encuentre en un estado saludable a nivel físico, fisiológico y psicológico hay una alta probabilidad de que tenga una calidad de vida sexual satisfactoria, pero ¿qué sucede cuando se presenta una enfermedad?, son muchos factores los que pueden propiciar que hombres y

mujeres no ejerzan de manera satisfactoria su vida sexual y uno de ellos es la presencia de enfermedades crónico-degenerativas y metabólicas, las cuales se caracterizan por no ser transmisibles ni curables, lo cual solo es posible controlarlas; sin embargo pueden ser prevenidas, cuando se diagnostica a una persona, ésta tiene que aprender a vivir con ello, modificando las prácticas que provocaron dicha enfermedad y cambiarlas por prácticas en pro de la vida saludable. De las disfunciones sexuales masculinas que se presentan con mayor frecuencia son la Disfunción Eréctil, que se ha asociado a enfermedades como la Diabetes Mellitus Tipo II (DM2), Hipertensión Arterial y la condición de sobrepeso u obesidad. Prueba de ello fue un estudio realizado por Pavía, Lope y Vera (2012) quienes evaluaron a 228 varones mayores de 40 años con DM2, Hipertensión Arterial y obesidad, para ello conformaron grupos de acuerdo a la patología y aplicaron el cuestionario estandarizado *Sexual Health Inventory for Men* (IIEF-5) con la finalidad de determinar la prevalencia de Disfunción Eréctil, encontraron que la prevalencia en los varones con Hipertensión Arterial fue de 48%, los del grupo con Obesidad fue de 51% mientras que en el caso del grupo de DM2 fue del 69% siendo este último con el mayor porcentaje en comparación con los otros dos grupos.

En el caso de la DM2, es en la actualidad una de las enfermedades crónico-degenerativas con mayor prevalencia en el mundo, la OMS y la Federación Internacional de Diabetes (FID) han realizado numerosas investigaciones respecto a la epidemiología de esta enfermedad, se estima que a finales de 2013 se diagnosticó a 382 millones de personas de entre 20 y 79 años con Diabetes Mellitus Tipo II y que por lo menos el 80% de la población diabética mundial pertenece a los países del tercer mundo, siendo los más subdesarrollados a nivel económico y social, por ende no cuentan con los recursos necesarios para controlar su prevalencia (Mora, 2014).

De manera general, se estima que países como la India, países africanos y América Central destacan en este aspecto, Europa es el continente que menores cifras ha presentado al respecto.

Sin embargo es importante señalar que en México se han realizado estudios enfocados a detectar las cifras estadísticas de las personas que padecen DM2, tal es el caso de Hernández, Gutiérrez y Reynoso (2013) quienes realizaron un estudio donde por medio de la aplicación de la Encuesta

Nacional de Salud y Nutrición (2012) (ENSANUT) se detectó que para el año 2012 el estado de Nuevo León cuenta con el mayor número de mujeres con DM2 con un porcentaje de 15.5% seguido de Tamaulipas (12.8%) y Distrito Federal (11.9%), mientras que el mayor número de hombres con el diagnóstico se presentó en el Distrito Federal (12.7%), Estado de México (11.5%) y Veracruz (10.7%). En total de la población mexicana se encontró que el 9.17% tienen un diagnóstico de diabetes, lo cual significa que son cerca de 6.4 millones de personas (tanto hombres como mujeres).

En medida que las cifras aumentan y de acuerdo con el Boletín Epidemiológico (2016) del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud es el Estado de México quien encabeza en el año en curso el mayor número de casos de DM2 siendo una cifra de 18,848 nuevos casos en mujeres y 13,852 en varones; la Ciudad de México ocupa el segundo lugar con 10,426 en mujeres y 7,346 en varones, mientras que el tercer estado con mayor número de casos de DM2 es Jalisco con una prevalencia en mujeres de 6,689 y 8,673 en varones.

Las principales causas que la provocan es el deficiente funcionamiento del páncreas cuando deja de segregar insulina, sustancia que se encarga de regular los niveles de glucosa en el organismo y mantener un equilibrio en el control de nutrientes, una de las desventajas por parte de dicho padecimiento es que su diagnóstico puede llegar a ser tardío debido a que en un inicio es asintomática además reduce la esperanza de vida de 5 a 10 años en México (Hernández, Gutiérrez y Reynoso, 2013).

Esta enfermedad se presenta con mayor prevalencia en personas con sobrepeso u obesidad, es posible destacar que una alimentación deficiente en nutrientes y rica en carbohidratos provoca altos niveles de glucosa en el organismo, aunado a la deficiente segregación de insulina, entonces es cuando se denomina que el diagnóstico es DM2, Erazo y Gormaz (2013) además enfatiza que como parte de las práctica no saludables se encuentra el consumo de sustancias nocivas para el organismo como lo es el consumo de tabaco que en su defecto ha demostrado la reducción de la sensibilidad del organismo a la insulina siendo esto una de los principales mecanismos desencadenantes del desarrollo de DM2.

Almeida y Rivas (2008) agregan que a esto anterior se le denomina desequilibrio metabólico; sin embargo el conjunto de síntomas que se desencadenan a puesta del diagnóstico son: resequedad en la piel e hipersensibilidad, cambios repentinos de estado de ánimo a causa de los extremos niveles de glucosa, pérdida repentina de peso y disfunción eréctil en hombres.

Como parte de las indicaciones médicas, Reyes, Pérez, Figueredo, Ramírez y Jiménez (2016) resaltan que uno de los principales objetivos dentro del tratamiento médico es mantener al paciente libre de síntomas y signos relacionados con la hiperglicemia, para ello es necesaria la ingesta de medicamentos donde cada uno tiene una finalidad. Aquellos que tienen el objetivo de aumentar la secreción de insulina independiente del nivel de glucosa son la Glibenclamida, Glicazida y Glipizida, mientras que otros como la Metformina disminuyen la insulino-resistencia.

Debido a que dicha enfermedad es de carácter degenerativo, es importante modificar todo aquello que esté propiciando el avance de la DM2 como la dieta y actividad física, no obstante cuando estos cambios no son llevados a cabo por el paciente sin apoyo de los familiares es cuando hay una alta probabilidad de que se desarrollen mayores complicaciones como: falta de apetito, pérdida súbita de peso generando desnutrición, complicaciones cardiovasculares las cuales provocan la presencia de la necrobiosis en alguna de las extremidades del cuerpo y la insuficiencia renal la cual puede desencadenar que el paciente tenga dificultades al orinar, tenga presencia de edemas y ya en una situación crónica requiere de otros procedimientos como la diálisis peritoneal y hemodiálisis, entre otros.

La DM2 es parte de todo el proceso salud-enfermedad, donde es muy probable la presencia de consecuencias psicológicas como depresión ante el diagnóstico, poca adherencia al tratamiento, baja autoestima y pasar a segundo término su vida sexual debido a los cambios físicos y fisiológicos como resultado de la enfermedad.

En este sentido, Ledón (2012) afirma que generalmente la DM2 es interpretada bajo creencias polarizadas donde en un extremo se desestima su impacto en el organismo por la presencia de consecuencias a largo plazo y no de manera inmediata y visibles, mientras que en el otro extremo de creencias

puede asociarse a sus complicaciones más graves como ceguera, insuficiencia renal o amputación de extremidades, donde cualquiera de los dos polos no genera un interés y compromiso necesario para la atención médica y de control de salud.

Sin embargo el momento crítico que implica el recibimiento de la noticia no es el único en el proceso de desarrollo de la DM2, pues posteriormente puede presentarse la descompensación metabólica con cambios físicos aparentes en los pacientes como la pérdida de peso y la aparición de complicaciones crónicas, señaladas así como segundo y tercer momento crítico respectivamente.

Con relación a la vida sexual del varón con DM2, se puede presentar la disfunción eréctil la cual es parte de las consecuencias de la misma enfermedad crónico-degenerativa ya que tiene como base una alteración neurológica, vascular o una combinación de ambas. Sin embargo las consecuencias psicológicas que trae consigo son importantes, pues Juárez, Pimentel y Morales (2009) afirman que se desencadena en el paciente manifestaciones como el deterioro de la autoimagen, baja autoestima debido a la propia percepción de incapacidad para lograr una erección, se suelen presentar actitudes de sumisión, conformismo, timidez, deseo sexual hipoactivo y ansiedad sexual.

2.5 Estrategias de Afrontamiento.

En este sentido, aunado a las consecuencias psicológicas que suelen presentarse en el individuo desde el momento en que tiene conocimiento y/o confirmación del diagnóstico, la persona como agente activo ante su entorno, tiende a afrontar de una u otras maneras la enfermedad, de ahí la importancia de las estrategias de afrontamiento, que son definidas por Macías, Madariaga, Valle y Zambrano (2013) como aquellos recursos psicológicos que la persona pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes; sin embargo es importante señalar que el afrontamiento no es sinónimo de éxito y que pueden darse diversas variaciones al respecto.

Se pueden distinguir dos tipos de afrontamientos: el individual y el familiar, donde en ambos casos implican esfuerzos comportamentales y/o

cognitivos orientados a manejar la situación; sin embargo señalaré sólo el primer caso, el afrontamiento individual se refiere a la forma en que el individuo maneja situaciones que le pueden generar estrés con las que busca tolerar, minimizar, aceptar o ignorar aquello que sobrepasa sus capacidades o bien, resignificando la situación a través de acciones, pensamientos, afectos y emociones.

Existen dos direcciones sobre el afrontamiento individual, aquel dirigido a la emoción y otro dirigido al problema. En el primer caso, el individuo a partir de una evaluación en la que se percata que no puede hacer nada para modificar las condiciones amenazantes del entorno, entonces recurre a procesos cognitivos para disminuir la alteración emocional como la evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y extracción de valores positivos de los sucesos negativos (Lazarus y Folkman, 1986; Como se citó en: Macías, Madariaga, Valle y Zambrano, 2013). En el caso del afrontamiento dirigido al problema, el individuo considera que es posible darle una solución a la situación, o bien, toma en cuenta varias opciones para resolverlo.

Otros artículos señalan que el afrontamiento individual puede dirigirse a una vertiente más, es decir, hacia la valoración, que se refiere al significado que la persona le otorga al suceso. Si bien siendo 3 las direcciones que se acotan según los autores, en cada una de ellas se pueden presentar estrategias de carácter funcional o disfuncional.

Existen otros tipos de procesos donde la persona busca incrementar el trastorno emocional y luego dar una solución, es decir, el individuo necesita sentirse realmente mal antes de buscar sentirse mejor y generalmente se ha encontrado que este tipo de estrategias son usuales en personas con problemas de salud física. Con relación a la Diabetes Mellitus Tipo II como una enfermedad que se afronta en un principio solo como etiqueta y tiempo después como una serie de síntomas a nivel fisiológico, se han hecho estudios destacando la importancia que tiene determinar las estrategias de afrontamiento de estos pacientes, tal es el caso de Almeida y Rivas (2008) quienes en su estudio sobre el afrontamiento de la Diabetes Mellitus Tipo II se hace énfasis en el impacto emocional y conductual en pacientes diabéticos a

causa de dos aspectos: el hecho de tener que asumir una enfermedad que no tiene cura y lo otro, que tiene que modificar su comportamiento con el propósito de sobrellevar saludablemente las situaciones que se le presenten. Trabajaron con 50 personas tanto hombres como mujeres en edades comprendidas de 20 a 59 años de edad. Se aplicaron los siguientes instrumentos: Cédula de datos sociodemográficos y clínicos y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (IEA), el cual consta de 40 ítems con escala tipo Likert con 8 subescalas: Resolución de problemas, Reestructuración cognitiva, Apoyo social, Expresión emocional, Evitación de problemas, Pensamiento desiderativo, Retirada emocional y Autocrítica. Los resultados que reportaron fueron que en general el 48% utiliza estrategias de afrontamiento adecuadas como la reestructuración cognitiva, mientras que el 52% utilizan estrategias inadecuadas como autocrítica, pensamientos desiderativos (deseo de no padecer la enfermedad) y aislamiento social.

Con el estudio anterior se puede notar como los porcentajes permiten tener un aproximado sobre los tipos de afrontamiento que los pacientes de DM2 utilizan en mayor medida; sin embargo considero que para profundizar en el afrontamiento de la enfermedad relacionado a su vida sexual es pertinente manejar una manera distinta de recuperar datos específicos.

2.6 Planteamiento del problema.

La satisfacción sexual es un factor, tal vez, no determinante, pero sí influyente en que la persona tenga un bienestar a nivel físico y psicológico, sin embargo con la presencia de una enfermedad como la diabetes la satisfacción sexual se puede ver afectada. Retomando la condición genérica del género masculino y cuando las expectativas en la vida sexual se ven fragmentadas, es muy probable que no se tenga las habilidades de afrontamiento tanto de la enfermedad como de las afectaciones a nivel psicológico ante las consecuencias en la vida sexual específicamente en hombres.

2.6.1 Preguntas de investigación:

1.- ¿Cuáles son los significados que los hombres le atribuyen a las distintas complicaciones médicas de la Diabetes Mellitus Tipo II (DM2)?

2.- ¿Cuáles son las complicaciones médicas de la Diabetes Mellitus Tipo II (DM2) que han tenido un impacto en su vida sexual?

3.- ¿Qué habilidades de afrontamiento tienen ante las complicaciones que impactan su vida sexual?

4.- ¿De qué manera la construcción social masculina influencia los significados atribuidos a las complicaciones médicas de Diabetes Mellitus Tipo II (DM2) que impactan su vida sexual?

2.6.2 Objetivo General:

Analizar los significados que los hombres le atribuyen a las complicaciones médicas que impactan su vida sexual y conocer las habilidades de afrontamiento que asumen ante ello.

2.6.3 Objetivos Específicos:

Conocer los significados que los hombres le atribuyen a las distintas complicaciones médicas de la Diabetes Mellitus Tipo II (DM2).

Indagar en los significados que los hombres le atribuyen a aquellas complicaciones que ellos consideran que tienen un impacto en su vida sexual.

Analizar las habilidades de afrontamiento que los hombres asumen ante el impacto de las complicaciones médicas con su vida sexual.

Fundamentar la influencia de la construcción social masculina con relación a los significados atribuidos a las complicaciones médicas de Diabetes Mellitus Tipo II (DM2) que impactan su vida sexual.

2.6.4 Hipótesis:

1.- Los hombres con Diabetes Mellitus Tipo II (DM2) le atribuirán significados a las complicaciones médicas con relación a su construcción social masculina.

2.- Los hombres con Diabetes Mellitus Tipo II (DM2) no aceptarán que las complicaciones médicas de su condición impactan su vida sexual.

2.6.5 Justificación

La DM2 es un padecimiento que si bien, no se puede “curar” como tal, es posible generar mayor participación por parte del sector salud a nivel preventivo y de adherencia al tratamiento. La reanudación de la vida sexual cuando se tiene una enfermedad crónico-degenerativa es primordial ya que es una de las áreas en el sector salud que menor atención se le brinda ya sea por prejuicios, miedo o temor por parte del paciente y/o por otorgar una mayor atención a otros padecimientos de mayor gravedad a nivel orgánico que se desarrollan a consecuencia de la misma enfermedad crónica.

3. METODOLOGÍA

En las ciencias sociales han prevalecido dos perspectivas teóricas principales: el positivismo y la fenomenología, ésta última busca entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor, examina el modo en que se experimenta el mundo y la realidad que importa es lo que las personas perciben como importante (Taylor y Bogdan, 1986).

La metodología cualitativa se caracteriza por tener una visión holística de los fenómenos, sin embargo los métodos utilizados son muy variados como la observación participante y los distintos tipos de entrevistas mediante los cuales se busca la comprensión. Las ventajas de la metodología cualitativa destacan la importancia de ser una investigación flexible y el fenómeno no se reduce a variables. Otro aspecto importante es el hecho de que la metodología permite estudiar a las personas en función de su contexto actual y del pasado para lograr una comprensión más amplia.

De acuerdo con Taylor y Bogdan (1986) señalan que los métodos utilizados dentro de la investigación cualitativa no son igualmente adecuados para todos los fines, es decir, el investigador tiene la libertad de elegir su método tomando en cuenta los intereses que sigue la investigación, las circunstancias del escenario y de la población con la cual se pretende trabajar. En este sentido, las entrevistas son una herramienta dentro de la investigación cualitativa que permite recabar datos donde la intención no es solo hacer preguntas sobre los aspectos de interés para el investigador, sino que, también es importante comprender el lenguaje de los participantes, Troncoso y Daniele (2003) realizaron un estudio donde destacan el uso práctico de las entrevistas semiestructuradas, ya que no se trata de una lista de preguntas, por el contrario, se realizan mediante el planteamiento de ejes que fungen como elementos guía para la formulación de las preguntas.

Participantes. 10 Varones mayores de 30 años.

Criterios de inclusión: Tener diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II.

Escenario.

Se acordó con cada uno de los participantes.

Instrumentos.

Guía temática de Entrevista Semiestructurada.

Materiales.

Aplicación de Grabadora de audio de teléfono móvil Modelo iPhone 4

Consentimiento Informado

Equipo de cómputo para la transcripción y procesamiento de la información.

Procedimiento.

Se realizó el contacto con los participantes mediante la técnica de bola de nieve. Posteriormente se realizó la negociación y firma del consentimiento informado para preservar el anonimato de los participantes y la confidencialidad de la información, los participantes eligieron un pseudónimo y con cada uno se acordaron las fechas, horarios y diferentes lugares en los que se llevaron a cabo las entrevistas. Una vez llevado a cabo el trabajo de campo se procedió a la transcripción literal de cada una de las entrevistas. Por motivos de disposición por parte de los participantes, con algunos se llevaron a cabo 2 entrevistas y con otros solo fue una, dentro de las cuales fue posible cubrir toda la guía temática. (ver Tabla 1).

Para la presentación de los resultados se utilizó primero la técnica Arcoíris (Taylor y Bogdan, 1989) para la identificación de temas y subtemas en los contenidos de las entrevistas, se procedió a la categorización y la codificación de la información. Posteriormente se describieron los hallazgos obtenidos en cada una de las categorías y se ejemplificó con las citas textuales de los participantes.

Para el análisis y discusión se consideraron las mismas categorías y subcategorías donde se analizaron, finalmente se realizaron las conclusiones y propuestas.

Tabla 1.
Control de Entrevistas

PSEUDÓNIMO	ENTREVISTAS	PÁGINAS	DURACIÓN	LUGAR	CONTACTO
Aníbal (A)	Entrevista 1 (E1) Entrevista 2 (E2)	1-27 páginas 1-7 páginas	E1: 1 hora 48 min. E2: 25 min.	Casa de la pareja del participante	Vía telefónica
El 5to Fantástico (5to)	Entrevista 1 (E1)	1-16 páginas	E1: 55 min.	Parque en metro Tacubaya	Chat
Messie (M)	Entrevista 1 (E1) Entrevista 2 (E2)	1-10 páginas 1-5 páginas	E1: 27 min. E2: 17 min.	Casa del participante	En persona
Negrito (N)	Entrevista 1 (E1)	1-14 páginas	E1: 42 min.	Casa de un familiar del participante	Chat
Sr. Mayo (Ma)	Entrevista 1 (E1)	1-21 páginas	E1: 1 hora 30 min.	Casa de un familiar del participante	Chat
Jack (J)	Entrevista 1 (E1)	1-17 páginas	E1: 48 min.	Cafetería de una Empresa	Chat
Carlos (C)	Entrevista 1 (E1)	1-27 páginas	E1: 2 horas 46 min. E2:	Casa de la investigadora	Mensaje de texto
Jorge (Jo)	Entrevista 1 (E1)	1-14 páginas	E1: 1 hora 14 min.	Casa del participante	En persona
Yovanni (Y)	Entrevista 1 (E1)	1-10 páginas	E1: 36 min	Casa del participante	En persona
Víctor (V)	Entrevista 1 (E1)	1-17 páginas	E1: 1 hora 46 min.	Casa de la investigadora	Contacto de su esposa

4. RESULTADOS

4.1 Datos sociodemográficos

Se entrevistaron 10 varones donde el rango de edad fue de los 46 años hasta la edad de 68 años. Nueve de los participantes comentaron estar casados y sólo Carlos dijo vivir en unión libre. De acuerdo con el nivel académico, sólo un participante tiene estudios de posgrado en Diseño Gráfico (Jack), 2 tienen licenciatura (Aníbal y el 5° Fantástico), 2 cuentan con el nivel medio superior (Carlos y Negrito) y 5 de ellos tienen la secundaria (Messie, Señor Mayo, Jorge, Yovanni y Víctor). En cuanto a la ocupación actual, 6 participantes se dedican a diferentes oficios, 2 son jubilados (Aníbal y Señor Mayo) y uno está desempleado (Yovanni). (ver Tabla 2).

Tabla 2.

Datos sociodemográficos de los participantes.

PSEUDÓNIMO	EDA D	OCUPACIÓN	NIVEL ACADÉMICO	ESTADO CIVIL
ANIBAL	59 AÑOS	JUBILADO Y PENSIONADO	LICENCIATURA EN DISEÑO INDUSTRIAL	DIVORCIAD O Y CON PAREJA ACTUAL
EL 5° FANTÁSTICO	52 AÑOS	TAXISTA	LICENCIATURA TRUNCA EN ARQUITECTUR A	CASADO
MESSIE	48 AÑOS	MECÁNICO	SECUNDARIA	CASADO
NEGRITO	54 AÑOS	ENTRENADOR DEPORTIVO	PREPARATORI A	CASADO
SR. MAYO	68 AÑOS	JUBILADO Y PENSIONADO	SECUNDARIA	CASADO
JACK	50 AÑOS	INFOGRAFISTA DE UN DIARIO	POSGRADO EN DISEÑO GRÁFICO	CASADO
CARLOS	46 AÑOS	SERVIDOR PÚBLICO	BACHILLERATO	EN UNIÓN LIBRE
JORGE	61 AÑOS	TRANSPORTIST A	SECUNDARIA	CASADO
YOVANNI	51 AÑOS	DESEMPLEADO	SECUNDARIA	CASADO
VÍCTOR	46 AÑOS	VALET PARKING	SECUNDARIA	CASADO

4.1.1 Evolución de la enfermedad

Los 10 varones entrevistados padecen DM2 donde el menor tiempo de evolución fue de un año (Carlos) y el mayor tiempo de evolución fue de 23 años (Aníbal). Los síntomas que los participantes presentaron con mayor frecuencia fueron sed excesiva y constante necesidad de orinar, así como la condición de sobrepeso y obesidad, en menor medida ellos refirieron haber tenido vista borrosa como un indicador ante la posibilidad de padecer diabetes.

Cabe destacar que la DM2 no fue la única enfermedad presente en los participantes pues mencionaron tener otros padecimientos como Fiebre Reumática, Artritis, Hipertensión Arterial e Hiperlipidemia.

Los participantes han mencionado que tienen diversas experiencias con respecto a las cirugías, desde la unión de un hueso, retiro de un quiste en el recto, encapsulamiento de un pulmón y cateterismo fueron algunas de las operaciones que vivieron previas al diagnóstico de DM2.

El medicamento fue similar entre la mayoría de los participantes como Metformina y Glibenclamida y hubo variaciones en las enfermedades derivadas de la DM2 entre ellas el retardo en la cicatrización de heridas, edemas musculares, disminución de masa muscular, disfunción eréctil, llagas en extremidades inferiores y hasta el retiro de las mismas. (ver Tabla 3).

Tabla 3.

Tiempo y evolución de la enfermedad de Diabetes Mellitus Tipo II en los participantes

NOMBRE FICTICIO	EDAD	TIEMPO DE PADECER DM2	SÍNTOMAS PREVIOS A LA DM2	FÁRMACOS RECETADOS E INGERIDOS	COMPLICACION DE LA DM2	TIPOS DE CIRUGÍAS	OTRAS ENFERMEDADES
ANIBAL	59 AÑOS	23 AÑOS	OBESIDAD Y CANSANCIO	METFORMINA SILDENAFIL " otro" ARTRITIS	*FALTA DE CIRCULACIÓN EN PIERNAS *DISFUNCIÓN ERÉCTIL	*OPERACIÓN EN AMÍGDALAS *OPERACIÓN EN UN TENDÓN DE LA MANO *QUISTE EN EL RECTO	SÍNDROME DE REITHER
EL 5TO FANTÁSTICO	52 AÑOS	14 AÑOS	SED EN EXCESO Y CANSANCIO	METFORMINA INSULINA	_____	*UNIÓN DEL FÉMUR DEBIDO A UNA CAÍDA EN SU NIÑEZ	_____
MESSIE	48 AÑOS	15 AÑOS	_____	METFORMINA GLIBENCLAMIDA ENALAPRIL	*DISFUNCIÓN ERÉCTIL *LLAGAS Y AMPUTACIÓN DE EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA	*RETIRO DE EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA	HIPERTENSIÓN

NEGRITO	54 AÑOS	15 AÑOS	SED EN EXCESO	METFORMINA GLUCERNA GLIBENCLAMIDA	_____	_____	_____
SR. MAYO	68 AÑOS	16 AÑOS	_____	METFORMINA GLIBENCLAMIDA INSULINA	_____	*OPERACIÓN DEL HÍGADO *CATETERIS MO	HIPERTENSIÓN
JACK	50 AÑOS	13 AÑOS	CANSANCIO, SED EN EXCESO, VISTA BORROSA, COSQUILLO EN EL CUERPO Y MAREOS	METFORMINA VENTRILOSILO METOPROLOL BEZAFIBRATO	*CICATRIZACIÓN DE HERIDAS QUE TARDAN MÁS DE DOS MESES	_____	*HIPERTENSIÓN *HIPERLIPIDEMIA
CARLOS	46 AÑOS	11 MESES	_____	_____	*DISFUNCIÓN ERÉCTIL *RESEQUEDAD DE LA BOCA *BAJO APETITO SEXUAL	*PULMÓN CON INFECCIÓN EL CUAL FUE ENCAPSULAD O	*BRONQUITIS
JORGE	61 AÑOS	16 AÑOS	_____	METFORMINA GLIBENCLAMIDA	*DISFUNCIÓN ERÉCTIL *DISMINUCIÓN DE CAPACIDAD AUDITIVA	_____	_____

					*VISTA CANSADA *BAJO APETITO SEXUAL		
YOVANNI	51 AÑOS	10 AÑOS	OBESIDAD, CANSANCIO EXCESIVO, SED Y ORINA EN EXCESO	_____	*DISFUNCIÓN ERÉCTIL *VISTA BORROSA *DISMINUCIÓN DE MASA MUSCULAR *HORMIGUEO EN MANOS Y PIES QUE DURAN DÍAS	_____	_____
VÍCTOR	46 AÑOS	2 AÑOS	OBESIDAD, SED Y ORINA EN EXCESO E INFECCIÓN EN EL PENE	METFORMINA GLIBENCLAMIDA	*DISFUNCIÓN ERÉCTIL *HORMIGUEO EN PIES	*CIRUGÍA EN APÉNDICE	*FIEBRE REUMÁTICA

4.2 Diabetes Mellitus Tipo II

4.2.1 Familiares con DM2

De acuerdo con los relatos de los participantes son muy similares entre sí respecto de los antecedentes familiares con DM2, en el caso de Aníbal, Negrito, Jack, Jorge, Yovanni y Víctor mencionan que dicha enfermedad estuvo presente en un progenitor o ambos en su mayoría ya fallecidos a causa de DM2, y por lo menos un hermano ha desarrollado dicho padecimiento, en el caso de Víctor son 11 hermanos de los cuales solo tres de ellos no la padecen, similar es el caso de Jorge y Yovanni (ambos son hermanos) quienes tiene 5 hermanos diabéticos de los cuales 1 ya falleció a causa de lo mismo, esto da cuenta de la causa de muerte más frecuente en las familias de los participantes.

Aníbal: “Si el menor era diabético, somos tres diabéticos, otro hermano, ese hermano que falleció y yo... Si hay genética en la familia, tiene mucho que ver, mi padre y mi madre eran diabéticos, ya fallecidos los dos” (A, E1, pág. 2).

Negrito: “Somos 6 hermanos, ya fallecieron 2...De lo mismo, de la Diabetes, ah no uno fue de cáncer, mi papá y mi mamá fueron de Diabetes...solo una de mis hermanas no tiene diabetes, los demás si tenemos la diabetes” (N, E1, pág. 1).

Jack: “prácticamente toda mi familia, mi padre fue diabético, mi madre es diabética y por parte de mis abuelos, mis dos abuelos paternos fueron diabéticos” (Ja, E1, pág. 2).

Jorge: “Mi papá, la familia de mi papá la tiene...declarada, mi hermana que falleció ya y 4 más que está constatado que tienen diabetes” (J, E1, pág. 2).

Yovanni: “Si mi papá... de mis hermanos pues es Alejandrina, Juan, Jorge, y yo, contándome yo somos 4” (Y, E1, pág. 2).

Víctor: “La mayoría de mis hermanos la tienen, como es hereditaria también entonces mi mamá tuvo eso, mi papá no pero por lo mismo que tomaba mucho y todo eso entonces el murió de cirrosis...Mi mamá a parte que tenía la diabetes le dio una parálisis “(V, E1, pág. 2).

En el caso de 5° Fantástico, Messie, Señor Mayo y Carlos a excepción del diagnóstico de sus padres, son los únicos diabéticos en comparación con sus propios hermanos, por varias razones como: desconocen si sus hermanos la padecen por frecuentarse muy poco, o bien, saben que son propensos pero no está declarada.

El 5° Fantástico: “Mi mamá era diabética...Todavía no, si están así como que gorditos y propensos, han ido al doctor y les sale que están propensos, pero así que se les haya declarado la diabetes, no” (5°, E1, pág. 2).

Messie: “Si mi papá era diabético y mi mamá sufría de la hipertensión...No pues ahorita hasta el momento no les ha detectado nada, yo soy el único” (Me, E1, pág. 2).

Señor Mayo: “Mi madre era diabética, la única, mi padre no...Ella murió de insuficiencia renal, retenía líquidos y no le funcionaban bien los riñones, de mis hermanos Que yo sepa ninguno de ellos la tiene” (Ma, E1, pág. 3).

Carlos: “Mis abuelos tanto maternos como paternos y murieron a causa de la diabetes... de mis hermanos. Que yo sepa no porque ni yo mismo sabía que tenía diabetes” (C, E1, pág. 2).

4.2.2 Conocimientos sobre DM2

La mayoría de los participantes coinciden en que durante su infancia no hubo información concreta sobre la enfermedad, sino hasta conocer su propio

diagnóstico. En el caso específico de Aníbal relató no haber tenido ningún tipo de acercamiento durante su infancia aun cuando ambos padres si la padecían.

Aníbal: “Pues hasta que me dio Diabetes como a los 32 33 años por ahí” (A, E1, pág. 6).

A excepción de Aníbal, el resto de los participantes comentaron haber tenido idea respecto de la enfermedad, pero solo como un padecimiento ajeno a ellos y que correspondía a un familiar. Cabe mencionar que esta información se hizo de su conocimiento en la etapa de la adolescencia, como fue en el caso de Jorge, Señor Mayo, Yovanni, Víctor, Negrito y el 5° Fantástico.

El 5° Fantástico: “Bueno tenía yo noción no personal, haz de cuenta por mi mamá pero así que yo realmente supiera cómo o qué efectos o qué síntomas tiene uno como diabético antes de que se lo diagnostiquen, porque ya después si te enteras” (5°, E1, pág. 3).

Negrito: “No de chico nada...Yo recuerdo que ellos decían que como por ahí de los 50 ya se sentían con esos síntomas de sed y todo eso ...Mas o menos tendría como 30” (N, E1, pág. 3).

Señor Mayo: “me acuerdo que en ese entonces pues era muy raro oír la diabetes, yo más bien me di cuenta de la diabetes ya cuando mi madre era adulta, y obviamente ya era yo mayor de edad...realmente no sabía yo nada, incluso pues ni cuidados porque se ignoraba de ese padecimiento, le daba a uno lo mismo hacer su vida normal” (Ma, E1, pág. 4).

Jorge: “ tal vez en la niñez no, tal vez pero era muy espaciado que alguien escuchara hablar de eso, más bien ya en la juventud fue cuando ya supimos de la diabetes en la familia, esto se fue acrecentando que te diré de los 70's para acá...entonces ya mi papá también que diabético, pero no

sabíamos en qué desencadenaba, todo el mal que ocasiona en el organismo, realmente la información la tuve ya de adulto cuando se me declaró diabético” (Jo, E1, pág. 2).

Yovanni: “No, nunca nos hablaron de la diabetes no...No pues ya tenía yo como 13 años o empezaba yo a oír que mi papá era diabético” (C, E1, pág. 2).

Víctor: “como a los 15 o 16 años yo me di cuenta que mi mamá estaba diabética porque ella iba al doctor y la acompañaba y ya ella me explicó que tenía esa enfermedad, que la padecían sus familiares también...De mis hermanos no nadie” (V, E1, pág. 4).

Solo dos participantes relataron que escucharon durante su infancia el término de DM2, en el caso de Messie tuvo noción de la existencia de dicha enfermedad porque a su padre le fue diagnosticada, mientras que en Jack fue por la muerte de un familiar. En ambos casos solo reportan conocer dicho término a causa de estas dos circunstancias; sin embargo la información no fue más allá del nombre de la enfermedad.

Messie:” Pues si pero como está uno chiquito como que no lo toma en cuenta, ya hasta que está uno grande pues ya ve la realidad (risas)...O sea pues yo sabía que a mi papá le dio pero yo nada más lo tomaba como... pues si pero pues nunca nos pusimos a investigar” (Me, E1, pág.2-3).

Jack: “ Cuando yo tenía 7 años fue cuando murió mi abuelo entonces si supe que fue por esta enfermedad pero en ese entonces yo no contaba con la información y ni tenía los conocimientos” (Ja, E1, pág. 3).

4.2.3 Seguimiento de tratamiento médico y dieta

El seguimiento del tratamiento médico, la asistencia a las consultas mensuales o bimestrales, la ingesta de medicamentos como Metformina y

Glibenclamida son aspectos similares en los participantes como Aníbal, el 5° Fantástico, Jorge y Víctor. En 3 participantes reportaron padecer hipertensión arterial por lo que se agrega a su tratamiento la ingesta de Enalapril y Metoprolol.

Del total de los entrevistados, 7 son los que siguen su tratamiento médico; sin embargo hay diferentes significados asociados al seguimiento del mismo.

En el caso de Aníbal y Jack como se muestra en los siguientes episodios es evidente que tienen conocimiento teórico acerca de la DM2 y las reacciones en su propio cuerpo, así como las cosas que realizan para evitar complicaciones a futuro.

Sin embargo en ambos participantes hay un seguimiento de la dieta no al 100% debido a que asumen seguir consumiendo refresco, en el caso de Jack le atribuye un valor asociado a la dominación de sus emociones donde la nicotina que contiene el refresco lo “tranquiliza”, ambos participantes mencionan que lo consumen porque está permitido por su médico.

De acuerdo a los conocimientos que tiene Aníbal, él comenta que si no hay cuidados con la Diabetes se pueden ir destruyendo tejidos de otros órganos como los riñones por el exceso de azúcar. Ante esto, él ha incorporado a su dieta el beber mucha agua y productos que comercialmente se conocen como “zero”.

Aníbal: “Con el problema de la Diabetes es que, si no te cuidas va destruyendo estos tejidos como los riñones, como trato de ser cuidadoso, tomo o bebo mucha agua, una que otra “coca zero” pero mucha agua (...)” (A, E1, pág. 5).

4.2.3.1 Especialistas que informan a los pacientes sobre la evolución de su enfermedad y sus posibles consecuencias

En el caso de Aníbal comenta la importancia que tiene la participación de los especialistas en diferentes áreas que competen al padecimiento, anticipando información sobre los cambios en el organismo en términos preventivos.

Aníbal: “(...) entonces siempre estas con especialistas tanto urólogos como nefrólogos y ya me explicaron mientras, con la Diabetes va a pasar esto y vas a ir perdiendo función genital si no te cuidas, es normal su proceso es normal y pues uno sufre como hombre, no pues como, y qué mujer va aguantar eso (A, E1, pág. 5-6).

Por otra parte, el especialista le comentó a Messie que su organismo estaba adaptándose a tener altos niveles de glucosa y que de ello estaba relacionado con la ausencia de síntomas.

Messie: “Pues ya su cuerpo se acostumbró a andar teniendo ese grado tan alto de la diabetis (sic), pero ya de ahí me empezaron a dar como controlarlo y ya.” (M, E1, pág. 5).

Por otra parte, Jack comenta al igual que el resto de los participantes sobre la dificultad que tienen para seguir la dieta prescrita por el médico tratante.

Jack: “Definitivamente las dietas han sido un proceso muy largo, me ha tomado 20 años o 25 años adaptarme a las dietas, yo llegué a pesar 130 kg esto obviamente repercutía de muchas formas (...)” (Ja, E1, pág. 10).

4.2.3.2 Empleo de medios tecnológicos para el registro de su estado de salud a partir de sus niveles de glucosa

Jack fue el único participante que hace uso de la tecnología para mantener un control semanal de sus niveles de glucosa, esto da cuenta de la manera en que los avances tecnológicos pueden incluirse en la vida cotidiana y favorecer la adherencia al tratamiento.

Jack: “No, no la he necesitado gracias a Dios mis niveles de azúcar normalmente los mantengo y no tengo ningún problema

de eso (toma unos segundos para que saque su ipod y me muestra una aplicación que le registra los niveles de azúcar por semana) estos son mis niveles de azúcar, algunos están un poco altos pero... no están fueron de lo normal, ando en niveles de 100, 110, 108 (...)" (Ja, E1, pág. 10).

4.2.3.3 Vigilancia del nivel de glucosa mediante instrumentos

Carlos comenta que efectivamente se compró el medidor de glucosa en sangre; sin embargo comenta que no lo usa de manera constante aun cuando consume alimentos altos en azúcar, esto es así a partir de la ausencia de reacciones aparentes en el cuerpo de este participante.

Carlos: "(...) me compre el aparato ese para hacerme la prueba del azúcar de la sangre y no lo ocupo porque nunca me ha subido, o sea me la checo (...)" (C, E1, pág. 4).

4.2.3.4 Medicamentos recetados por el médico tratante

Si bien, la mayoría de los participantes hicieron referencia a la prescripción médica de Metformina y Glibenclamida, cada uno la consume de acuerdo a sus actividades y creencias asociadas a su ingesta, Jack comenta que la Metformina es el medicamento recetado por su médico tratante el cual toma en tiempo y forma a excepción de algunas ocasiones.

Jack: tomo la Metformina para bajar el azúcar, primero verifico que me la haya tomado porque muchas veces puede ser que se me llegue a pasar el medicamento, esto puede obviamente alterar y hacer una modificación (...)" (Ja, E1. pág. 13).

Yovanni comenta no asistir al médico desde hace 3 años y desde entonces no consume ningún fármaco para el control de su DM2, justificando así que el control de su enfermedad radica en consumir menos azúcar y comer nopal; sin embargo su alimentación sigue siendo la misma que antes del diagnóstico ya que consume refresco (light o normal) y alimentos con bastante grasa.

Yovanni: “me dio medicamento me dio Metformina y la liben liben...Si si esa, un tiempo la tome y luego la deje de tomar...Por necio (...) empecé a tomar puro light puro light y medio yo me hacía tonto que así me la controlo pero ahora ya tomo coca normal pero azúcar casi ya no tomo, tomo coca, como lo que sea” (Y, E1, pág. 4-5).

5° Fantástico además de tomar el medicamento para controlar la glucosa en sangre, tiene prescrita la insulina inyectada; sin embargo como parte del seguimiento del tratamiento se ve dificultado por sus actividades laborales, la insulina requiere de cuidados para su mantenimiento de ahí que éste participante tiene que inyectarse en horarios no laborales.

5° Fantástico: “(...) solo Metformina 850 que es la pastilla, la insulina me inyecto en la mañana o en la noche porque como es un producto que tienes que, tiene que estar en refrigeración y no la puedo cargar en el taxi” (5°, E|, pág. 13).

En el caso de Jorge, también es uno de los participantes que siguen su tratamiento médico con constancia, hace referencia al consumo de medicamentos de patente como “Avandia” y “Glucón”; sin embargo fue el único participante que reportó haberle hecho una propuesta a su médico familiar, que le recetara insulina bajo la creencia de que ésta bajaría más rápido sus niveles de glucosa en sangre, y por los síntomas que reconoce en su cuerpo comenta que esto podría afectar su trabajo. Ante esto, su médico le dijo que no era candidato para inyectarse insulina debido a que la enfermedad estaba controlada por el medicamento oral.

Por otra parte Jorge comenta no seguir la dieta principalmente por su trabajo, manejar un tráiler y viajar por largos periodos dificulta bastante la ingesta de alimentos permitidos para un diabético.

Jorge: “Se llamaban Avandía y muy buenas después ya, lo que sucede es que son etapas, a mí se me normalizaron mis

niveles por muchos años y lo que pasa es que uno se confía y vuelves a retomar los malos hábitos en bebidas en comidas, en ya no hacer ejercicio y no pues ya andaba bien alta la glucosa y no ya es más difícil controlarla, es más fácil que haiga la tendencia a que se vaya elevando a que vaya disminuyendo...ya después de esa tomé uno que se llama Glucón y ahora ya te recetan “Metmorfina” y “Libenclamida”..., de hecho hubo un tiempo en que yo mismo se lo propuse a mi doctora pero en los resultados de una química sanguínea me decía que no era yo apto aun a la insulina con los resultados de la glucosa eran de 300 o 310, ...yo quería que los bajara te digo con la glucosa alta se manifiesta mucho cansancio en el cuerpo, mucho sueño y a mí me afecta mucho por mi trabajo, yo tengo que andar al 100 despierto entonces se lo propuse (...)" (Jo, E1, pág. 7).

El Señor Mayo ha significado el seguimiento médico como una “religión” haciendo referencia a que es algo que se debe respetar, es notable cuando comenta que se realiza los análisis necesarios para conocer su estado de salud mensualmente.

Señor Mayo: “Mira me dieron la “Libenclamida”, la que sirve para controlar el azúcar y en aquél entonces la “Libenclamida” y la “Metmorfina”, las dos y como pues empiezas fácil te controlas de que no suba el azúcar y todo entonces me tomaba yo nada más una pastillita diario nada más en la mañana...Mira en ese aspecto es como una religión para mí y mes con mes y que me chequen, me hacen estudios de general de orina, sangre para la glucosa, triglicéridos y todo eso, pues cada dos tres meses más o menos pero, procuro pues no modificar los estándares de azúcares (...)" (Ma, E1, pág. 12).

Víctor al igual que Jorge, consume medicamentos de patente, además de asistir al seguro social, él se atiende con un médico particular para

complementar su tratamiento en favor de su estado de salud. La principal función de consumir fármacos de patente es para disminuir la cantidad de medicamentos y así evitar daños a largo plazo, tal como se lo ha dicho su médico particular.

Víctor: “ (...) Si esa es la que tomo y la Metformina, pero la otra es de patente, bueno las dos pero las del seguro no las tomo porque entonces me tomaría 3 diarias y el doctor particular me dijo no se las tome porque si no van a acabar con su páncreas...no he podido tal vez por las circunstancias pero si he tratado remedios que me dan como comer nopal, o la berenjena...Cada mes o cada dos meses, igual me hacen pruebas de orina y de sangre porque tengo que llevar mi diagnóstico con la doctora, me revisa de como estoy del corazón y pulmones” (V, E1, pág. 7-8).

En el caso de Messie también sigue su tratamiento médico aun cuando no tienen información concreta de la misma enfermedad como es el caso de Aníbal y Jack; en Messie está presente la hipertensión arterial por lo que se agrega un tercer medicamento a su tratamiento de la DM2.

Messie: “La Metformina y al “Ibenclamida” y la Enalapril para la presión porque igual o sea como sufro de la presión alta, igual me la recetaron... Ah sí, me mandaron a hacer (...)” (Me, E1, pág. 6).

4.2.3.5 Administración de Insulina

Por otra parte, aunado a la ingesta de medicamentos orales también existe la prescripción médica de insulina inyectada en dosis bajas como es el caso de los participantes el 5° Fantástico, Señor Mayo y Carlos (éste último no se la suministra). En los dos primeros casos a pesar de relatar que se inyectan insulina comentan lo complicado que es incluirla en sus actividades principalmente por el ritmo de trabajo y a su vez, olvidar que se deben inyectar.

Carlos: “Me mandaron toneladas de medicina que nunca la he ocupado, nunca me he puesto la insulina, no sé ni cómo se inyecta y me dijeron aquí tiene esto, tiene que ponerse insulina, tiene que comer 4 o 5 veces al día, el pulmón si lo cuido, entonces hay veces que si me duele, pero ya no regresé al hospital, tenía que estar en tratamiento de por vida (...)” (C, E1, pág. 3).

El Señor Mayo ha significado el uso de insulina como una etapa más avanzada de la misma enfermedad.

Señor Mayo: “Actualmente estoy usando insulina, pero este, es muy baja dosis, o sea que estoy usando actualmente la insulina, sé que es algo pues que más severo, más fuerte para ...luego hay días en que supuestamente por una cosa u otra se me olvidó y no me la pongo y no me siento mal, yo te digo me hacen estudios periódicos de cada dos o tres meses según como los mande el doctor y hay veces que hasta dos días seguidos digo hójole no me inyecté la insulina y no pasa nada” (Ma, E1, pág. 15-16).

4.2.4 Abandono del Tratamiento Médico

Cabe mencionar que no todos los participantes siguen el tratamiento médico, Yovanni fue uno de los que comentó que tiene 3 años que no asiste al médico, de tal modo que este participante no cuenta con información referente al avance que ha tenido la DM2 en su cuerpo, aun cuando al principio estuvo tomando el medicamento durante poco tiempo.

Yovanni: “No voy al médico como... 3 años...íbamos al popular pero ya no tomaba la medicina, la tome muy poco tiempo (...)” (Y, E1, pág. 5).

Similar es el caso de Carlos, justifica no seguir el tratamiento médico ni de dieta bajo la creencia que él se siente bien, a excepción cuando tiene dolores de cabeza (los cuales no los asocia a la DM2). Con respecto a la dieta

comenta que no cambió comparada con su alimentación previa al diagnóstico bajo esta misma percepción de sentirse bien, comentando así que, sus niveles de glucosa en sangre no se ven alterados aun cuando consume chocolate.

Carlos: “Ya no fui me olvidé de todo y me siento bien, lo único que si de la diabetes con perdón de usted eso sí al baño estoy pase y pase y pase, la boca se me seca mucho y tengo que estar tomando mucha agua ...cuando me empiezo a presionar si luego luego el dolor de cabeza pero no lo atribuyo a la diabetes y muchos me dicen es que tienes el azúcar alta, mucha gente opina pero no sabe, entonces digo ¿cómo lo saben no? o sea no me duele la cabeza diario,” (C, E1, pág. 4-5).

4.2.4.1 Autoregulación ante el abandono de los fármacos

De manera contigua en que Yovanni dejó de tomar el medicamento prescrito decidió entonces adoptar medidas de auto regulación para su organismo como la evitación a la ingesta de alimentos altos en azúcar, puede significar esto como una medida de afrontamiento ante el padecimiento.

Yovanni: “(...) después de no tomar la medicina evitaba comer el azúcar (...)” (Y, E1, pág. 5).

4.2.4.1.1 Justificación de no ingesta de medicamentos

Yovanni no menciona cual fue la razón por la cual dejo de tomar el medicamento pero Negrito si da una justificación del abandono de la ingesta de fármacos, pues le atribuye un temor a los efectos secundarios que pudieran tener los medicamentos en su organismo y considerarlos como “no natural” entonces Negrito decide sustituir el seguimiento médico por “algo más natural” como seguir la dieta y hacer ejercicio.

Los participantes Negrito, Carlos y Yovanni reportan no seguir el tratamiento médico ni dieta, debido a diferentes significados otorgados al mismo.

En el caso de Negrito comenta que actualmente no asiste al médico y tampoco ingiere ningún tipo de medicamento asociado al control de la DM2, parte de las creencias de Negrito es la afectación a largo plazo que tienen los medicamentos sobre los órganos del cuerpo, como parte de su propia justificación comenta controlar su enfermedad con ejercicio (que es parte de su trabajo) así como el consumo de verduras, uso de tés o remedios caseros únicamente en las ocasiones en que se ha sentido mal físicamente.

Negrito: “(...) yo no tomo tanto ese medicamento porque yo pienso que eso es parte de que le afecte a algún órgano en este caso el páncreas o el riñón...Si algo más natural, porque yo he visto que si resulta, no tengo la relación día día con esas personas pero yo veo que tienen más de 25 años con la diabetes pero le dan al ejercicio y su dieta y los veo bien (N, E1, pág. 10,13).

4.2.4.1.2 Identificación de las repercusiones de su estado emocional en su salud y estrategias de autocontrol

Si bien, la dieta es parte del cuidado y tratamiento de la DM2 cada participante tiene una manera diferente en que la llevan a cabo en su vida cotidiana. Por ejemplo, ante alguna alteración en su estado emocional, Jack suspende cualquier alimento alto en sacarosa ya que considera que su ingesta en esos momentos puede generar repercusiones mayores a su estado de salud físico.

Jack: “(...) pero sobre todo son las cuestiones emocionales, cuando yo identifico que las cuestiones emocionales se está alterando lo primero que hago es calmarme, regular otra vez mi estado emocional e inmediatamente suspendo cualquier alimento que pudiera tener azúcar, porque aunque yo soy diabético yo no lo he eliminado del todo el azúcar o sea el azúcar es tan necesaria como cualquier otro producto (...)” (Ja, E1, pág. 14).

4.2.4.2 Conocimientos acerca del contenido de sacarosa en los alimentos que consumen y auto regulación de su ingesta

A su vez, Jack demuestra tener información concreta sobre el aporte de sacarosa de ciertos alimentos resaltando el consumo de frutas bajas en azúcar y la evitación de otras bastante dulces. Esto tiene relación con lo anteriormente expuesto, aun cuando consume normalmente la manzana, la evita ante alguna alteración emocional.

Jack: “(...) algunos productos como el frijol que tienen almidones también los incluyo, como que ya sé cuáles, por ejemplo las frutas las freno en ese momento, normalmente las que tomo no son muy azucaradas yo como manzana, como guayaba, pera, pero evito mamey, evito plátano, evito sandía, las tunas las que son de alto contenido en sacarosa entonces lo que hago es que, los alimentos que tienen azúcar aunque sea una manzana la evito y me salto esa comida (...)” (Ja, E1, pág. 14).

4.2.4.3 Justificaciones ante el consumo de refrescos y otros que emplean endulcorantes

Aunque la mayoría de los participantes comentaron que consumían refresco de manera constante, Jack lo justifica al tenerlo permitido por su médico al igual que Aníbal, de ahí la constancia en que lo incluyen en su dieta.

Jack resalta que lo consume porque no altera sus niveles de glucosa y además le atribuye características “calmantes” para sus emociones. Una vez relatado esto, enseguida agrega que es muy riguroso ante la medida de calorías que ingiere al día en sus alimentos.

Jack: “El refresco lo tengo aceptado por parte de mi médico mientras sean todos con endulcorantes, ninguno con azúcar, incluso puedo tomarme medio litro de refresco y mi azúcar no se altera porque existe el mito por ahí de que los refrescos incluso que están endulzados con endulcorantes tienen azúcar, yo lo notaría inmediatamente de ello y no, no ha habido

alteración, me he tomado yo un refresco, medirme después el azúcar y se mantiene...yo me tomo un refresco no sé si sea la nicotina que traiga un refresco de cola pero a mí eso me calma mucho... me mantengo con 2500 calorías al día, están pesadas, están medidas, mi alimentación está controlada por porciones y obviamente me mantengo en ese peso y ya no me importa si estoy arriba de los 100kg, mi masa muscular pues me lo demanda pero si me bajo empiezo a sentirme muy mal mucho muy mal” (Ja, E1, pág. 10-15).

En este mismo sentido, Messie comenta que a pesar de recibir comentarios por parte de personas cercanas para que dejara el refresco no ha hecho intento por disminuir la ingesta de refresco.

Messie: “(...) a mi luego me decían oye no tomes tanto refresco, no esto no lo otro, pero no se hace caso uno” (Me, E1, pág. 3).

La mayoría de los participantes ante la pregunta de consumo de refresco ellos hicieron referencia que el de su preferencia es el refresco de cola en diferentes presentaciones (normal y/o light) y que si bien, Señor Mayo comentó que actualmente no la consume y se lamenta por ello; sin embargo en ocasiones lo hace en pocas cantidades y de inmediato busca consumir agua.

Señor Mayo: “(...) Bueno el refresco lo dejé, si me gustaba mucho la coca, pero te digo, como que llegas a pensar si ya me tomé toda la coca que me tocaba a mí, ya para que le busco más, y no te digo que no tomo coca, de vez en cuando sí (...)” (Ma, E1, pág. 12-13).

El participante Negrito incluso comenta que en ocasiones esporádicas toma agua, narra que el refresco es algo que le ha costado trabajo dejar de consumir ya que, destaca aspectos en que es un producto que está al alcance diario en tiempo y espacio lo cual propicia su mayor consumo.

Negrilo: “(...) No, ninguno solo el refresco, no lo hay de repente agua, bueno pero si de repente si me tomo mis vasos de refresco que es lo que me ha costado trabajo dejar, se me antoja mucho el refresco... porque como es consumo diario y está al alcance pero si procuro tomarme mi agua (...)” (N, E1, pág. 9).

4.2.4.4 Ingesta de refresco ante la sed excesiva como síntoma previo al diagnóstico

Víctor fue el único participante que comentó que su ingesta de refresco aumentó antes de saber su diagnóstico puesto que al experimentar síntomas como la sed excesiva y ante el desconocimiento del padecimiento, derivó en que tomaba grandes cantidades de refresco al no sentirse saciado ante la sed.

Víctor: “por lo mismo no sabes que tienes la enfermedad y sigues tomando refresco, agua de sabor entonces ya cuando llegas al seguro incluso yo entré con 370 de azúcar entonces la doctora me dijo que tenían que meterme suero” (V, E1, pág. 7).

4.2.4.5 Autocuidado y regulación del consumo de bebidas light

El 5° Fantástico asume consumir coca Light durante el día, pero como medidas de auto regulación comenta que por la noche consume bebidas ligeras para su organismo en una forma de “equilibrio” para su cuerpo, considerando como opciones té o café sin azúcar, de esta manera el 5° Fantástico asume que la variación en sus alimentos es la forma en que cuida su salud o mantiene sus niveles estables de glucosa.

El 5° Fantástico: “Hablando de la Diabetes, aunque yo muchas veces pues me tomo mi Coca Light y sé que me hace daño entonces tengo que tomar agua, pero trato de equilibrarlo en el decir bueno ya me tomé mi Coca bueno pues ahora en la cena, pues un té o un café pero sin azúcar o un pan que no tenga azúcar y lo tengo que equilibrar, o sea yo siento que la salud o que con una persona enferma se debe de cuidar por sí

mismo porque si piensas de que me va a cuidar un hijo o me va a cuidar mi esposa, o el marido, no, yo creo que no, yo creo que cada quien jala agua para su molino entonces debe ser así, uno debe de cuidarse uno mismo” (5°, E1, pág. 5).

Yovanni quien en episodios anteriores afirmó el abandono del tratamiento médico, tomaba como medida auto-regulatoria con el consumo de productos light, específicamente el refresco; sin embargo comenta que actualmente consume refresco normal y cualquier otro alimento sin tomar en cuenta que tanto pueda repercutir en su organismo.

Yovanni: “ (...) y empecé a tomar puro light puro light y medio yo me hacía tonto que así me la controlo ...pero ahora ya tomo coca normal pero azúcar casi ya no tomo, tomo coca, como lo que sea (...)” (Y, E1, pág. 5).

Víctor en similitud con el 5° Fantástico utiliza medidas auto regulatorias ante su consumo esporádico de refresco, buscando un equilibrio consumiendo agua, éste participante además comentó que ante el diagnóstico y el seguimiento de dieta bajó mucho de peso y que en un principio había decidido dejar todo aquello que elevara su azúcar, la participación de los especialistas es importante ya que la médico de Víctor le explicó que tendría que disminuir su ingesta de manera paulatina y no de manera repentina.

Víctor: “Me tomo agua, diario un litro y medio de agua, a veces para que le voy a mentir si me tomo un vaso de refresco pero ya no es como diario que me tomaba hasta un litro de refresco, ah porque también cuando bajé mucho de peso y le dije a la doctora que había dejado todo me dijo que no estaba bien que dejara todo porque me podía empezar y me explicó que era más grave que se te baje el azúcar a que se te suba entonces si te tomabas un litro pues ahora toma un vaso porque también el cuerpo necesita azúcares (...)” (V, E1, pág. 7).

4.2.4.6 Consumo de pan dulce

Un alimento que se encuentra presente en los participantes es el consumo de pan dulce, siendo un alimento tradicional en un país como México es parte de las dificultades que enfrentan los participantes para disminuir o bien, sustituir su consumo. Jorge comenta que además de ser rico en sabor, su disponibilidad es bastante accesible en tiempo y espacio. A su vez lo contrasta con la dificultad que presenta el hecho de comer verdura fuera de casa, a lo que atribuye varias ventajas al consumo de pan en función de su acceso fácil y no por su aporte nutrimental.

Jorge: “Cuesta mucho trabajo dejar el pan...es más el hábito del pan que del refresco, no es algo que sienta yo la necesidad., pero el pan de dulce tan sabroso (risas)” (Jo, E1, pág. 7-8).

En este mismo sentido, Jack justifica que el pan no lo ha retirado de su dieta principalmente porque adopta la sustitución de pan dulce por aquellos que tienen propiedades integrales, esto da cuenta que Jack le da suma importancia a la función que tiene el consumo de pan sobre su tratamiento de la DM2.

Jack: “Por ejemplo el pan, el pan es un carbohidrato que obviamente en el proceso químico se convierte en glucosa, normalmente puedo comer bolillo, puedo comer pan integral pero incluso en eso es bajo (...)” (Ja, E1, pág. 14).

4.2.4.7 Limitaciones económicas ante el seguimiento de la dieta

Messie comenta que una de las razones por las cuales se dificulta seguir la dieta es principalmente monetaria donde está la prohibición de aquel alimento al que se tiene accesibilidad, mientras que Víctor relata que la razón por la que no ha seguido la dieta como su médico lo indica es por su trabajo, el cambio repentino de turnos y hasta doblar éstos con la finalidad de obtener mayores ingresos económicos.

Messie: “(...) mmm...pues luego si como que al principio como que si quise seguir la norma de la dieta, pero realmente no, luego hay veces que no hay o monetariamente o algo, no hay, ahora sí que pa´ seguir esa dieta, porque hay veces que te recomiendan “no comas esto” y es lo que tienes “pa´comer” y ahora sí que más que nada es por eso también (Me, E1, pág. 6).

4.2.4.8 Dichos populares aplicados a su enfermedad

Algunos participantes hicieron referencia a dichos populares ante la enfermedad, en este caso se puede contrastar lo expresado por Messie “con esa dieta me voy a morir de hambre” lo cual demuestra el impacto que genera en los participantes cuando parte de las modificaciones ante el padecimiento se dan principalmente en la dieta, este dicho popular al que Messie refiere es persistente en su caso ya que justifica que aquello que le recomiendan comer no es de fácil acceso

Messie: “ (...) una dieta pero yo realmente les decía “yo con esa dieta me voy a morir de hambre” porque me quitaban de todo y mayormente te digo que me dedicaba a la mecánica, había veces que salía de trabajar y donde estaba no había comida entonces lo que encontraba pues eran tacos, tortas, quesadillas entonces pues todo eso te lo quitan, te lo prohíben pero ya una vez un doctor que fue a su consulta me dijo que podía comer de todo pero no en exceso (...)” (Me, E1, pág. 6).

El 5° Fantástico comentó que el dicho popular al que Messie mencionó, lo ha escuchado en muchos casos de personas con este padecimiento a lo que él considera que es una falacia y respalda este argumento cuando la persona se informa sobre todo aquello que puede incluir en su dieta.

5° Fantástico: “No sé si te han dicho esto “o te mueres de la enfermedad o te mueres de hambre” bueno pues eso es una reverenda mentira, eso es una reverenda mentira, si te

informas sobre que puede comer un diabético son muchas las cosas” (5°, E1, pág. 15).

Cabe mencionar que ambos episodios contrastantes demuestran la variedad de significados que los diabéticos pueden atribuir a las restricciones en la dieta, donde estos significados van a diferir en función del entorno e información que tengan a disponibilidad de cada caso.

4.2.4.9 Dificultades para el consumo de alimentos preparados fuera de casa

Otro de los aspectos que dificultan el seguimiento de la dieta es el lugar de trabajo de algunos participantes, tal es el caso de Víctor y Jorge quienes comentan que es poco probable que fuera de casa coman aquello que tienen permitido, ya que en los lugares de trabajo se encuentran de fácil acceso comedores con sustento básico como comida frita, rápida y barata, aunque Víctor comenta que hay un comedor en su trabajo comenta que aun así la comida que dan generalmente es alta en grasas y poco favorable para su salud.

Víctor: “Pues se me dificulta un poco porque luego no está uno en su casa y uno puede estar comiendo cosas que no puede uno comer porque en la calle lo que más ves son tacos, tortas y quesadillas y digo gracias a dios en mi trabajo nos hacen comida de personal, diario diferente pero a veces también no puedo comer tanto lo que hacen porque luego hacen verdolagas en carne de puerco, tortas de papa que también tienen mucha grasa” (V, E1, pág. 7-8).

Específicamente en el caso de Jorge aumenta la dificultad ya que de oficio es transportista y al estar fuera de la ciudad pasa varias horas del día en carretera con pocas opciones de restaurantes para elegir.

Jorge: “Se dificulta mucho porque en los lugares que uno tiene acceso, pues ellos tienen algo básico nada más, carnes rojas, pollo, algunos según la región, pescado y arroz y pues así

como verduras no lo hay y también el buscar en algún poblado pues que quieras ir a comprar ese tipo de comida mmm... te queda retirado y yo ya lo intenté pero se pudre la verdura” (Jo, E1, pág. 7-8).

Por el contrario a Jorge, Negrito señala que su profesión como entrenador profesional facilita su acercamiento con una dieta balanceada incluyendo verduras y frutas; sin embargo esto no evita que Negrito de vez en cuando consuma por antojo propio comidas altas en grasas.

Negrito: “(...) Si de vez en cuando a mí me gustan mucho las carnitas y la barbacoa, pero pues no las consumo muy seguido ahí al mes o dos meses, si pero ya la carne de puerco y las fritangas nada de eso, afortunadamente en el trabajo pues hay de todo y hay mucha verdura entonces soy muy comelón en ese aspecto de verduras y de frutas” (N, E1, pág. 9).

4.2.5 Conocimiento y consumo de otros tratamientos alternativos en lugar de los fármacos indicados

Ante el abandono del tratamiento médico en algunos participantes, se presentan experiencias desde el momento en que el médico destaca que el padecimiento es de por vida y esto impacta de manera relevante en la vida de los participantes, tal es el caso de Negrito quien comenta que ante la idea futura de consumir medicamento de forma indefinida es como se inclina por un tratamiento alternativo, recurriendo a productos naturales recomendado por mismos familiares. Dentro de estos productos consumen los tés y hierbas ante alguna molestia.

Negrito: “(...) que tomara el medicamento y que eso era ya de por vida, yo la verdad no fui con él, empecé a tomar que los tesitos y todo eso y me di cuenta que igual bajaba mucho la glucosa con los tés, las hierbas que la familia te da y sí...si la verdad es que si he sido muy desordenado en ese aspecto porque no sé, pero los piquetes de los dedos no me gustan y

eso que cuando me enfermo de gripa o algo prefiero inyectarme, pero yo no puedo estar enfermo en el trabajo pero si tengo mi aparato, pero para eso si soy muy desordenado con el medicamento y eso, y como me he sentido bien con el ejercicio y la dieta y tomo mucha agua y todo eso y me he sentido bien y hay de vez en cuando me fumo un cigarro (...)" (N, E1, pág. 9).

Yovanni compartió tenerle confianza al consumo de nopal solo cuando está a su alcance dependiendo la temporada, comentó que hay quienes consumen "wereke" pero que él no lo ha probado a pesar de conocer que baja los niveles de glucosa.

Yovanni: "(...) sé que mucha gente toma que el "wereke" y todo eso pero no,... a lo más que yo le tengo un poquito de fe es al nopal, cuando hay como mucho nopal, dicen que la baja (...)" (Y, E1, pág. 4).

4.2.5.1 Comentarios del esposo en relación al consumo de remedios por parte de la esposa

Como caso único, la pareja de Carlos también padece DM2 desde hace 12 años y en este mismo sentido en cuanto al consumo de tratamientos alternativos es ella quien consume todo aquello que es recomendado por familiares y conocidos quienes le comentan el beneficio que pudiera tener sobre su padecimiento, mientras que Carlos alude a no recurrir a ningún tipo de remedio casero.

Carlos: "ella se cuida si usted le da ahorita un remedio es el mismo que va y lo mete a su lista y lo consume y yo no" (C, E1, pág. 4-5).

4.2.5.2 Consumo de chocolate y pasteles

Bajo esta misma línea de aspectos relacionados con la dieta, dos participantes admiten el consumo de alimentos altos en carbohidratos como el

chocolate y pasteles, en ocasiones por separado o juntos, tal y como lo relata Carlos donde una rebanada de pastel la acompaña de una bebida dulce. Estos relatos hacen énfasis en que dichos alimentos se encuentran presentes en la dieta de los participantes quienes no hacen mención de sustituirlo por otros alimentos permitidos.

Carlos: “(...) del dulce siempre he sido muy chocolatero y como mucho dulce chocolate, de hecho si como pastel se me antoja con una taza de chocolate entonces es mucho dulce y yo me lo tomo (...)” (C, E1, pág. 4).

Negrilo: “(...) y el chocolate, como mucho chocolate (...)” (N, E1, pág. 9).

4.2.5.3 Otros padecimientos no asociados a la DM2

Algunos participantes como Carlos mencionaron que padecen otra enfermedad no asociada a la DM2, Carlos quien presenta una hernia hiatal dice que la única medida de auto regulación para este padecimiento es tomar la Naproxen para disminuir el dolor, tomando en cuenta que éste es uno de los participantes que no tiene un seguimiento de dieta y tampoco del tratamiento médico y acepta tomar dicho analgésico únicamente cuando tiene molestias físicas.

Carlos: “Lo mismo, a mí me quitaron todo, de hecho yo desde chico padezco de una hernia hiatal entonces no puedo hacer mucho esfuerzo pero yo ingresé a la milicia y no tuve mayor problema (...)” (C, E1, pág. 4).

Carlos: “(...) nada más tomo la Naproxen y esa me calma el dolor, esa siempre la he tomado cuando me da el dolor y ahora con lo de la diabetes de ahí en fuera no tomo más medicamento, la comida balanceada no se puede por cuestión de mi trabajo, a lo mejor un día puedo comer bien balanceado pero al otro día no puedo yo decirle a la de las tortas hazme una ensalada (...)” (C, E1, pág. 4).

4.2.5.4 Opiniones sobre las restricciones alimentarias

Si bien los participantes han hecho referencia a que parte de las dificultades que enfrentan es que aquello que te recomiendan comer es de acceso limitado, es Yovanni quien menciona que las restricciones alimentarias fueron todo aquello que a él le gustaba comer, principalmente la tortilla que a su vez es un alimento básico y tradicional en México.

Yovanni: “(...) lo más rico te quitan, todo lo que tiene grasa, la tortilla a mí me encanta la tortilla, el refresco, el azúcar, todo lo sabroso si dice uno hójole (...)” (Y, E1, pág. 5).

4.2.5.5 Comentarios ante el abandono de la dieta

Sin embargo ante las restricciones médicas es probable que los participantes hayan intentado seguir el tratamiento médico y de dieta, pero Yovanni comentó que en su caso efectivamente así fue en un principio de conocer su padecimiento pero con el paso del tiempo ha regresado a tener hábitos alimentarios como los tenía antes de padecer DM2.

Yovanni: “(...) y al principio si intenté no comerlo pero ya ahorita ya me vale” (Y, E1, pág. 4).

4.2.6 Autopercepción respecto de la enfermedad

4.2.6.1 Negación del padecimiento de DM2

De los 10 participantes, Aníbal, Jack y Carlos se perciben a sí mismos como “no enfermos” ante amigos y familiares, en el caso de Aníbal comenta que no es de su agrado generar sentimientos de lástima en las personas de su entorno social, mientras que Jack se percibe a si mismo más saludable y juvenil que antes, en el mismo sentido Carlos comenta que todo es mental y de ahí que él no se percibe como enfermo a pesar de que expresa tener síntomas evidentes como resequedad en la boca y una necesidad constante de ir al baño.

Aníbal: “no sintiéndome enfermo, que realmente estás enfermo cuando te sientes enfermo... no les cuento toda la vida y el drama para que tengan sentimientos de ay pobrecito, me molesta que me pobreteen...Pues ruquito pero fuerte, aguantador o bailador o chistoso o cosas así, no como enfermo de nada...(A, E1, pág. 9).

Jack: “Bien positivamente, es más yo a la gente le digo que yo no estoy enfermo (risas) me siento con más energía hoy me siento más juvenil incluso que cuando tenía 27 o 30 años” (Ja, E1, pág. 15).

Carlos: “pues no tengo nada, también está muchas veces aquí en la cabeza yo digo no lo tengo, solo si cuando me llega a dar el dolor me tomo la pastilla que me calma el dolor y eso es todo y como ahorita se me empieza a secar la boca y el baño nada más que es lo único que sí me he percatado de eso, júrelo que si no me lo hubieran dicho no lo hubiera notado” (C, E1, pág. 10).

4.2.6.2 Percepción de otros diabéticos

Con respecto a su relación con otros diabéticos, Aníbal hace comentarios hacía un conocido cuando lo ve con alimentos altos en azúcares (Coca-cola), bajo la idea de regañar o corregirlo (aun cuando Aníbal asume seguir consumiendo dicho refresco), mientras que Carlos comentó que tiene un conocido que al enterarse de la noticia de DM2 tenía temor a la muerte por lo que Carlos optó por animarlo por medio de comentarios alentadores.

Aníbal: “uno de los policías es diabético y lo veía, lo veo todavía con su coca y lo regaño y le digo chin mano, cuando te corten una pierna ya no vas a poder trabajar y siempre lo ando asustando, si te mueres yo no voy a tu funeral y si te mueres” (A, E1, pág. 12).

Carlos: “antes de que yo supiera que tenía yo diabetes, me habla un gran amigo y me dice puedes venir a mi casa el fin de semana y yo dije si claro que sí, y llegando se pone a llorar con

mi esposa y conmigo y dice ya me voy a morir así desecho y le dijimos ¿pues qué te pasó? Y no pues tengo la diabetes y tratamos más o menos de darle ánimos le dijo mi esposa yo tengo 12 años con eso y mira que sí se puede” (C, E1, pág. 25).

De igual manera Messie y Negrito comentan sentirse bien y relataron como ha sido su experiencia al conocer otros diabéticos, ambos coinciden en tener conocidos diabéticos que siguen su tratamiento y dieta hasta notar que se ven bien físicamente.

Messie: “Pues no o sea yo lo veo en otros casos de otras personas que les pasa algo y se decaen y no quieren ni salir, ...hay otros señores que son mis clientes pero ese señor, pues es mucho más grande tiene como unos 80 años el señor y pero lo que pasa es que igual se cuida y toma sus menjurjes esos de tés y luego me anda diciendo tómate esto que mírame a mí como estoy y si ves al señor y se ve bien, yo le calculaba unos 60 años si se ve fuerte” (Me, E2, pág. 3).

Negrito: “tengo un compañero en el trabajo que ese si es bien educadito llega con su toma y todo y es más grande que yo como 10 años pero bien bien el señor, es periodista y todo bien (...)” (N, E1, pág. 10).

El señor Mayo fue el único en expresar que lo único que le importa es saber que él mismo se está cuidando comentando así que no tiene ningún conocido diabético a excepción de los que se encuentra cuando va a consulta.

Señor Mayo: “para mí lo importante es cuidarme yo y si ellos están haciendo a sus consultas periódicas, obviamente también se están cuidando, están teniendo seguimiento de su mal, nunca les pregunto ¿oye tu qué haces para esto? nada,” (Ma, E1, pág. 7).

4.2.7 Síntomas previos al diagnóstico de DM2

4.2.7.1 Confusión de síntomas previos con otras enfermedades

De acuerdo con lo relatado por cada uno de los participantes, 3 de ellos expresaron no haber tenido síntomas previos, o bien, tenerlos y confundirlos con otras enfermedades. En el caso de Aníbal confundió los síntomas con un ataque de Artritis, mientras que el Señor Mayo se enteró de padecer diabetes por tener molestias por un quiste hepático, en ambos participantes se enteraron por hacerse estudios para atenderse otro padecimiento.

Aníbal: “Yo soy paciente del Instituto Nacional de la Nutrición y llegué ahí por la Artritis y ya ahí con los estudios empecé a tener dolor en los pies y yo pensé que era otro ataque de Artritis y no era gota porque en dos años que llevaba de casado llegué a pesar 135 kilos y se me generó por obesidad la Diabetes entonces desde ese momento fue cuando supe de la Diabetes porque tuve que ir forzosamente a pláticas de lo que es la Diabetes, en mi caso no requiero insulina, solo un régimen alimenticio especial así es como me enteré de la Diabetes.” (A, E1, pág. 6).

Señor Mayo: “Mira yo cuando te digo que tuve el quiste hepático en el cambio de milenio, me surgió el quiste ese, y entonces a la hora de hacerme estudios y todo eso, descubrieron que, no sé si a consecuencia de eso o ya era yo diabético pero fue cuando yo me di cuenta que tenía la diabetes, o sea que fue como el momento en que descubrieron que aparte del hígado, estaba yo diabético, no supe nunca si fue consecuencia” (Ma, E1, pág. 12).

Señor Mayo: “ya llevo 16 años con la diabetes y afortunadamente nunca he sentido así la necesidad de que, me ponga mal y todo y asisto a la clínica para que me chequen y todo pero por precaución no porque me sienta yo de que ya no la libro, no, y yo si te digo he oído de algunos que se van

porque estaban y apunto de desmayarse y yo no afortunadamente no he tenido alguna crisis de ese tamaño “(Ma, E1, pág. 16).

En este mismo sentido, Carlos comenta que tuvo molestias como dolores abdominales a causa de una infección, y de acuerdo con los estudios médicos se enteró de padecer DM2 y otras enfermedades que por las cuales le fueron recetados variados medicamentos.

Carlos: “(...) ni yo mismo sabía que tenía diabetes, hasta el año pasado que caí en cama tenía un dolor abdominal y me dijeron que era una infección y después me sacaron muchas enfermedades en el ISEMMYN y me mandaban todo drogado pero decían que era un cólico y hasta que la última vez que entré ya con dolor muy fuerte fue un doctor...me dijo que la diabetes no me la podía quitar pero neumonías, infección y temperaturas si (...)” (C, E1, pág. 3).

Por el contrario a estos participantes, Messie fue el único en expresar que no tuvo ningún síntoma pero por insistencia de su esposa decidió en hacerse estudios ya que ella le comentaba verlo “mal”.

Messie: “Pues lo que pasa es que estaba yo así y había veces que mi esposa me decía “te ves mal” “vete a checar y todo” y ya, sí fue a checarme con el doctor pero todos me decían igual “como se siente ¿está bien?” y yo decía pues sí, nada más vengo a un chequeo y ya que esa vez llevaba 380 de azúcar y ya fue que me dijeron y pues se siente mal o por qué vino, y les decía que realmente nada más venía por un chequeo no porque me sintiera mal y me decían “no se siente mareado o algo” y ya luego me dice el doctor, lo que pasa es que como ha estado viviendo así (...)” (Me, E1, pág. 5).

4.2.7.2 Síntomas previos: Sed excesiva, constante necesidad de orinar y vista borrosa

De acuerdo con lo relatado 6 de los participantes coinciden principalmente en si haber tenido síntomas previos al diagnóstico, El 5° Fantástico, Negrito, Jack, Yovanni y Víctor son similares sus relatos en cuanto a tener síntomas de sed excesiva y constante necesidad de orinar que generalmente se presentaron cuando se encontraban en su trabajo o en reuniones familiares, con el caso de Víctor específicamente que en época vacacional la sed excesiva le inducía a tomar mayores cantidades de refresco hasta tener molestias en la vista. Por otra parte, en el caso de Jorge comenta que los síntomas de cansancio eran confundidos por la poca cantidad de horas que dormía debido a su trabajo.

El 5° Fantástico: “Yo andaba trabajando un sábado y tenía mucha sed, demasiada sed e iba con un compañero que también es taxista lo invité a tomar una paleta, él me dijo, sabes qué te estás haciendo diabético, y yo lo tiré de a loco porque pues yo no sabía que él era diabético entonces, me dice vete a curar, vete a atender porque eso no es normal porque la paleta te la acabaste de volada (...)” (5°, E|, pág. 6).

El 5° Fantástico: “(...) me empezó a generar mucha sed y por lo mismo a orinar mucho no, llegó el momento pues que se me empezó a nublar la vista y a debilitarme ya no pude, ya no pude trabajar, me fui a la casa a descansar le dije a mi esposa que me llevara al doctor y me llevó a una clínica y ahí me diagnosticaron ahí la Diabetes, llegué muy alto con 960 de azúcar de hecho los... cuando yo hablaba se me pegaba la lengua de lo seco que tenía pero yo no sabía aún que era, me tomaron, me midieron la azúcar con un glucómetro tan alta que estaba que ningún glucómetro registraba la cantidad (5°, E|, pág. 6).

Yovanni al igual que los anteriores refiere haber tenido boca seca, constantes visitas al sanitario y fue aquello que lo incitó a asistir a la clínica

para realizarse los estudios, algo en lo que Yovanni hizo énfasis es en la disminución de peso de manera muy rápida.

Yovanni: “Fui a hacerme el estudio y salí muy alto como con 600 o 500, fue hace como 10 años...empecé a bajar de peso y boca seca, orinaba mucho y fui y me hice la prueba y salí muy elevado (...)” (Y, E1, pág. 4).

Víctor comenta que la vista borrosa fue uno de los síntomas que mayor preocupación le provocó ya que efectivamente estaba asociado a los altos niveles de glucosa en sangre, así como la necesidad constante de orinar pero a la cual le atribuyó menor preocupación comparada con las molestias en la vista.

Víctor: “Me daba muchas ganas de ir a orinar, la vista la estaba perdiendo, se me puso borrosa... eh... pues fueron los síntomas más graves que yo sentía que no era normal que yo decía pues me siento así y mi esposa decía a lo mejor es pasajero y ya fui al doctor, al seguro y sí, es cierto ah y mucha sed que tenía yo entonces tomaba agua, tomaba refresco y no se me quitaba la sed (...)” (V, E1, pág. 7).

Jack: “Bueno la diabetes me provocó cansancio, obviamente empezó a aparecer una sed que estaba muy fuera de lo normal estaba tomándome alrededor de 6 o 7 litros diarios de agua, por la cantidad de sed que tenía, no hubo mucha disminución de peso pero si hubo malestar, el malestar lo puedo definir como un cosquilleo, un hormigueo interior que fue lo que provoco que me sintiera incómodo además de que cuando el azúcar está elevada, la vista se deforma, empiezo a ver como si estuviera viendo a través de un caramelo, el cristalino empieza a volverse opaco y empieza uno a sentir mareo por la cuestión del azúcar en el cerebro” (Ja, E1, pág. 9).

Negrito comentó que la preocupación por su salud comenzó cuando tuvo la sed excesiva en su trabajo.

Negrito: “(...) en aquel tiempo empecé a sentir mucha sed, en el entrenamiento se te antoja una bolsita de agua o dos pero ya cuando pedía yo más pues pensé algo está pasando pero vi en el examen médico que nos hicieron y ahí salió, la tenía bien alta como 480 más o menos y me decían cómo te sientes no pues normal nada más tengo sed mucha sed,” (N, E1, pág. 8).

4.2.7.3 Ausencia de síntomas previos

Mientras que unos participantes tuvieron síntomas y los confundieron con otros padecimientos, otros de inmediato acudieron a su clínica para hacerse una prueba de glucosa en sangre; sin embargo en Jorge el recibimiento de la noticia fue en su lugar de trabajo quien se realizó un examen médico como parte del cumplimiento en la empresa y así poder renovar su licencia. Ante los análisis Jorge se mostró sorprendido ya que menciona no haber tenido síntomas previos al conocimiento de la enfermedad.

Jorge: “ (...) hubo un tiempo en que dormía yo muy poco, te diré que a la semana dormía 8 horas nada más, y en ese lapso pues y andaba muy cansado pero yo le atribuía el cansancio al trabajo, al poco dormir entonces sucedió que nos mandaron a hacer examen médico en la empresa en la que laboraba y ahí fue donde me detectaron que traía el azúcar muy alta y era para que renovara mi licencia y no me la dieron hasta que no la controlara yo, y a partir de más o menos de los 40 años fue que ya estuve ya totalmente cierto que tenía yo la diabetes...efectivamente traía yo 500 de azúcar y es muy alto, eran 500 en la sangre y 750 en la orina y es cuando ya es pura miel lo que traes (...)” (Jo, E1, pág. 6).

4.2.7.4 Síntomas posteriores: sed excesiva y cansancio

Negrito y Víctor comentaron que los síntomas de sed excesiva y la constante necesidad de orinar estuvieron presentes después de conocer el

padecimiento. Negrito comenta una disminución de la vista pero no lo atribuye como consecuencia de la DM2 ya que a lo largo de su vida ha necesitado usar lentes, de manera similar a éste, Jack comentó que las dificultades que presenta en su vista son a causa de un astigmatismo y que no es derivado tampoco de la DM2.

Negrito: “ (...) de repente si me siento mal si así como que con mucha sed o algo, yo me siento, si siento sed es que ya la tengo muy alta, entonces ya tomo el té, hay unas que parecen como pepitas pero grandes y ya se pelan y te las comes y si, ahorita no recuerdo, cola de caballo creo que se llama...No se me nubla pero si siento que ya no veo tan claro, de por sí yo de la vista siempre he padecido como para ver de lejos si uso mis lentes...si orino mucho, eso sí últimamente sí” (N, E1, pág. 12).

Jack: “Tengo un problema de visión pero es astigmatismo pero no está derivado de la diabetes (...)” (Ja, E1, pág. 13).

A pesar de que la presencia de vista borrosa previa al diagnóstico en Víctor, es algo que no se ha presentado posterior al seguimiento de su tratamiento médico, pero si el hinchamiento y dolor de pies pero tampoco lo atribuye a la DM2 sino a un cansancio generado por el trabajo y largos periodos en que está parado.

Víctor: “No porque... no está en una forma de que se me haya vuelto a borrar, veo perfectamente...Las heridas me cicatrizan bien,...Pues yo creo que es por el mismo cansancio, estoy parado todo el día y ya después me siento en el carro para irme, luego le digo a mi esposa que me deje poner los pies hacia arriba” (V, E1, pág. 14).

En Yovanni además de los síntomas que la mayoría de los participantes hicieron mención, se destaca en sus relatos que su masa muscular disminuyó a la par que bajó de peso y mucho sueño. Yovanni agregó que en cuestiones de la vista él si percibió un cambio notable a partir del

diagnóstico ya que comenta que él antes se caracterizaba por tener una vista favorable y nunca antes necesitó de lentes, esta disminución de la vista la ha atribuido a su consumo de refresco; sin embargo en su relato se muestra confundido en saber si esto le afectará o no.

Yovanni: “Si el cansancio, mi masa muscular disminuyó, bajé de peso, mucha hambre y viajando y mucha sed...” si me siento a veces muy mal, a veces me siento desganado... con sueño...y sed y la vista últimamente veo borroso y si noté el cambio porque yo veía bien pero unos meses para acá ay cabrón veo borroso y me decían es que la coca light te hace daño eso afecta y que no sé qué y dije bueno ya no tomo coca light y ahora tomo coca de esta, que al igual me va a hacer daño pero no sé si me afecte a la vista o no” (Y, E1, pág. 4-5).

4.2.7.5 Síntomas posteriores y sus consecuencias en el ámbito laboral

El 5° Fantástico fue el único participante en comentar que los síntomas posteriores han modificado significativamente los ritmos y horarios de trabajo a los cuales estaba acostumbrado llevar a cabo. Comentando así que al 4to día de llevar jornadas completas en el transporte público que maneja es cuando ya se siente cansado y tiene la necesidad de extender sus días de descanso.

El 5° Fantástico: “Bueno si me siento bien y aunque pues la Diabetes pues te digo como no te cuidas al 100%, pues si te va mermando pues si me siento, te digo que soy taxista y luego a los 2 o 3 días de trabajo, trabajo el primer, segundo, tercer día bien trabajo bien 10, 12, 14 horas al día, al 4to día si ya me siento cansado, si ya me siento así como que tengo que descansar...“chíngale ya me voy a descansar a mi casa” o ya no trabajo y decía “como quisiera estar sano para seguir trabajando y llevar más dinero a mi casa” o sea a lo mejor si no estuviera enfermo trabajaría más tiempo y podría yo, pues llevar un poco más de dinero a la casa” (5°, E1, pág. 6).

4.2.7.6 Retardo en la cicatrización de heridas

En el caso de Jack fue el único en comentar que se manifiesta un proceso de cicatrización más largo que antes de tener DM2; Yovanni relató tener molestias de circulación en manos y pies estando esto presente por días hasta que baja los niveles de sal en su alimentación.

Jack: “He llegado a tener, me he dado cuenta que tengo algún tipo de lesión por ejemplo si en algún momento (se agacha y se descubre el tobillo para mostrar una herida)... traía una herida que me duró como un mes en cerrar, la cicatrización se vuelve muy lenta y no tiene que ver con el nivel que yo tenga de azúcar porque aunque yo mantenga bien los niveles de azúcar si noté que tardaba mucho tiempo en cicatrizar, en la caída de las costras y en desaparecer, llegué a tener lesiones, golpes y con algún tipo de herida que llegaron a tardar hasta 6 meses en desaparecer.” (Ja, E1, pág. 13).

4.2.7.7 Presencia de neuropatías periféricas

En este mismo sentido de los síntomas posteriores, Yovanni fue el único participante en tener molestias en extremidades como en pies y manos, dichas molestias se manifiestan como un hormigueo constante con una duración de días y que generalmente se agudiza durante las noches. Ante esto Yovanni tomo como medida auto regulatoria disminuir el consumo de sal en las comidas y que esto ha aliviado las molestias, pero no las ha anulado por completo.

Yovanni: “(...) lo que si me hormiguea mucho las manos, dicen que son neuropatías... y es bien feo eso también los pies, pero uno no entiende, pero al principio nada de eso, ahora en las noches se me duerme pero que te crees que deje de consumir sal y me aliviano un poquito, pero me duraba días ehh adormecido” (Y, E1, pág. 8).

4.2.7.8 Ausencia de síntomas posteriores al diagnóstico de DM2

Aníbal, Señor Mayo y Jorge comentan no tener síntomas posteriores al diagnóstico, el primero comentó que lo único que él percibió en su cuerpo era el sobrepeso, no indicando así ninguna molestia o dolor.

Aníbal: “No, solo que estaba gordo, nada más, no hay síntomas, no hay dolores o, no hay no hay nada, solo sabes que estas enfermo de diabetes o que como vas en los estudios y te dicen “bájale a esto” “está comiendo mal” (A, E1, pág. 21).

4.2.7.9 Abandono de tratamiento a causa de ausencia de síntomas

Para el caso de Jorge, quien también comentó no haber tenido síntomas posteriores puesto que sus niveles se normalizaron al tener un seguimiento adecuado de tratamiento médico y dieta en un principio, posteriormente es cuando comienza el descuido del mismo, ante la ausencia de molestias sobreviene una etapa de confianza y en ello recae en hábitos alimentarios poco saludables para el organismo.

Jorge: “(...) a mí se me normalizaron mis niveles por muchos años y lo que pasa es que uno se confía y vuelves a retomar los malos hábitos en bebidas en comidas, en ya no hacer ejercicio y no pues ya andaba bien alta la glucosa y no ya es más difícil controlarla, es más fácil que haiga la tendencia a que se vaya elevando a que vaya disminuyendo (...)” (Jo, E1, pág. 6-7).

En general todos los participantes coinciden con respecto a los síntomas posteriores que se presentan en su organismo eventualmente y lo han significado como indicadores de altos niveles de glucosa en sangre.

4.2.8 Pensamientos y emociones asociados al diagnóstico de DM2

Las emociones expresadas por todos los participantes fueron diversas cuando recibieron la noticia de haber desarrollado DM2, las principales fueron el enojo por parte de Aníbal ante el régimen alimenticio que debía seguir, por

otra parte comentó haber tenido pensamientos relacionados con el aspecto físico de la nutrióloga quien le indicaba su nueva dieta, señalando inconformidad ante esto.

Aníbal: “Primero estás enojado y renuente porque ves a la nutrióloga y ves que es gordita y le preguntas bueno y usted porque está gordita, eso no es asunto suyo dígame los pies de quien están en la báscula, le digo pues los míos, entonces vamos a dedicarnos a usted, no me juzgue a mí, yo no tengo Diabetes, así me dijo la nutrióloga y me calló el hocico porque te defiendes, ¡Cómo voy a dejar de comer!” (A, E1, pág. 11).

4.2.8.1 Emociones de irritabilidad y su autocontrol con la ingesta de refresco

Jack, Yovanni y Víctor expresaron tener irritabilidad no por el recibimiento de la noticia sino como una consecuencia en sus emociones, específicamente Jack lo atribuye a una cuestión orgánica donde a la baja ingesta de carbohidratos provoca un cambio en sus emociones, lo cual guarda relación con la dieta como ya en episodios anteriores Jack había señalado.

Jack: “Si hubo en algún momento un poco de irritabilidad por mi parte, del tener que bajar de ciertos estándares, una vez que uno empieza a quitar los azúcares o los carbohidratos el cuerpo empieza a entrar en una etapa muy instintiva, nos volvemos demasiado violetos e irritables y eso cambia un poco la conducta...yo me tomo un refresco no sé si sea la nicotina que traiga un refresco de cola pero a mí eso me calma mucho” (Ja, E1, pág. 13-14).

Yovanni y Víctor señalaron que la irritabilidad percibida en sí mismos aumentó aunado a los comentarios de varias personas quienes informan sobre estos cambios en su estado de ánimo. A pesar de que lo indican como tener un carácter cambiante, éste mostró una tendencia más al enojo e irritabilidad más que a cualquier otra emoción.

Yovanni: “Pues no no me impactó eh, lo tomé así, pero... ahora siento que si me afecta como el carácter a veces muy cambiante, luego intento estar bien otras veces aunque no quiera ando como enojado” (Y, E1, pág. 5).

Víctor: “Si, todo me molestaba, si era enojón pero no a un grado que digamos ya hasta porque pasa una mosca te molesta...si ya te lo dice una persona y luego otra y luego otra y te lo dice tu pareja pues también, luego era la forma de contestar, no agresivamente pero si enojado como porque no lo haces tú” (V, E1, pág. 14).

4.2.8.2 Preocupaciones de la enfermedad con respecto de su familia

Parte de las preocupaciones expresadas en los participantes estuvieron en función de su familia y no de sí mismos y su estado de salud, Yovanni comentó haber estado en un periodo de depresión a causa de la preocupación que le genera su familia. Hace mención de estar “apurado en dejarles algo” en un sentido dirigido a no dejar a su familia desamparada.

Yovanni: “Bueno pues te digo que caí en una depresión muy fea pero les digo a veces me quedo sin trabajo pero no sin manos, entonces sigo sigo, yo quiero ver... ahorita uno de mis planes y que me tiene muy apurado es dejarles algo a ellos, un apoyo de algo, ese es el mayor apuro y pues le estoy echando ganas” (Y, E1, pág. 9).

Al igual que Yovanni, Víctor comentó que su principal preocupación es su familia; expresando así que desearía no estar enfermo ya que su única hija es pequeña y no le gustaría afectar en la niñez que vive actualmente la niña. También agregó que parte de la enfermedad le genera molestia el hecho de no poder hacer todas sus actividades y tener que seguir una dieta.

Víctor: “Si, pues me preocupa... pues yo quiero no estar enfermo, quisiera no pues como le diré, no dejar a mi hija en cosas que ahorita está disfrutando su escuela, su niñez y que yo

me enfermara lo más grave que yo pudiera, que no quisiera más bien...molestarme en que no pueda yo hacer todas mis actividades como... comer de todo, ya tengo que hacer no una dieta balanceada pero tratar de comer lo menos que me haga daño (...)" (V, E1, pág. 6-7).

4.2.8.3 Emoción de tristeza y arrepentimiento ante el recibimiento de la noticia de DM2

Por otra parte, la tristeza como la emoción presente posterior al recibimiento de la noticia se presentó en El 5° Fantástico, Señor Mayo y Messie, comentaron haber sentido depresión y desilusión.

El 5° Fantástico: "Pues al principio si te deprime, sientes que se te acaba el mundo pero ya cuando uno se empieza a informar por medio de los médicos, documentales, revistas, libros entonces ya vas viendo, ya lo vas digiriendo y vas viendo que no se acaba el mundo y pues que es tratable y que lo puedes tratar" (5°, E1, pág. 9).

Sin embargo éste participante comenta que a pesar de la tristeza, hubo un sentimiento de tranquilidad ante el conocimiento de la existencia de medicamentos reguladores de la DM2, además de la variedad de dieta agregando así que el seguimiento del mismo tratamiento es responsabilidad propia del que lo padece.

El 5° Fantástico: "Cuando me dio la diabetes si me desilusioné y se te cae el mundo pero cuando ya sabes que hay medicamentos como te he dicho también que todo depende de ti, depende de la persona de que te cuides, que no comas lo que no debes de comer, aunque lo comas pero en pocas cantidades y de vez en cuando y que comas más de lo que si puedes comer como son verduras, agua natural, que vayas alejando los azúcares, los carbohidratos, que te informes sobre cómo manejar la diabetes yo creo que se te hace fácil y la

acabas por aceptar, aceptándola la dominas” (5°, E1, pág. 11-12).

En específico en el caso de Messie dice sentirse mal solo ante el diagnóstico y que se fue disipando debido a que éste participante asocia que al sentir tristeza la enfermedad avanza con mayor rapidez.

Messie: “Pues al principio como que si me sentí mal, pero pues ya después lo fui ahora sí que aceptando porque pues te deprimes o algo, por alguna enfermedad hasta yo creo que te daña más, a ti mismo, entonces por eso mejor ir aceptando las cosas aunque sea poco poco pero pues aceptando... Pues no, porque pues ya este, te digo ahora ya lo tomo más con conciencia porque pues si me llego a andar preocupando yo creo que hasta peor me da la enfermedad o me decaigo” (Me, E1, pág. 7).

Por otra parte, Señor Mayo expresa haber tenido sentimientos de arrepentimiento y una búsqueda de prevención ante el padecimiento.

Señor Mayo: “Si te sientes mal porque empiezas a pensar porque no pude prevenir esto antes, porque dejé que llegara todo eso pero pues ya desgraciadamente cuando te das cuenta pues ya es tarde para darle reversa es algo que ya no tiene reversa (...)” (Ma, E1, pág. 14).

4.2.8.4 Analogías asociadas al desarrollo de la enfermedad

Algunos participantes hicieron analogías asociadas al control de la enfermedad, por ejemplo Señor Mayo comparó la enfermedad con un toro en donde la responsabilidad de salir perjudicado está en sí mismo, pero éste participante destaca el hecho de no sentir miedo ante el padecimiento, por el contrario, tenerle respeto.

Señor Mayo: “(...) pero digo es como estar toreando a un toro y dices si yo lo veo de lejos ahí nomás que se quede no pasa nada, pero si vas y lo provocas pues corres el riesgo de ser

embestido y yo siento que así debe de ser la enfermedad algo que se debe de respetar pero no tenerle miedo porque a lo que le tienes miedo no te le puedes enfrentar y la enfermedad si le tienes miedo y la respetas pues ahí que se quede” (Ma, E1, pág. 14).

4.2.8.5 Incredulidad ante el recibimiento del diagnóstico de DM2

En el caso de los pensamientos más frecuentes en los participantes fue la incredulidad ante la noticia, ya que las condiciones en que la recibieron fueron ya sea en un hospital como en el caso de Carlos quien asistía por otras molestias, en el caso de Negrito y Jorge recibieron la noticia en su lugar de trabajo y a ello se suma el hecho de que estos dos últimos participantes no tuvieron síntomas previos.

Carlos: “Si le digo que se sorprendieron y cuando me tomaron la sangre y me dicen usted es diabético, y les digo no como creen, como voy a ser diabético no, le digo a lo mejor hay un error ...y yo no acepto al enfermedad...bueno no es que no la acepte pero se me hace increíble porque los diabéticos se cuidan demasiado, que el pie, las heridas y eso y yo no, o sea pues hago mi vida normal, me corto, gasolina, limón y ya y mucha gente que tiene diabetes se pone a llorar, se quiere morir” (C, E1, pág. 10).

Negrito: “Pues yo no creí, no no tengo la diabetes a pesar de que ya tenía esos alto índices pero según yo decía que estaba bien pero no, si estaba, si lo tenía muy alto, nunca lo acepte (...) (N, E1, pág. 9-10).

Sin embargo, Víctor quien fue uno de los participantes quien expresó haber tenido síntomas previos pero aun así los pensamientos de incredulidad estuvieron presentes en este participante.

Víctor: “No pues entré en un... estado que dices no puedo creerlo (...)” (V, E1, pág. 6-7).

La incredulidad de Jorge estuvo en función de que la noticia le impidió recibir su licencia para conducir un tráiler y con una cantidad significativa de dinero el médico alteró el examen médico por lo cual le hizo pensar a Jorge sobre la veracidad del diagnóstico.

Jorge: “(...) yo tenía duda de que el médico que de ahí del lugar del examen pues estuviera... fuera veraz porque me pidieron una dádiva para darme la licencia entonces a mí me entró la duda porque si él dice que esta tan alta mi azúcar y por una cantidad él me da la firma y en realidad no es cierto, entonces lo que pretenden es obtener dinero (...) No fijate que a mí no me afectó, también porque la primera vez no le creí al doctor, pero no me espanté que me haiga afectado, una depresión o algo”(Jo, E1, pág.7-9).

Carlos y Negrito coinciden que ante la noticia lo primero que pensaron fue en su familia, específicamente en sus hijos.

Carlos: “La verdad si me sentí muy mal, me deprimí bastante, no tanto porque fuera yo diabético sino que mi primer pensamiento fue mi hijo, yo dije me voy a morir, estaba yo en la cama y me dijeron usted es diabético y sentí.. me sentí muy mal al grado de ir al baño y llorar (...)” (C, E1, pág. 21).

Negrito: “(...) tiene como 5 años que dije si ya le voy a bajar, más o menos ahí me hice consciente de eso porque pues hay que durarle un poquito más a los chavos...pensé mucho en mi familia, los quiero mucho a mis hijos a mi esposa, a mis hermanos que se preocupan porque ahorita soy prácticamente el mayor y fue el que quedó como mayor” (N, E1, pág. 9-10).

4.2.9 Autopercepción sobre la enfermedad con el recibimiento de la noticia

Carlos fue el único participante en señalar que la noticia tuvo un fuerte impacto ya que se encontraba hospitalizado por otras razones y esto agudizó la preocupación que tenía sobre su vida, comenta que en ese momento se percibió con descuidos en su persona y parte de los sentimientos expresados fueron tristeza y llanto.

Carlos: “ (...) entré al baño y lo primero que veo es un espejo, y me vi, imagínese barbón, flaco y todos los pellejos colgando y la verdad de hombre se lo digo me puse a llorar y me reflejaba y decía ¿qué va a hacer? (agacha la cabeza y comienza a llorar por 6 segundos)...me ponen una bata de las que se amarran atrás, no pues era un hilacho de hombre ya entró una enfermera y trataron de hablar conmigo así como ahorita yo nada más le... (Sigue llorando y se entre corta su voz)” (C, E1, pág. 21-22).

4.2.9.1 Temores ante las complicaciones de la enfermedad y la muerte

Como parte de los pensamientos y emociones experimentados ante el diagnóstico de DM2, los participantes expresaron haber tenido temores actuales ante el avance de la enfermedad. Mientras que el Señor Mayo y Carlos hablan de temer a la muerte como algo inevitable en el ser humano aun con enfermedad o salud, otros como Aníbal y Jorge hablan de un temor específico.

Señor Mayo: “No le tengo miedo a la muerte pero si puede llegar y va a llegar inevitablemente, y tú ves gente que dices pero si estaba joven y ves que ya se fue y luego ves señores que hay andan que ay apenas andan caminando y yo si digo gracias dios mío por permitirnos la vida porque la vida hay que valorarla cada día que uno abre los ojos (...)” (Ma, E1, pág. 17).

Carlos: “No, no me preocupa, me preocupaba en el hospital porque como decían que podía yo fallecer, me preocupaba mi hijo porque él está terminando ya la prepa y yo sé que mi

mamá o mi papá no van a ayudarlo, el día que yo falte nadie lo va a ayudar...le pido a Dios cada noche si mi hijo dice que son 4 años de carrera y uno que le falta de la prepa le digo a Dios regálame 5 años de mi vida y luego haz de mi lo que tú quieras” (C, E1 pág. 9).

Jorge: “(...) si si hay un temor que desde mucho tiempo ha existido de mal cuidarme y que me dejara inválido la enfermedad, tengo ese temor” (Jo, E1, pág. 4).

4.2.9.2 Temor ante la complicación crónica de diálisis peritoneal

Aníbal comentó temer a ser paciente en diálisis peritoneal debido a que conoce la esperanza de vida de 5 años en promedio cuando una persona se somete a dicho tratamiento.

Aníbal: “Ya cuando le hacen diálisis es decir, cuando sus riñones pierden la función de purificar la sangre, entonces le quedan 5 años de vida, de ley es normal, me cuido mucho tomo mucha agua, no agua simple si no de bebidas sin azúcar y mucha para que mientras más orines, tus riñones siguen trabajando...entonces ese es mi temor por eso me cuido tomo mucha agua” (A, E1, pág. 10).

4.2.9.3 Temor previo al diagnóstico mismo de DM2

Por otro lado Jorge expresó dos temores, uno previo al diagnóstico que se desarrolló alrededor de los 35 y 40 años lo cual estaba en función de ser propenso a desarrollar DM2 por genética o descuido en la alimentación aun cuando dice que la noticia no causó mayor impacto en él; sin embargo el segundo temor en Jorge y que se encuentra presente en sus pensamientos es el hecho de quedarse inválido y no valerse por sí mismo.

Jorge: “(...) hubo un tiempo antes a lo mejor de los 35 a los 40 donde a mí me daba mucho miedo hacerme diabético y trataba yo de... pero exagerado eh cuidarme no tomaba yo refresco,

nada de azúcar porque fue más o menos en el tiempo en que supe que a mi padre se le había desarrollado pero pues fue un lapso de un par de años y luego se me olvidó ...mucha gente le atribuye que la diabetes ha venido de los alimentos por todos los fertilizantes, las hormonas a la carne y que por eso está más propensa la gente porque hoy en día preguntas y de 10 personas 9 son diabéticos (risas) pero en aquel entonces no” (Jo, E1, pág. 6-7).

4.2.9.4 Creencias asociadas a las causas de padecer DM2

El único participante fue Negrito quien comentó mantener la creencia de desarrollar DM2 asociada a un coraje, susto o presiones laborales.

Negrito: “Fueron muchas cosas no, a lo mejor algún susto o algún coraje o algo, yo siento que, en ese tiempo yo dirigía una segunda división y el Herbalife nos vendía la malteada para los atletas y yo la tomaba y yo siento que eso me lo disparó porque en aquel tiempo empecé a sentir mucha sed” (N, E1, pág. 8).

4.3 Apoyo de la pareja

4.3.1 Apoyo de la pareja: preparación de alimentos

La pareja tiene una participación importante en el proceso de salud-enfermedad que viven los participantes, dicha participación está en función de diferentes factores, 8 de los participantes comentaron que el apoyo de la pareja está sustentado principalmente en el cambio de alimentación a la que algunos se sometieron (tomando en cuenta que no todos siguen su dieta aún tiempo después del diagnóstico). Comentan que sus esposas se encargan de hacer un cambio en la dieta, preparar los alimentos permitidos, moderar el uso de sal y grasa en los mismos.

Jack: “(...) ella me ha ayudado muchísimo porque comprende muy bien el proceso de mi enfermedad y la ayuda principal está en la cocina, en todo lo que hace me ayuda en la cuestión de

carbohidratos, bajar las grasas, casi todo lo comemos sin sal y eso me ha permitido tener un buen estado” (Ja, E1, pág. 10).

Jorge: “Pues regañándome (risas) no pues el apoyo me dice ya ya probaste no te excedas luego te vas a sentir mal con que hay me duele la cabeza” (Jo, E1, pág. 13).

Yovanni: “Pues ella siempre ha estado apoyándome desde ir al médico, en darme las medicinas en que me está diciendo que no consuma mucha azúcar” (Y, E1, pág. 7).

Víctor: “(...) mi esposa ya me cuidaba, me daba carne, verduras, frutas, no todas solo manzana, melón, papaya y lo demás pues ya no” (V, E1, pág. 8).

El 5° Fantástico: “Pues ella sí estuvo conmigo y me estuvo apoyando mucho no hay como uno porque por ejemplo ella guisaba y luego yo le decía pues no le pongas tanta sal, o no me sirvas café con tanta azúcar” (5°, E1, pág. 9).

4.3.1.1 Modificación de dieta en el resto de la familia

En los casos de Aníbal y Negrito comentaron que dicho cambio en la alimentación no fue exclusiva en ellos, puesto que la familia (esposa e hijos) han decidido hacer cambios saludables a su alimentación, interpretando esto también como apoyo por parte de los hijos.

Aníbal: “ (...) yo vivía con mi esposa entonces el apoyo tenía que venir de ella, cambiar todo tipo de alimentación, más verduras, más al vapor, menos frito y hasta la fecha mi ex esposa y mis hijos siguen comiendo así... entonces de mi familia ya casado si tuve todo el apoyo” (A, E1, pág. 21).

Negrito: “Mi esposa muy bien me apoyó porque ella empezó a bajarle a las frituras a las garnachas y todo eso, y así hasta la

fecha todos estos chavos se la llevan bien con la alimentación porque mi esposa les maneja bien la dieta.” (N, E1, pág. 8).

Cabe mencionar que durante las entrevistas se presentaron situaciones particulares como fue en el caso del Señor Mayo, minutos previos a iniciar la entrevista su esposa realizó una serie de comentarios asociados al hecho de que su esposo haya desarrollado diabetes, aludiendo a que han tenido discusiones en las que el Señor Mayo culpa a su esposa de desarrollar esta enfermedad y ella finaliza su comentario asumiendo que esa es la verdad, a continuación el relato:

Esposa de Señor Mayo: “Bueno, ay perdón nada más no vayas a decir como luego me dices “tú tienes la culpa de que” no vayas a decir es que mi señora tiene la culpa, es la culpable de que yo sea diabético (risas de la esposa) ¿verdad?... Porque para él la verdad, esa es la verdad me dice tú tienes la culpa que yo sea diabético y sí yo te he descuidado (se dirige al participante) (risas de la esposa) ya me voy es broma es broma” (Esposa de Ma, E1, pág. 1).

Comparando con el relato que dio el Señor Mayo respecto del apoyo de la pareja fue distinto a lo que se esposa había relatado antes de iniciar la entrevista puesto que el Señor Mayo comentó que ella ha sido un pilar importante en su cambio de alimentación. El hecho de que los comentarios de su esposa hayan sido antes pudieron alterar las respuestas del Señor Mayo ya que pudieron ser interpretados por el participante como “advertencia”.

Señor Mayo: “Si hasta la fecha, yo siento que es pues un pilar grande para mi forma de vivir y para sobrellevar la enfermedad...yo hablo de ella porque es la más cercana y todo pero todos todos, ellos han contribuido para que a base de consejos, hasta de regaños de que esto no lo hagas porque te hace daño, pero finalmente los analizas tú y dices pues tienen razón o sea no son agresivos a si de que no pues tú tienes la

culpa, no ellos siempre dicen es algo que ya tienes y vamos a tratar de que vivas mejor y todo, a base de consejos, de orientación” (Ma, E1, pág. 15).

4.3.1.2 Acompañamiento de la pareja

El significado atribuido por Messie y Carlos estuvo en función del acompañamiento para recibir la noticia del diagnóstico de DM2, en el caso de Messie comenta la insistencia de su esposa para que asistiera al médico, mientras que Carlos significó el apoyo de su esposa en función de trámites, visitas en el hospital y recibimiento de informes médicos.

Messie: “Pues lo que pasa es que estaba yo así y había veces que mi esposa me decía “te ves mal” “vete a checar y todo” y ya si fue a checarme con el doctor... Pues bien o sea, ahora sí que mis hijos estaban chiquitos, o sea casi no, ellos ya igual y han estado creciendo y se están dando cuenta de la enfermedad y todo, pero realmente cuando me dijeron ahí pues estaban chiquitos” (Me, E1, pág. 2).

Carlos: “Ahí si conté con ella, con las visitas, con los informes, se gastó muchas vacaciones y ahí si lloré con ella y le dije que le encargaba a mi hijo ahí si me apoyó bastante, bastante pero ahora con las discusiones me lo ha gritado que ella se la pasó en el hospital que yo no era nadie. Entonces le digo cosas buenas que hace me lo voltea” (C, E1, pág. 22).

4.3.1.3 Comentarios de la esposa respecto su enfermedad

En el caso particular de Carlos, la vivencia de padecer DM2 es compartida con su esposa ya que ella también tiene el diagnóstico con más años de evolución, por lo que ella se muestra sorprendida al comparar que ella si toma productos para el tratamiento de DM2 y él no.

Carlos: “(...) y me dice mi esposa se me hace increíble que no haces nada no tomas nada (...)” (C, E1, pág. 5).

Los comentarios de la esposa del Señor Mayo fueron en función de asumir parte de la responsabilidad del hecho que su marido padezca esta enfermedad, ella lo asume a partir de comentarios que el Señor Mayo le ha hecho a su esposa.

Esposa de Señor Mayo: “ay perdón nada más no vayas a decir como luego me dices “tú tienes la culpa de que” no vayas a decir “es que mi señora tiene la culpa de que yo sea diabético” (risas de la esposa)...porque para él esa es la verdad...y sí yo te he descuidado (se dirige al participante)” (Ma, E1, pág. 1).

4.3.2 Consumo de sustancias nocivas

Cabe mencionar que a lo largo de los discursos de cada participante comentaban haber sido consumidores de por lo menos una sustancia nociva para su salud (previo al diagnóstico); sin embargo por lo menos 5 admitieron seguir consumiendo cigarro, alcohol o ambas.

4.3.2.1 Consumo de cigarro previo y posterior al diagnóstico de DM2

En Aníbal y Negrito comentaron que antes de padecer DM2 tenían un constante hábito del consumo de cigarro, el primero dijo haberlo dejado desde hace 8 meses, mientras que Negrito dice seguir fumando en esporádicas ocasiones y ambos negando el consumo de alcohol.

Aníbal: “Pues bien, no había otras opciones, simplemente me decían que dejara de fumar que nunca lo hice y bajarle a las grasas, eso sí lo hice pero no dejaba de fumar entonces el cigarro endurece las arterias, lo dejé hasta hace 8 meses y al mes vi los cambios importantes, ya puedo a veces correr una cuadra y ya no me sofoco.” (A, E1, pág. 27).

Aníbal: “(...) yo dejé de fumar hace 8 meses o 9 meses entonces todo lo que es el proceso de erección ha mejorado

mucho desde que dejé de fumar más a parte con el viagra uhh como adolescente.” (A, E1, pág. 7).

Negrilo: “(...) me he sentido bien y hay de vez en cuando me fumo un cigarro, alcohol no y es lo que más me regalan mis alumnos el día del maestro (risas).” (N, E1, pág. 9).

4.3.1.2 Consumo de alcohol previo y posterior al diagnóstico de DM2

Carlos fue el único en referir que desde su adolescencia tuvo contacto con el alcohol, el cual le provoco hacer juramentos que solo ha logrado una vez y que comienza a tener una decaída en dicho consumo.

Carlos: “(...) logré casi 5 años en dejar el alcohol entonces por juramento o por lo que usted quiera pero empecé otra vez, ahora que tengo ya otros problemas con mi pareja hay veces que me da por tomar ahorita en 4 años y medio lo había logrado pero empecé otra vez, me pongo muy mal nadie me controla, no golpeo ni hago desmanes pero si me altero mucho y me pongo muy mal” (C, E1, pág. 5).

4.3.1.3 Consumo de alcohol- cigarro previo y posterior al diagnóstico de DM2

Por otra parte dos participantes asumieron consumir cigarro y alcohol antes y después de padecer DM2. Víctor comenta que sabe el daño que le provoca fumar; sin embargo en su trabajo en donde hay más probabilidades en que pueda consumirlo, de igual manera el consumo de alcohol tiene mayor posibilidad de ingerirlo es en fiestas o reuniones, el caso de Yovanni es similar al de Carlos en el alcohol, no obstante Yovanni fue el único participante que refirió consumir hasta 13 cigarros diarios actualmente y que lo menos que ha consumido por día son 8 cigarrillos, cabe mencionar que durante la entrevista tuvo lugar el consumo de por lo menos 2 cigarros.

Yovanni: “(...) he estado fumando mucho... Como 8 al día y ya le bajé porque me fumaba como 10, 12 o 13 y ahorita ya le bajé porque ejemplo hoy llevo dos cigarros porque ya le bajé...

pues hay semanas que no tomo, voy a una fiesta y si me tomo unas copas, como 10 copas y en otras me tomo 3 o 4 pero ya embriagarme como antes ya no” (Y, E1, pág. 7).

Víctor: “Yo digo si nos afecta mucho tomar fumar, pero yo antes y le voy a ser sincero, yo antes tomaba mucho, me gustaba tomar... ahora ya constantemente a veces me fumo 1 o 2 cigarros, antes me fumaba hasta media cajetilla en un día, si estoy trabajando si se me antoja un cigarro...Si tomo, pero ya no como antes, ya no me emborracho nada más me tomo 3... 2, y de vez en cuando...yo juraba para no tomar, en mi primer juramento fue de 3 meses, ya después de 6 meses, un año, dos años, 3 y luego de 5 “ (V, E1, pág. 10).

4.3.1.4 Consumo de cigarro previo al diagnóstico de DM2 y abandono posterior

Jorge fue el único participante en comentar que durante su juventud si consumía cigarro y que su contacto fue a la edad de 12 años, pero después del diagnóstico decidió suspender su consumo. El resto de participantes (5) negaron tener un consumo asociado a estas sustancias.

Jorge: “Yo me acuerdo que a la edad de 12 años he de ver fumado mi primer cigarro” (Jo, E1, pág. 3).

4.3.3 Padecimientos derivados de DM2

Los padecimientos derivados que se han desarrollado en algunos de los participantes son variados, Aníbal fue el único en hacer referencia a padecer disfunción eréctil antes de utilizar Sildenafil para la potencia sexual, mientras que El 5° Fantástico, Negrito, Jack, Carlos y Jorge negaron padecen enfermedades desarrolladas de la misma DM2.

Por el contrario, el relato de los demás participantes fue bastante diferentes puesto que han derivado distintos padecimientos en su mayoría asociados a molestias periféricas (piernas y brazos).

4.3.3.1 Presencia de llagas en extremidades inferiores

En el caso de Messie se presentó llagas en un dedo del pie lo cual derivó en la amputación de la pierna izquierda casi en su totalidad, Messie comenta que desde la aparición de la llaga hasta la decisión de asistir al médico fue un periodo de 4 años, parte de sus pensamientos estaban referidos a no darle la importancia que requería atenderse.

Messie: “(...) una llaguita que me salió en el dedo del pie, si me lo curaba, me lo lavaba bien pero yo por “decidioso” lo fui dejando y llegó un momento en que se me empezó a infectar, se fue adentro de la pierna y pues ya se me empezó a infectar el tobillo, y ya cuando fui al doctor pues ya tenía el chomorro inflado como globo, me dijeron “no eso te lo hubieras tratado desde un principio”...pues si fue mucho tiempo, casi como 4 años, y pues ya ahora sí que por “decidioso”, ya después me dijeron los doctores o te amputamos la pierna o te damos de alta y te vas a morir a tu casa (...)” (Me, E1, pág. 8).

4.3.3.2 Temores asociados a la complicación de DM2

Con la vivencia de Messie, pasó por una etapa de preocupaciones asociadas al retiro de su extremidad inferior izquierda, este temor estuvo en función de que la infección estuviera presente aún después de la operación, después de la confirmación para poder suturar la herida entonces se disipó dicho temor.

Messie: “Al principio yo me sentía preocupado un poco porque me dije vaya ya todo lo que sufrí y si me dicen que todavía está infectado no pues no, ya cuando me dijeron ya estás bien, bueno pues me sentí ya mejor, bueno de pérdida ya nada más llegó y si dije en un momento dado si desde un principio me hubiera atendido pues a lo mejor no hubiera pasado nada.” (Me, E2, pág. 2).

Una vez que se enteró que debían retirar la extremidad infectada Messie relató que una pregunta frecuente dentro de sus amigos y familiares fue relacionada a que iba a hacer, puede notarse en el siguiente episodio que su contestación era corta y sin preocupación aparente. En Messie tuvo importancia el papel de su creencia en Dios ya que en su relato hace referencia a que esta experiencia ha sido una nueva oportunidad para seguir.

Messie: “(...) ya después de esto que me pasó de la amputación pues todos me andaban diciendo “ y ahora que vas a hacer” y les decía “que voy a hacer de qué, pues a seguir trabajando” a seguirle echando ganas, luego pues al principio si casi no tenía fuerza en la pierna...le di gracias a Dios por darme otra oportunidad, dije bueno, de perdida no me llevó (risas) y ya salí adelante, pero si me ha costado, un montón de veces que me he caído, pero pues ni modo son golpes de la vida no (risas)” (Me, E2, pág. 1-2).

4.3.3.3 Vivencia de un infarto posterior al diagnóstico de DM2

Otra de las vivencias ha sido tener un infarto, tal es el caso del Señor Mayo puesto que esta experiencia fue años posteriores al diagnóstico aun cuando este participante comenta que su alimentación y su dieta son como su religión, bajo este mismo argumento el participante no atribuye el infarto a causa de la diabetes sino a una arteria tapada en el corazón.

Señor Mayo: “Me dio un infarto y todo, ahora el infarto pues yo no considero que haya sido consecuencia de la diabetes porque te digo yo siento que fue una cosa pues porque tengo tapada una arteria que me destaparon por medio del cateterismo pero pues no, por lo menos ahí en cardiología no me dijeron que fuera consecuencia de la diabetes... yo creo que le da a cualquiera yo siento que cualquiera podemos sufrir un infarto, por el colesterol, por muchas cosas que te puede provocar un infarto, una agitación fuerte sobre lo normal te puede provocar un infarto... yo sentía que no llegaba yo a la

clínica y decía yo porque me esperé tanto y no afortunadamente llegamos luego luego me atendieron, me controlaron, este electrocardiogramas y salió que si iba infartado... lo malo es desconoce síntomas y tú sientes que te duele y dices ay voy a hacer tantito ejercicio” (Ma, E1, pág. 16-17).

4.3.3.4 Neuropatías Periféricas

Por otra parte, dos de los participantes comentaron presentar neuropatías periféricas las cuales se manifiestan con molestias en brazos, manos y piernas, en el caso de Yovanni comentó tener parestesia en manos y pies la cual ha estado presente por varios días, además este mismo participante relató que antes del diagnóstico se autodefinía por tener una visión estable la cual se ha ido deteriorando con el tiempo, en la actualidad esto se manifiesta como borrosidad en la vista. En este mismo sentido, los relatos de Víctor fueron similares en cuanto a tener molestias en las piernas que se manifiestan como edemas musculares.

Yovanni: “(...) sed y la vista últimamente veo borroso y si noté el cambio porque yo veía bien pero unos meses para acá ay cabrón veo borroso... lo que si me hormiguea mucho las manos, dicen que son neuropatías... y es bien feo eso también los pies, pero uno no entiende...pero me duraba días ehh adormecido” (Y, E1, pág. 5-6).

Víctor: “Pues yo creo que es por el mismo cansancio, estoy parado todo el día y ya después me siento en el carro para irme, luego le digo a mi esposa que me deje poner los pies hacia arriba” (V, E1, pág. 14).

En ambos casos comentaron que han realizado cosas o cambios para intentar disminuir estas molestias, en Yovanni relató que disminuyó la ingesta de sal mientras que en Víctor dice poner sus pies en alto para disminuir el dolor y la hinchazón de pies.

4.3.4 Afrontamiento de DM2

Todos los participantes mencionaron la manera en cómo han afrontado la enfermedad; sin embargo con bastantes diferencias entre sí.

4.3.4.1 Negación del padecimiento de DM2

Es equiparable los relatos de Aníbal y Jack ya que ambos comentan no sentirse enfermos y tampoco dar a conocer su diagnóstico a las personas que los rodean por varias razones, en Aníbal por temor a que él produzca pensamientos de lástima y en Jack la interpretación que hace de la enfermedad es que ésta misma le hizo tomar decisiones en favor de una vida saludable.

Aníbal: “Pues no sintiéndome enfermo, porque bueno de hecho dicen que realmente mueres cuando dejan de extrañarte, que realmente estás enfermo cuando te sientes enfermo, te recuerdo yo tengo tres enfermedades raras feas, ni una es bonita, pero yo no me siento enfermo, ni las ando presumiendo” (A, E1, pág. 9).

Jack: “Yo les digo que para mí esto fue un desajuste y pues la vida me equilibrio y lo que nosotros llamamos enfermedad muchas veces no es más que la forma en que el universo te dice te estás saliendo de los límites y que pues tienes que regresar dentro de ellos ahora creo que llevo una vida muchísimo más sana que cuando estaba sano, o sea la enfermedad me trajo salud y hoy me siento mucho mejor” (Ja, E1, pág. 15).

4.3.4.2 Afrontamiento de la enfermedad con seguimiento de tratamiento médico

En este mismo sentido, los relatos de Jorge y Víctor tienen similitudes en cuanto a que consideran afrontar la enfermedad con tranquilidad y lucha constante, respectivamente. En el caso de Jorge comenta no recordar algún suceso en su vida en la que se haya negado a seguir el tratamiento de la DM2 y que un factor importante para qué asuma su padecimiento con serenidad es que considera que su apariencia física no denota como tal la enfermedad.

Víctor lo considera como una lucha aun mayor que aquellos que padecen cáncer puesto que en éste es posible vencerlo mientras que en la DM2 tienes que aprender a vivir y convivir con ello, por lo cual son aspectos que en Víctor juegan un papel importante para considerar su afrontamiento como una lucha.

Jorge: “Yo siento que con tranquilidad, no ha habido ninguna ocasión que yo recuerde que me rebelara de esta enfermedad yo si pues poquito que he platicado con personas que saben y poquito que he leído he aprendido, es también a quererte a ti mismo y que dentro de lo que tu aprendes a quererte lo vas a cuidar entonces pues dentro de eso siento que no tengo todavía un aspecto que denote una enfermedad muy marcada entonces eso te levanta el ánimo a seguir pues tratando de llevar un régimen bien, no me ha afectado ni sentimentalmente” (Jo, E1, pág. 12).

Víctor: “Yo creo que de una forma que uno tiene que estar luchando, no hay de otra, tú tienes que hacer muchos esfuerzos para poder luchar contra cualquier enfermedad, tienes que luchar, que realmente esto es más grave que el cáncer porque ese es posible vencerlo pero esta enfermedad es una consecuencia muy grave porque siempre lo va a tener” (V, E1, pág. 15).

4.3.4.3 Afrontamiento con poca responsabilidad

Por el contrario a previos participantes, Negrito y Yovanni coinciden en asumir que han afrontado la enfermedad no con la responsabilidad que requiere. En el caso de Negrito comentó que lo ha tomado con ligereza ya que no ingiere medicamento, no se mide los niveles de glucosa en sangre y tampoco asiste al médico, similar es la situación de Yovanni; sin embargo comentó que aun cuando asume “llevar mal” la enfermedad argumenta que la enfermedad no tuvo impacto en sus emociones y que está muy “animoso” y mientras dice esto durante la entrevista su lenguaje corporal es controversial

en cuanto a que su expresión facial fue seria, su postura en la silla fue semi-encorvada y con un tono de voz medio bajo.

Negrto: “Yo la he afrontado muy a la ligera, la verdad no le he tomado la responsabilidad que se requiere porque tengo que estar tomándome la glucosa yo lo sé, el medicamento lo tengo que tomar y yo supuestamente me escudo en eso en el ejercicio y la dieta, que yo creo que si tomara más seguido los medicamentos estaría mejor” (N, E1, pág. 13).

Yovanni: “(...) mal, la he llevado mal, afrontar es este... yo la he afrontado... no me ha hecho mella anímicamente, yo estoy muy animoso (la expresión en su cara es seria) pero la he llevado mal, no me he llevado al pie de la letra lo que dicen los médicos, no me tomo la medicina, no nada” (Y, E1, pág. 6).

4.3.4.4 Afrontamiento con “valentía”, término asociado a diferentes significados

Dos participantes hicieron referencia a la valentía como una forma de afrontar la enfermedad; sin embargo el significado atribuido por ambos difiere entre sí. En el caso del Señor Mayo el hecho de sentirse valiente está en función de seguir los cuidados y el tratamiento prescrito por el médico.

Señor Mayo: “Pues yo la he afrontado primero con valor, porque para eso no hay que acobardarse, hay que hacerle de frente totalmente y en segunda pues con los cuidados que debe uno de tener para poder afrontarla” (Ma, E1, pág. 20).

Mientras que Carlos considera ser valiente en el sentido de que se compara con otras personas que al recibir la noticia se ven afectadas emocionalmente y que en su caso fue similar pero argumenta que en la actualidad no es así y además tiene una concepción de la DM2 como una gripa eventual en su vida.

Carlos: “Yo la verdad me siento valiente con mucha madurez, porque conozco muchas personas que dicen que les dan la noticia y dicen pues ya me voy a morir ya me quiero morir y les digo estás loco... a mi cuando me dieron la noticia si me destrozó al momento pero digo por algo, pero saliendo del hospital mi hijo me dijo no se me olvida “papá de aquí en adelante yo soy el que te va a cuidar” y si todo recuperé mi peso y todo y haga de cuenta que lo hizo con manos benditas porque yo la enfermedad yo la veo como una gripa que me da de vez en cuando por mi dolor y eso, fue con valentía con madurez porque sé que el ritmo de vida que uno lleva tiene una factura” (C, E1, pág. 25).

Cabe mencionar que una diferencia importante entre el Señor Mayo y Carlos es que el primero significa su tratamiento médico y de dieta como una religión, la cual sigue y respeta, mientras que en el segundo caso no tiene un seguimiento médico y de dieta.

4.3.4.5 Aceptación de la enfermedad

El único participante que comentó haber aceptado la enfermedad ha sido Messie; sin embargo no relató en concreto como es que ha sido dicha aceptación puesto que solo hizo referencia a que ha tenido pensamientos asociados a lo que pudo haber hecho en el pasado para evitar padecer DM2 o bien, prevenir a tiempo la amputación de su pierna.

Messie: “Ha pues si lo voy aceptando, lo voy afrontando, es lo que te digo pues ya no, muchas veces si llegó a pensar bueno hubiera hecho esto, hubiera hecho lo otro para cambiar pero pues no, ahora sí que él hubiera pues ya no existe sino nada más ir afrontando las cosas, y saliendo adelante” (Me, E1, pág. 10).

4.4 Género

4.4.1 Educación en casa sobre ser hombre

La mayoría de los participantes relataron que la educación en casa sobre ser hombre estaba vinculada con el temperamento de su propio padre, por lo menos Aníbal, Carlos Jorge, Yovanni y Víctor coinciden en la fuerte influencia que esto genera en cuanto a la concepción que tuvieron durante su infancia sobre lo que es ser un hombre.

Aníbal definió a su padre como machista argumentando un dicho que su mismo padre decía “siempre cargada y arrinconada” lo cual se reafirmaba con la gran cantidad de hermanos y medios hermanos, que a su vez resalta su relación con muchas mujeres. De igual manera Carlos definió a su padre como violento con su madre, hermanos y con él mismo. En Aníbal y Carlos se encontraron similitudes en sus relatos en el sentido que al tener esa concepción de su padre fue un patrón que no quisieron seguir.

Aníbal: “Mira la educación de mi padre, para él ser hombre era ser macho, o sea la mujer en su casa, como decía el dicho, “siempre cargada y arrinconada” entonces mi padre fue pues... somos 27 medios hermanos, tuvo muchísimas mujeres con las que tuvo hijos y para él eso era ser hombre (...)” (A, E1, pág. 7).

Carlos: “No, o sea bueno yo me acuerdo yo no, nunca lo he dicho, quiero ser como él o quiero pegar como él, nunca lo he dicho porque mi papá es muy violento, le pegaba mucho a mi mamá, sufrí mucha violencia y a mí me pegaban también... entonces me gustó más la cuestión económica pero así alguien así que yo diga quiero ser como mi papá, mis abuelos bueno que tampoco tengo una familia muy bonita que digamos (...)” (C, E1, pág. 7).

En cuanto a Jorge y Yovanni a través de sus relatos se pudo confirmar una creencia arraigada en su propia familia, puesto que ambos son hermanos y coincidieron en el sentido que parte de la educación de su padre y hermanos

mayores sobre ser o no ser hombre eran ciertas conductas o demostración de emociones, como lo es el llanto, de acuerdo a sus recuerdos eso denotaba falta de hombría o debilidad.

Jorge: “(...) tal vez si “haiga” sido porque de niños por parte de los papás o de los tíos, o sea no se nos permitía llorar porque el llanto denotaba en cierto punto una falta de hombría pues yo creo que cuando se lo mencionan a uno se va formando una idea de que el hombre debe ser recio en su forma de ser y en su forma de ser eso te va marcando” (Jo, E1, pág. 3).

Yovanni: “Pues no, bueno pues igual los amigos y los hermanos en algunas pláticas dicen los hombres no lloran, los hombres deben de andar con muchas mujeres viejas así” (Y, E1, pág. 3).

El caso específico de Víctor tiene similitudes con previos participantes ya que hace referencia a la familia, en su caso fueron sus hermanos los que tuvieron influencia en el concepto que entendía sobre ser hombre por lo que Víctor definió a sus hermanos como responsables para demostrar ser hombre.

Víctor: “(...) mis hermanos siempre han sido responsables ante sus familias que a lo mejor tenía otra... como le diré, pues que los enseñaran de otra forma yo tal vez era de otras ideas” (V, E1, pág. 4).

4.4.1.1 Influencia de Instituciones sociales para la formación de significados sobre “ser hombre”: religión y escuela

No obstante, tres participantes asumieron que durante su infancia tuvieron influencia de otras instituciones sociales como lo es la religión y la educación escolar. Negrito hizo referencia al sacerdote como principal acercamiento con respecto de lo que es un hombre, tomando en cuenta su relato un hombre es aquel que engendra, en Negrito fue la religión tradicional católica que generó ideas asociadas a lo que es un hombre.

Negrto: “(...) fue en el catecismo, desde chicos, entonces eso nos platicaba mucho el sacerdote y más o menos no era tan abundante la plática pero si más o menos nos decía que el hombre pues era el que engendraba al hacer contacto con la mujer y todo eso, pero, y eso si fue de chico eh, o sea como que no interesaba mucho... Pues nada más así cosas superficiales, este, que más adelante íbamos a tener alguna experiencia diferente de que con la mujer y todo eso pero pues no lo tomábamos mucho en cuenta” (N, E1, pág. 4).

Mientras que el Señor Mayo narró que los primeros acercamientos los tuvo desde pequeño cuando en su familia solo hacían la diferencia de los sexos entre un hombre y una mujer y conforme creció la educación secundaria reforzó dichas ideas, pero simplemente en diferencias entre un sexo y otro.

Señor Mayo: “Bueno mira ser hombre te lo inculcan desde pequeñito y eso, pero desde una manera te digo como que muy, como te diré, como muy esporádico...decían “ustedes son hombres y sus hermanas son mujeres” y uno entendía porque razón la diferencia del sexo y todo pero básicamente eso era la diferencia... aparte de que ya en la secundaria pues obviamente ya te vas dando cuenta de la diferencia de los órganos masculino y femenino, eso sí lo veíamos desde la escuela también.” (Ma, E1, pág. 5).

4.4.1.2 Creencias de culturas orientales ante el significado de ser hombre

En Jack esta concepción de ser hombre está regida bajo creencias asociadas a culturas orientales en las que usan analogías sobre la dualidad del universo, lo cual relaciona con analogías la relación entre un hombre y una mujer.

Jack: “(...) desde que yo tengo uso de razón nunca le he dado valor a ese tipo de significados para definir un gusto o tendencia hacia la sexualidad o el desarrollo sexual, no

identifico conductas, no identifico comportamientos con lo que ser o tener un género...yo tengo una influencia muy fuerte desde el punto de vista esotérico y espiritual y sobre todo de culturas orientales o sea para mí la dualidad del universo es muy clara para que haya una clavija se necesita un enchufe (risas)” (Ja, E1, pág. 4).

4.4.1.3 Concepto de ser hombre construido con el tiempo

Para el 5° Fantástico no es algo que se enseñe desde niño sino que se va formando conforme se crece y pasa el tiempo, mientras que Messie comentó que tuvo pláticas pero un tanto vagas puesto que no dio información concreta de lo que entendía sobre ser hombre durante la infancia. Ambos coinciden en dar una respuesta escueta y generalizada en la que no refieren haber tenido influencia al respecto.

El 5° Fantástico: “No, yo creo que ya te lo formas, ya con respecto ah, ya como vas viviendo la vida, ya vas tomando idea de que es ser hombre” (5°, E1, pág. 4).

Messie: “(silencio) (...) pues algo así nos pusimos a platicar alguna vez, pero así concretamente pues no” (Me, E1, pág. 3).

4.4.2 Reafirmación de ser hombre con su pareja

Más de la mitad de los participantes narraron que la manera en que reafirma ser hombre con su pareja es a través de asumirse como responsables primordialmente del sustento económico, tal es el caso de El 5° Fantástico, Señor Mayo, Jack, Carlos, Jorge, Víctor y Yovanni.

4.4.2.1 Responsabilidad económica y toma de decisiones

Mientras que el 5° Fantástico y el Señor Mayo narraron que además de eso el apoyo moral a la pareja es importante así como las labores domésticas, para Jack reafirmar ser hombre con su pareja se agrega el hecho de ser el jefe de familia en cuanto a la toma de decisiones familiares resaltando así que su

esposa es el complemento puesto que se encarga de cuestiones “femeninas” como situaciones emociones en la familia.

El 5° Fantástico: “Como ser hombre entonces todo es un conjunto de cosas yo por ejemplo yo trato de ser responsable en mi casa, para mí eso es ser hombre cubrir con las responsabilidades de la casa que mi esposa esté bien, que mis hijos estén bien, que nos les falte alimento, que no les falte sustento, que no les falte escuela, si les puedo dar un paseo pues se los doy así no, pues también estar con ellos, ayudarle a mi esposa en la casa” (5°, E1, pág. 4).

Señor Mayo: “(...) o sea desde saber que, si la pareja no va a trabajar, entonces ser el sustento de la casa, ser el apoyo pues, físico, moral y económico para la pareja” (Ma, E1, pág. 5).

Jack: “Actualmente estoy yo a cargo de toda la cuestión de manutención de mi familia, la toma de decisiones familiares, o sea convertirme en jefe de familia o en cabeza de familia ella asume el papel más femenino en las cuestiones emocionales, está más orientada a las cuestiones del hogar y por decisión propia no porque yo tenga una tendencia a decirle esto es lo que tienes que hacer, no, no” (Ja, E1, pág. 5).

Similar fue el relato de Carlos cuando comentó que parte de reafirmar ser hombre con su pareja es sustentar gastos en casa pero asumió que para él, el significado de ser hombre es aquel que guía a otro, en este caso a su esposa.

Carlos: “Mmm...bueno yo le llamo hombre desde la persona que sabe guiar a otra persona en este caso sus hijos, o sea yo me considero no hombre, pero me considero hombre responsable...ahorita no pues ella ya tiene su casa, gracias a ella y a su esfuerzo pero la casa los gastos los hago yo, yo la

visto, yo la calzo...yo pienso que ha de ser así, ¿qué hombre la va a aceptar con 3 hijos y todavía con cariño? Porque era mucho el cariño que le tenía, le mandaba flores a su oficina, llevarle mariachis, muchos detalles que yo tenía con ella” (C, E1, pág. 8).

Para Jorge, Yovanni y Víctor de similar manera prevaleció su relato en relación a la responsabilidad de sustentar la economía en casa y de esta manera esto lo asocian con la manera en que están apoyando a su pareja.

Jorge: “(...) entonces el ser hombre creo yo que es estar al pendiente de ella en todos los aspectos de atenderla, de cuidarla, rodearla de comodidades y pues estar al frente de lo que es la casa, los gastos, yo considero que de esa forma soy el hombre de la casa” (Jo, E1, pág. 4).

Yovanni: “Bueno ya ahora en la actualidad tengo otro concepto, de... como te lo explicaría... de respetar a la mujer, de respetar a los hijos, ser responsable más que nada en lo que uno inicia, más o menos eso” (Y, E1, pág. 3).

Víctor: “Pues de esa forma pues también ayudándole moralmente, económicamente, a veces quisiera yo partirme en dos o en tres pero no se puede, yo sé que la mujer se parte hasta en 10 pero es muy diferente, yo sé que también es pesado el trabajo de casa” (V, E1, pág. 6).

4.4.2.2 Respeto y apoyo moral hacia la pareja

Dos participantes comentaron que el apoyo a la pareja se encuentra en otras situaciones, en el caso de Aníbal es a través de apoyo moral, el respeto a la mujer, atención y cariño; no obstante Aníbal en su relato comenta que una condición que ha aplicado con varias parejas formales y no formales que ha tenido a lo largo de su vida, donde la responsabilidad económica no aparece en su narración.

Aníbal: “Pues tratándola como dama, como mujer, como amiga, como compañera, como novia, como amante, con toda la ternura que ella pudiera necesitar, ser el brazo fuerte, apoyarla y si necesita y si tiene que discutir con los albañiles “la pongo detrás de mí” es un decir, que se sienta apoyada...es una forma de ser de toda mi vida, respetuoso, cariñoso, atento, respetarlas como una dama, guardar silencio, el de tú eres casada, te vi te saludé y yo no me acuerdo de lo demás, el dicho que dice “los caballeros no tienen memoria” y yo digo ya se me olvidó” (A, E1, pág. 8).

4.4.2.3 En la vida sexual con la pareja

Aníbal fue el único participante en comentar que parte de las demostraciones de ser hombre con la pareja es a través de la vida sexual donde hay una respuesta favorable en la intimidad y cuando el órgano masculino ya no tiene erecciones como antes, esto afecta parte de la “hombría”.

Aníbal: “(...) eso es parte de la hombría, así como para ustedes el que les quiten las bubis por cáncer, esa es su feminidad y se sienten terriblemente mal ...igualmente los hombres si tienes algo ahí pero si nada más me sirve para hacer “pipi” y si no tienes erecciones sientes que ya no eres hombre, sientes que eres un deshecho y por otro lado, a muchos hombres los inclina hacia la homosexualidad pero gracias al viagra que es de veras un gran descubrimiento” (A, E1, pág.13).

4.4.2.4 Referencia al machismo y violencia con la pareja

Por el contrario, Messie ante la pregunta de reafirmación de ser hombre con la pareja prosigue acotando una diferencia entre ser hombre y ser machista y una justificación de haber sido violento con su esposa en años anteriores, donde finalmente no responde la cuestión original.

Messie: “(silencio)... no no sé..... (Silencio) pues, como te diré... (risas)... pues no por qué una cosa es ser hombre y la otra es ser machista, hay veces que realmente si me he portado como machista y he hecho cosas pero así realmente de hombre pues no, hasta aceptar las cosas... pero bueno si con mi esposa, anteriormente si me portaba mal y le gritaba mucho, inclusive hasta la llegaba a golpear pero pues ya después todo fue cambiando, hemos tratado de ir, pues ahora sí que viendo las situaciones, llevando bien la relación (...)” (Me, E1, pág. 3; E2, pág. 4).

4.4.3 Reafirmación de ser hombre en su entorno

4.4.3.1 Cumplimiento de responsabilidades en el lugar de trabajo

La reafirmación de ser hombre en su entorno social de cada participante fue similar en algunos aspectos de sus relatos, en el caso de Aníbal, Carlos y Víctor señalaron que dicha reafirmación la dan principalmente en su lugar de trabajo, Aníbal comenta que ser hombre es saber usar herramienta para reparar cosas, en cuanto al área cognitiva señala que el hombre toma decisiones y en cuanto al aspecto físico y fisiológico para Aníbal es importante el vello en el cuerpo y la potencia sexual en el pene.

Aníbal: “Mira yo soy hombre que le gusta la herramienta y usa la herramienta y no creo que en la época o en la etapa en la que los hombres se depilan y se pintan las uñas y se ponen mucha cremita para estar tan suaves como el cuerpo bello de una mujer, no yo soy hombre de trabajo de herramientas, de tratar de reparar las cosas, de tomar decisiones, de cosas así, cosas que yo considero de hombres pero de mi época, ahora lo que se dice metrosexual no voy de acuerdo con eso, tengo unos sobrinos así muy afeminados, muy feminoides, se depilan y se pintan las cejas y se ponen barniz en las uñas, y esa es su moda y la viven bien y mi hijo es como yo, es peludo como gorila y muy masculino” (A, E1, pág.8).

Mientras que para Víctor le reafirmación de ser hombre en el trabajo es obedecer a las jerarquías y ser responsable de su labor, para Carlos implica hacer favores durante sus horarios como servidor público bajo la creencia que todos necesitamos de todos y de esta manera logra mejorar en sustento económico en el hogar.

Víctor: “(...) ser padre de familia, tener una responsabilidad económica, moral porque tal vez a veces no tenemos la educación o la responsabilidad de tener un trabajo ok yo estoy para obedecer porque a veces no tenemos esa cultura de decir a mí no me gusta que me manden, y siento que debes ser responsable desde el momento que obtienes un trabajo” (V, E1, pág. 6).

Carlos: “ (...) mi zona de patrullaje entonces yo trato de llevármela bien relax, entonces si he hecho tratos con los del corralón y pues me dan para el chesco (sic) pues yo lo recibo y sé que es malo pero de verdad lo necesito y si es gente que me da para ahorrarse una lana, me piden favores de oye necesito una licencia, oye ya me agarró la patrulla y pues les hago el favor, pues todos necesitamos de todos (...)” (C, E1, pág. 14).

4.4.3.2 Sustento económico y familiar

Por el contrario, para el 5° Fantástico y el Señor Mayo comentaron que la reafirmación de ser hombre con su entorno es la responsabilidad de sustentar a sus familias, aunque el Señor Mayo agrega que esta reafirmación gira en torno a varios papeles como el hecho de ser compañero y ser padre.

El 5° Fantástico: “Mis compañeros si lo están y estando sanos y dicen “para lavar platos ahí está mi vieja, que me lave mi ropa pues ahí está mi vieja” entonces yo creo que también eso es parte del ser hombre, de ser responsable, el que le ayudes a tu pareja a tu familia en el hogar” (5°, E1, pág. 4).

Señor Mayo: “Pues mira ser hombre es, a parte de sexualmente, es tanta responsabilidad que debe uno de tener como ser padre, ser compañero de la pareja, todo eso, no es básicamente sexualmente no es ser el hombre nada más, es saberlo ser, o sea que, pues apoyar a los hijos, a la mujer” (Ma, E1, pág. 6).

4.4.3.3 Reafirmación en el grupo de amigos y consumo de sustancias nocivas

Jorge fue el único en comentar que parte de reafirmar ser hombre en su juventud fue entre el grupo de amigos una búsqueda o provocación de pleitos, así como el inicio en el consumo de sustancias nocivas que hacía para demostrar hombría.

Jorge: “ (...) más que nada en la juventud cree uno que empieza a hacer uno demostraciones de hombría pues el no escabullirse de algún pleito tal vez hasta uno mismo propiciarlos para demostrar que eres hombre y cuando te van enseñando a fumar, yo me acuerdo que a la edad de 12 años he de ver fumado mi primer cigarro y en esos grupos vas resaltando que ya eres hombre porque fumas aunque te estés ahogando de la tos (risas)...pero ya después lo vas comprendiendo” (Jo, E1, pág. 3).

4.5 Sexualidad vista como tabú e información obtenida en grupo de amigos

Parte de los relatos de los participantes en cuanto a educación sexual en casa tuvieron una tendencia a negar rotundamente haber tenido algún tipo de información o plática con la familia sobre el tema de sexualidad. 4 participantes simplemente negaron dicha situación (Aníbal, 5° Fantástico, Messie y Víctor) sin dar mayor profundidad al tema; sin embargo hubo otros participantes que de igual forma dijeron que dicho tema en familia era un tabú y/o temas prohibidos, pero señalaron que tuvieron una influencia de instituciones sociales como la educación formal.

Tal es el caso de Negrito quien comentó haber tenido un acercamiento a este tema cuando cursaba la secundaria; y en Yovanni tuvo acercamiento al tema por el grupo de amigos lo cual consistía en hacer comentarios demeritorios hacia la mujer.

Negrito: “No, no...Únicamente en la secundaria, fue cuando ya nos empezaron a explicar, yo creo que anteriormente como que los papás se detenían un poquito en ese aspecto, pero en la secundaria es cuando ya empezamos a escuchar todo eso...empecé a preguntar en mi trabajo y me aconsejaron no pues llévate condón y todo porque pues es tu novia y no la vayas a embarazar y todo eso y eso yo lo desconocía, nunca yo lo había hecho, la verdad nunca había hablado así con gente y era un viejito de ferrocarriles nacionales de la bodega y con él platicaba mucho con ese señor me identificaba mucho” (N, E1, pág. 3-5).

Yovanni: “Pues se dirigen hacia las mujeres así feo, de tener relaciones vulgarmente dicen de coger y es lo que uno de chico empieza a escuchar” (Y, E1, pág. 3).

El Señor Mayo, Carlos y Yovanni coinciden en que la manera en que obtuvieron información no fue por medio de pláticas o clases formales del tema, en el Señor Mayo fue por pertenecer a un grupo de Scouts lo cual consistía en resolución de dudas sobre sexualidad sin mayor detalle.

Señor Mayo: “Era como un tabú, anteriormente o sea que era algo que no muy fácilmente se comentaba o se platicaba entre la familia, o sea que todo lo relacionado al sexo...Pues no no había información ni pláticas ni nada de eso tipo...Mira yo pertenecía a un grupo de Scouts que ya a una edad de unos 19 o 20 años teníamos pláticas en el grupo con profesionales, con doctores, con gente estudiada que nos empezaron a orientar sobre sexualidad” (Ma, E1, pág. 5).

Yovanni: “No pues fue más entre los hermanos y nada mas eso... Así meramente explicar no eh, nada más hablaban lo que se dice en la calle más vulgar que explicado (...)” (Y, E1. pág. 2).

4.5.1 Información sobre sexualidad en visitas a lugares de shows nocturnos

En Carlos la información provino de personas mayores con las que trabajaba lo cual consistía en llevarlo a lugares de shows nocturnos.

Carlos: “Como a la edad de 16 años fue cuando me salí de mi casa...Compañeros de trabajo, yo cuando salí de mi casa ingresé al departamento del distrito federal en el turno de la noche, cambiábamos coladeras y yo entré como peón entonces eran pura gente mayor,... me decían vamos a que conozcas chamacas y ya le hacían señas al que estaba en la puerta no sé qué le decían de mí, les daban ellos no sé qué cantidad y me dejaban pasar y ahí fue donde comencé a conocer a las personas que se dedican a hacer espectáculos” (C, E1, pág. 7).

Mientras que Jorge comenta no haber tenido ningún acercamiento a temas sobre sexualidad ni en casa ni en la escuela y asume que fueron instintos naturales que fue descubriendo en sí mismo.

Jorge: “No nada, no no no porque te van enseñando los adultos que son temas hasta cierto punto prohibidos en ese entonces, ni de ellos a nosotros ni en la escuela, de orientación a nosotros nada, iba uno creciendo pues que van despertando los instintos naturales” (Jo, E1, pág. 3).

4.5.2 Sexualidad un tema abierto en casa

Jack es el único participante en declarar que siempre fue un tema abierto en su familia y que la principal en darle información formal al respecto desde pequeño fue su madre.

Jack: “Siempre en nuestra familia ha sido un tema muy abierto, no tenemos como grandes tabúes en la familia y siempre desde muy pequeño recibí una buena educación sexual entonces conté con esta educación por parte de madre, por parte de... en general la familia pero la más cercana fue mi madre” (Ja, E1, pág. 3).

4.5.3 Conceptos sobre sexualidad

4.5.3.1 Sexualidad: contacto con la pareja y procreación de hijos

Fueron varios los conceptos que se abordaron, de los principales fue la definición que tiene cada participante sobre “sexualidad” siendo el Señor Mayo, el 5° Fantástico y Jorge los que se refirieron a tener un contacto con la pareja, tener intimidad donde la finalidad es procrear hijos, solo que el Señor Mayo hace una analogía que la sexualidad es como una religión con su pareja (de igual manera comento que su tratamiento médico era como una religión) y el 5° Fantástico agregó que es un concepto que fue significando de diferente manera a lo largo de su vida.

Señor Mayo: “La sexualidad yo siento que, pues que es algo bonito cuando se vive bien, porque pues el hecho de formar tu pareja y tener a tu compañera y todo eso, es con la finalidad pues de procrear familia, tener, el sexo para mí no es el acto carnal así de que hay que bueno que tengo con quien acostarme con quien estar y todo, la sexualidad debe de ser yo pienso como una religión, o sea ella es entre comillas es de uno y uno es para ella (...)” (Ma, E1, pág. 7).

Jorge: “Bueno sexualidad a grandes rasgos es intimar con la pareja que tenemos, y de esa sexualidad pues vino la procreación de los hijos que tenemos (...)” (Jo, E1, pág. 4).

El 5° Fantástico: “Sexualidad.... ¿Qué entendía yo? A esa edad... pues el estar con tu pareja, una mujer pues, tener contacto, nada más hasta ahí, o sea, más allá no creo, ya hasta

cuando eres más grande, ya de los 18 ó 19 años ya cuando empiezan a tener pues ya más actividad con las personas es cuando ya lo entiendes de otra manera... para mí es estar con mi pareja o con una mujer y satisfacerla totalmente o sea, bien que tanto ella quede bien satisfecha como yo” (5°, E1, pág. 3).

4.5.3.2 Sexualidad: necesidad en el ser humano

No obstante, Negrito y Carlos tuvieron relatos similares puesto que señalaron que la sexualidad es una necesidad del ser humano y un complemento en las actividades que realizan en su rutina, la cual requiere programación en la vida de Negrito y su pareja.

Negrito: “Pues ya sexualidad es un complemento creo yo de tu pareja y en la vida, en el estado de ánimo y todo porque yo siento que es una sensación que es linda y es bonita pero hay que llevarla con cierto, bueno en mi caso con cierta programación conmigo por mi trabajo, por mi deporte yo todavía juego pero si es algo muy bonito (...)” (N, E1, pág. 6).

Carlos: “Bueno pues es algo que necesita el ser humano yo lo veo así, pues se necesita información para poder estar bien con uno mismo, yo pienso que no se puede tener sexo si no estamos bien de la cabeza o sea no me gusta eso de la morbosidad, o sea verle a una dama no simplemente lo que muchos vemos cuando pasa, a mí me gusta verle su forma de ser” (C, E1, pág. 10).

Yovanni fue el participante que dio la respuesta más corta comparada con los 9 restantes, solo indicó que se trata de relación con su pareja y él. Víctor comentó que además de solo el contacto físico él valora en la relación con la pareja en otros ámbitos.

Yovanni: “Pues las relaciones entre la pareja de uno (...)” (Y, E1, pág. 3).

Víctor: “Pues... bueno como qué... pues depende de que... de una relación entre una mujer y un hombre no nada más se trata de estar con una mujer y ya yo creo que también depende de las parejas como sean y como se lleven, no nada más es de tener sexo y de que yo hago contigo eso (...)” (V, E1 pág. 9).

4.5.3.3 Sexualidad: Procreación y placer

Por último con respecto a la definición de sexualidad, Jack fue el único participante en destacar dos aspectos importantes dentro de su propia idea sobre sexualidad, el primero relacionado a la procreación (similar a Jorge y el Señor Mayo) y el segundo aspecto relacionado al placer que se comparte con una pareja.

Jack: “La sexualidad tiene dos finalidades, una es de carácter totalmente reproductivo, la preservación de las especies, del poder seguir reproduciéndonos y por otro lado está la cuestión placentera o sea, el deleite y el disfrute del poder compartir esta experiencia con una pareja, en mi caso personal como heterosexual que soy pues es con una mujer (...)” (Ja, E1, pág. 5).

4.5.3.4 Erotismo: Evita la rutina y promueve el placer mutuo

El significado de erotismo fue similar en el caso de Aníbal y el 5° Fantástico puesto que de inmediato señalaron que es algo importante para la relación sexual y es aquello que evitara la rutina y costumbre con los encuentros con la pareja, esto con respecto a Aníbal, mientras que el 5° Fantástico comentó que el erotismo es contrario a solo satisfacer tu propio placer lo cual destaca la importancia de estimular a la pareja.

Aníbal: “Ah es importantísimo, eso es lo que te va a ayudar a que no caigas en la costumbre, debes de estudiar todas las zonas erógenas de tu pareja o de las mujeres en general, las mujeres son más sensibles que nosotros, coincidimos en algunos puntos pero ustedes tienen más ramificaciones nerviosas, entonces tienes que aprender” (A, E1, pág. 24).

El 5° Fantástico: “Es que es muy fundamental eso, tiene que haber erotismo en la sexualidad porque si hay gente que llega y por ejemplo yo como hombre voy con mi pareja y dame chance y lo voy a hacer, pues como que no, o sea eso para mí no funciona, yo siento que, y además así lo practico, yo con mi pareja comienzo a besarla la empiezo pues a que se emocione igual que uno (...)” (5°, E1, pág. 5).

4.5.3.5 Erotismo: Fantasías y satisfacción propia

Por otra parte, el Señor Mayo, Jorge y Jack tienen similitudes en el sentido que el erotismo lo significan como parte del placer en lo imaginario, las fantasías y todo aquello que incite a la satisfacción propia ya que ninguno de los tres hizo referencia a la pareja.

Señor Mayo: “Yo creo que no hay una persona que no sea erótica, porque el hecho de ver inclusive programas, digo el erotismo es una excitación mental yo pienso provocada por lo que platica uno, por lo que ve, por todo, incluso yo pienso que hasta en la vida cotidiana en la calle puede existir” (Ma, E1, pág. 8).

Jorge: “Es ya la fantasía que puede uno crear en la mente de uno, para dentro de esa sexualidad tratar de tener una convivencia más agradable...Bueno (pausa de 5 seg)(...)” (Jo, E1, pág. 4).

Jack: “Para mí tiene un significado de todo aquello que exalta nuestra necesidad sexual, eso aquello que nos lleva a una búsqueda placentera o satisfactoria en la exploración de nuestra sexualidad (...)” (Ja, E1, pág. 5).

4.5.3.6 Erotismo: Perverso y ajeno a la sexualidad

Por consiguiente, fue la mayoría de los participantes que señalaron al erotismo diferente o ajeno de la sexualidad. Messie comentó que es algo más

perverso, Yovanni relató que el erotismo es algo más elaborado, mientras que Víctor dice que es algo que el ser humano debe controlar ya que lo asoció a un sentido carnal del hombre.

Messie: “El erotismo es pues ya una cosa como más perverso, como más perversión.” (Me, E1, pág. 4).

Yovanni: “Bueno ya es más sofisticado entre la pareja no, algo más elaborado” (Y, E1, pág. 3).

Víctor: “El erotismo es otro punto, yo creo que, debes de controlarlo también emocionalmente y se dice uno carnalmente, entonces también hay momentos para tenerlo y para hacerlo (...)” (V, E1, pág. 9).

Negrito y Carlos tuvieron similitudes al comentar que es algo ajeno a la sexualidad acotando que sexualidad no es lo mismo que hacer el amor en el caso de Negrito; mientras que Carlos dice que es algo que no va relacionado con la intimidad.

Negrito: “Pues es algo que yo creo que no es necesario para hacer el amor, porque una cosa es sexualidad y otra es hacer el amor, entonces el erotismo va con la sexualidad me imagino...yo creo que no hay necesidad de manejar ciertas posiciones, simple y sencillamente hacer el amor es sentir a tu pareja y ya (...)” (N, E1, pág. 14).

Carlos: “mmm... pues es eso no? yo pienso que hay lugares donde venden para hacerlo en fiestas pero son cosas que no concuerdan con lo que uno hace en la intimidad (...)” (C, E1, pág. 11).

4.5.3.7 Disfunción Eréctil descrita como incapacidad sexual

De todos los participantes, 6 dieron su opinión respecto de aquello que entienden por Disfunción Eréctil, en su mayoría concuerdan al señalar que es

la incapacidad o ausencia de potencia sexual. Aníbal fue quien dio una definición un tanto amplia comparada con los otros participantes ya que detallo el proceso básico de una erección así como la influencia de los alimentos que afectan dicho proceso.

Aníbal: “La incapacidad, bueno sabiendo cómo funciona el... ese genital, porque hube de leer y de estudiar no sabía exactamente por qué, es un músculo contraído y cuando se hace la erección pasa el proceso inverso, se trata de relajarlo para que los vasos se puedan llenar de sangre, aquí es donde entra lo que comes, si comes cosas con mucha grasa o siempre fritos, van ocupando las arterias” (A, E1, pág. 12).

De manera menos detallada, Jack, Víctor y Messie relataron que es cuando el pene ya no se encuentra con la capacidad para terminar una relación sexual.

Jack: “Es pues la ausencia de la capacidad de poder tener una erección para poder completar o tener una relación sexual” (Ja, E1, pág. 5).

Víctor: “Pues que ya no se me... levante o qué?” (V, E1, pág. 9).

Messie: “Pues es que ya es cuando uno ya no, su órgano reproductor o algo así como que ya no está al cien por ciento, o sea ya está disminuyendo” (Me, E1, pág. 4).

4.5.3.8 Disfunción Eréctil descrita como disminución de apetito sexual

Por el contrario, Negrito y Carlos señalaron que es cuando el apetito sexual disminuye, Negrito señaló en sí que es cuando ya no te acercas a tu pareja. Cabe mencionar aquí la distinción que se presenta en el concepto de disfunción eréctil, ya que cierta situación es cuando se entiende por el término como la incapacidad de tener una erección o bien, terminar una relación sexual

lo cual denota que el hombre quiere tener un encuentro sexual y se ve imposibilitado por una cuestión fisiológica, y otra situación diferente es cuando no hay deseo por la pareja.

Algo característico en los relatos de Negrito y Carlos, fue que en ambos casos ante la pregunta señalaron si es o no su caso, Negrito declaró que no es su caso, mientras que en Carlos declaró lo contrario.

Negrito: “Pues es cuando se pierde el apetito sexual, cuando ya no te acercas a tu pareja yo creo que es eso pero a mí no me afectado en nada”(N, E1, pág. 6).

Carlos: “En eso sí, si pues es cuando ya uno no no... bueno el apetito sexual va disminuyendo, que es mi caso” (C, E1, pág. 11).

4.5.3.9 Acto sexual como una necesidad natural en ambos sexos

El concepto de “acto sexual” estuvo en función de tres diferentes significados atribuidos por los participantes. Para Negrito y Jorge es una necesidad natural en el hombre y en la mujer, y que de acuerdo a los relatos se tiene que desarrollar en la vida.

Negrito: “El acto sexual... como lo puedo describir, como una necesidad del hombre, igual de la mujer, es una necesidad natural que requiere la pareja (...)” (N, E1, pág. 6).

Jorge: “El acto sexual es una función de nuestro cuerpo porque fuimos, estamos diseñados tanto hombre como mujer para desarrollar esa función del cuerpo que viene integrada, pues es algo natural del organismo” (Jo, E1, pág. 4).

4.5.4 Acto sexual asociado al encuentro íntimo con la pareja

Por otra parte, el 5° Fantástico, Carlos y Messie lo asociaron a una satisfacción en pareja así como la unión de ésta en la intimidad.

5° Fantástico: “Pues la unión de un hombre y de una mujer, para mí, la unión sexual” (5°, E1, pág. 5).

Carlos: “Pues disfrutar al máximo con la persona sin ir más allá de lo que uno tiene conocimiento (...)” (C, E1, pág. 15).

Messie: “Bueno pues ahora sí que para mí sería como una satisfacción (...)” (Me, E1, pág. 4).

4.5.5 Acto sexual para el placer y con fines reproductivos.

Jack fue el único participante en destacar su postura dualista como lo hizo en el concepto de sexualidad, para él, el acto sexual tiene dos finalidades: reproductivo y para obtener placer.

Jack: “(...) como lo dije al principio puede ser de dos naturalezas, puede ser de carácter reproductivo o puede ser de carácter para obtener placer (...)” (Ja, E1. pág. 5).

4.6. Descripción de la primera relación sexual

Por lo menos 6 de los 10 participantes entrevistados señalaron que su primera relación sexual la tuvieron en una edad aproximada de 18 o menos años de edad, además bajo ciertas características similares.

4.6.1 Encuentro sexual con una persona mayor y sin ningún vínculo

Tal es el caso de los participantes 5° Fantástico, Messie, Carlos, Jorge, Yovanni y Víctor donde señalan que la persona con la que tuvieron su primera relación sexual era mayor que ellos, entre 25 y 35 años; no indicaron haber tenido un vínculo con la pareja puesto que el encuentro fue espontáneo. Casi todos en esta condición calificaron la experiencia como agradable ya que esto les permitió tener más relaciones sexuales con otras personas.

El 5° Fantástico: “No pues yo estaba chavo que tendría 16 y ella unos 30 o 33 años... Súper excelente porque o sea a raíz de eso pues yo empecé a tener más relaciones sexuales con

ella y con otras personas y pues la verdad yo creo que todos comparamos pues nuestras relaciones” (5°, E1, pág. 6).

Messie: “Yo tenía como 25 y ella tenía como 30 años... Fue buena, ahora sí que entre pláticas así de amigos y eso, ya ves que te van contando y te van diciendo cosas y pues es hasta que uno lo vive y lo siente pues es como uno se da cuenta” (Me, E1, pág. 4).

Messie: “A pues nada más con dos personas, con mi esposa y con otra persona...Pues con la otra persona nada más fue así como “expono... exponteranea” ¿cómo se dice?” (Me, E1, pág. 4).

Jorge: “Como a los 17 años (baja el tono de voz)...Fue con una persona mayor...Pues (pausa de 10 seg y baja el tono de voz) como de unos 35 años... esa fue una situación que se dio y sucedió” (Jo, E1, pág. 5).

4.6.1.1 Primeras experiencias sexuales en lugares nocturnos

Carlos es uno de los participantes que comentó que sus primeras experiencias sexuales las vivió en lugares nocturnos a los cuales entraba aun siendo menor de edad, comenta que las personas que lo llevaban a esos lugares eran mayores que él y le decían que era lo que tenía que hacer y “aguantar”.

Carlos: “A los 16 años... con una persona mayor...a los lugares donde iba,... no las conocía, había ocasiones que me decían siéntate ahí y pues hazles esto hazles lo otro y yo decía bueno, pero yo jamás las había visto en mi vida...Muchos nervios, en ocasiones llegaba hasta espantarme al ver a una persona así y yo pues mi cuerpecito de niño y había ocasiones en que me decían déjate pero ahora ya lo sé que eso es un delito” (C, E1, pág. 7-12).

4.6.1.2 Primer relación sexual calificada como indiferente o desagradable

Yovanni indicó que para él fue indiferente dicha experiencia, sin dar mayores detalles al respecto.

Yovanni: “Como a los 16 años (baja el tono de voz)...Pues X” (Y, E1, pág. 3).

En este mismo sentido, Carlos señaló haberse sentido nervioso y temeroso ante la persona que según su relato tenía más conocimiento que él en este ámbito y que además la califica como desagradable.

Víctor: “Como a los 18 años...yo creo que ella tendría unos 25...Como mala...Porque no fue algo... fue algo inesperado, no fue que uno quisiera sin vínculo” (V, E1, pág. 11).

4.6.1.3 Primer relación sexual con una persona de su edad y con un vínculo amoroso

Por el contrario, los 4 restantes participantes (Aníbal, Negrito, Jack y Señor Mayo) tuvieron similitudes en sus relatos porque dijeron que su pareja era de su edad o menor que ellos y que además mantenían un tipo de vínculo con la persona. De igual manera indicaron que fue una experiencia agradable, aunque Negrito (al igual que Carlos) mencionó haber sentido nervios previos a la relación sexual.

Aníbal: “A los 18...Hermoso, porque era un deseo de tanto tiempo y no se había podido y cuando fue ya ni siquiera éramos novios y nos encontramos en esa fiesta y fue mágico, ...me gustaban las relaciones largas, con cada novia fueron 2 o 3 años, mucha lealtad, mucha fidelidad” (A, E1, pág. 14).

Negrito: “Fue con esa chica, fue como a los 22 años...Todavía lo recuerdo estaba con mucho nervio, pues nunca me atrevía porque pues en mi casa tenemos una educación creo yo que buena, el respeto hacia la mujer, hacía tu novia, hacia tus amigas y todo eso lo teníamos muy claro” (N, E1, pág. 5).

Jack: “(...) estaríamos hablando tenía 17 años...Más chica que yo, un año menos que yo...ah fue una buena experiencia definitivamente, tenía mucha información, tenía una buena este... muy buena relación con ella, fue muy natural, satisfactorio y sin ningún problema” (Ja, E1, pág. 6).

4.6.1.4 Tristeza asociada a la demora en el inicio de la vida sexual

Como parte de los pensamientos y emociones que expresaron los participantes, en el caso específico del Señor Mayo comentó que él lamentaba no haber iniciado su vida sexual ya que en su juventud se comparaba con otros hombres quienes ya tenían experiencia en ello, además comentó que esto le llegó a producir tristeza.

Señor Mayo: “Pues ya bastante grande porque te digo mi familia fue como muy conservadora, teníamos ciertas limitaciones de vivir en el seno de una familia...yo llegué a ser adulto y desconociendo tantas cosas que a mí me daba tristeza, bueno no tristeza, sino lamentaba como hay jóvenes de mi edad que saben tanto de eso y experiencias que hayan tenido y uno pues, como ya me atrasé en la vida de un ser (...)” (Ma, E1, pág. 8).

4.6.1.5 Influencia de Instituciones sociales respecto del inicio de la vida sexual

La demora en el inicio sexual y el descubrimiento de la sexualidad en el Señor Mayo la asocia al apego de instituciones como la iglesia y la religión donde tienen calificada a la sexualidad como un pecado.

Señor Mayo: “Pues te digo fuimos muy apegados a la iglesia y a la religión y todo te lo inculcaban de una manera como en pecado, entonces decía no no debes de pecar, eso es lo que para mí eso fue vivir mis experiencias sexuales fueron ya muy adulto.... cuando para mi descubrí la sexualidad fue cuando forme mi pareja porque fue hasta que llegamos al lugar donde,

fue una de luna de miel y fue ya la compaginación total de la pareja y todo” (Ma, E1, pág. 9).

4.6.2 Gustos y preferencias en la vida sexual previa al diagnóstico de DM2

De acuerdo con los gustos y preferencias que tienen los participantes en la vida sexual previa a desarrollar DM2 solo 3 participantes relataron con bastantes detalles como era su vida sexual. En este sentido, Aníbal relató que tuvo varias parejas aunque con relaciones largas, mencionó tener preferencia por el horario nocturno y que las posiciones sexuales dependen en gran medida de la pareja por cuestiones de peso y talla, además destacó que iniciar la relación sexual con su pareja arriba favorecía que sus erecciones tuvieran mayor duración.

Aníbal: “Es que bueno he sido algo promiscuo, desde que me divorcié casi por cada año he tenido una o dos parejas, pero no encontraba aquella que me llenara de satisfacción” (A, E1, pág. 3).

5° Fantástico: “(...) yo desde chavo no era guapo ni nada pero si tuve mucha suerte con las mujeres no, y este, casi las mujeres que estaban de mi edad pues eran mis noviecitas pero... siempre tuve mucha suerte con mujeres de todas las edades, casadas, divorciadas...ahora sí que hacíamos de todo y bueno pues, así de que yo tuviera preferencia así de que en especial no (...)” (5°, E1, pág. 6).

Jack: “no me considero una persona promiscua entonces fue de estar con una pareja y mantener ese vínculo sexual con esa persona, entonces mis relaciones fueron relaciones muy largas (...)” (Ja, E1, pág. 6).

4.6.2.1 Relaciones sexuales con señoras casadas

Similitudes entre Aníbal, el 5° Fantástico y Carlos fueron que durante su juventud tuvieron más encuentros sexuales con mujeres mayores que ellos,

sustentando que aprendieron y obtuvieron beneficios económicos, experiencia y de posición social que aplicaron con posteriores parejas más jóvenes.

Aníbal: “(...) de joven me gustó andar con señoras casadas porque ellas te enseñan entonces te ahorras muchos pasos cuando lo haces con señoras, ellas te educan te entrenan, y luego lo haces con una de tu edad pues eres como un maestro (...)” (A, E1, pág. 17).

El 5° Fantástico: “Mayormente eran de la edad pero si tenía relaciones con más grandes, con unas 4 o 5 más o menos, pero es que con esta persona que te digo, con esa señora pues cada vez que nos veíamos y queríamos pues se hacía aunque yo tuviera novia o sea pues, porque era, o sea si ya había pasado una vez pues con ella pasaba las veces que se presentara....como yo era un joven como que nada más era el deseo, un deseo carnal, momentáneo (...)” (5°, E1, pág. 6).

Carlos: “Mmm... no si varias, de hecho antes de ella bueno una de ellas me invitó a vivir con ella, era 5 años más grande y viví con ella como un año, si como 10 meses, de hecho la que ahora es mi esposa me fuí a buscar ahí (...)” (C, E1, pág. 15).

4.6.2.2 Posiciones sexuales que dependen de características físicas de la pareja

Aníbal fue el único participante en detallar sobre los gustos y preferencias que tiene sobre las posiciones sexuales que practica. Este participante hizo énfasis en que es aprendido y que durante su juventud pensaba que sólo había una forma de tener relaciones sexuales con la pareja haciendo así la suposición de que el hombre va arriba y la mujer abajo, esta creencia se fue modificando con el tiempo y las experiencias vividas.

Aníbal: “(...) entre más ignorante eres crees que solo se hace de una forma, tu arriba y ella abajo pero con el tiempo y

estudiando te das cuenta de que no son así y además ehh, hay que estudiar fisiología femenina para saber cómo funciona la vagina y sus alrededores” (A, E1, pág. 14).

Tanto así que Aníbal comenta que las posiciones sexuales van a depender de la pareja en función de ciertas características físicas de la mujer, como estatura, peso y complexión destacando que mientras la mujer sea más “ligera” es como tiene mayor variedad de innovar y con aquellas que son de complexión robusta.

Aníbal: “(...) es difícil hablar de que posiciones, mucho depende de la estatura, de la talla, de la chica, si es alta o bajita, si es gordita, si es flaquita, mucho tiene que ver, mientras que pequeñas o ligeras las haces como quieras, las cargas, las mueves, las avientas, que se yo, y si son más gorditas pues es más difícil (...)” (A, E2, pág. 2-3).

Finalmente este participante afirma que la posición más tradicional donde el hombre se coloca arriba es la que según su juicio es la que más agrada a las mujeres por una sensación de ser poseídas por el mismo varón.

Aníbal: “(...) la posición la más tradicional es el hombre arriba y la mujer abajo, pero esa es la que a mi menos me interesa, ustedes si les gusta les interesa porque se sienten poseídas (...)” (A, E2, pág. 2-3).

4.6.2.3 Preferencia por ciertas posiciones sexuales para retardar la eyaculación

De acuerdo con los gustos en cuanto a posiciones sexuales, Aníbal fue el único participante en señalar que para evitar tener una eyaculación precoz él prefiere comenzar la relación sexual boca arriba mientras su pareja se coloca encima, esto con la finalidad de prolongar el encuentro sexual con su pareja.

Aníbal: “(...) si yo estoy arriba para empezar la relación sexual en ese momento, mi eyaculación llega muy pronto a los 2 ó 3 minutos, entonces yo siempre les pido que si pueden empezar arriba y casi todas dicen si no hay problema y les gusta mucho a ustedes porque tienen más libertad de movimiento y en ese factor eh (...)” (A, E2, pág. 3).

Además señaló que esta preferencia tuvo lugar a partir de lo que revisó en el kamasutra, siendo este un recurso también de información para la relación sexual.

Aníbal: “Deben pasar algunos minutos para yo poder mantener la eyaculación entonces ya no hay problema de eyaculación precoz, nos acomodamos como ella quiera o como yo quiera y, y eso lo aprendí en el kamasutra (...)” (A, E2, pág. 2).

4.6.2.4 Preferencia por posiciones sexuales sencillas

Con pocos detalles, Jack comentó que cualquier posición es placentera aunque no le agrada experimentar con algunas que son complejas.

Jack: “Creo que cualquier posición es satisfactoria, definitivamente la variedad y la diversidad es la que nos hace más placentera la relación sexual, nunca ha habido algo que diga esto es de preferencia para mí, ah puedo decir que hay posiciones o situaciones en las que creo que son muy complejas y tampoco me ha gustado en meterme en situaciones rebuscadas en ese sentido” (Ja, E1, pág. 7).

4.6.2.5 Gusto/Disgusto por material pornográfico para la relación sexual

El uso de material pornográfico por parte de los participantes fue contrastante en por lo menos dos de ellos, en el caso de Aníbal comentó que efectivamente si ha llegado a tener acceso a películas para adultos pero que no lo ha compartido con sus parejas porque no les agrada, además agregó que tiene la impresión de que son irreales los elementos que utilizan en este tipo de material.

Anibal: “Fíjate que nunca les ha gustado en general, y yo creo que yo soy más erótico que las películas, aunque si he visto y aprendes, todas son fuentes de información y aprendes, la he visto toda mi vida no más de 15 películas en toda mi vida...no pasaban a gente normal, no pasaban a un taquero a un carnicero o un chofer x con una relación, siempre son hombres súper dotados con un genital enorme, y entonces piensas bueno ese no soy yo” (A, E1, pág. 25).

Por el contrario, Víctor expresó que el gusto por ver material pornográfico de igual manera hizo referencia a películas para adultos y que esto ha sido compartido con su pareja.

Víctor: “Si por supuesto...Para mí es algo normal, pero hasta cierta edad, vemos porque nos gusta pero a una cierta edad, siempre ya cuando tenía mayoría de edad, antes no había internet, pero antes eran películas con video caseteras pero no a tanto grado para hacerme cosas mentalmente, pero con mi esposa si he tenido la confianza en estar de acuerdo para verla, (V, E1, pág. 16).

4.6.3 Relaciones sexuales espontáneas y sin planeación

El 5° Fantástico comentó a grandes rasgos que su vida sexual tenía variedad y sin planeación alguna calificándolo como una situación que se daba de manera natural y sin ningún método anticonceptivo.

El 5° Fantástico: (...) ahora sí que hacíamos de todo y bueno pues, así de que yo tuviera preferencia así de que en especial no, según ahí como se fuera desarrollando la situación...todo era así natural... yo si buscaba el objetivo de que ella también quedara satisfecha, bueno busco todavía en mi pareja que quede satisfecha sexualmente” (5°, E1 pág. 7-8).

En este sentido, Aníbal también hace referencia que las relaciones sexuales se pueden tener con diferentes parejas y esto él lo asocia con la consolidación del hecho de ser hombre, haciendo así también una distinción entre “hacer el amor” y “tener sexo” que son conceptos que difieren en función del vínculo que se tenga con la persona.

Aníbal: “Podía ser diario y no con la misma, o sea cuando estás empezando esa parte del ser hombre, hay dos cosas importantes, tener sexo y no digo hacer el amor sino sexo y beber alcohol porque es la forma de manifestarte que te vas haciendo hombre (...)” (A, E1, pág. 15).

4.6.3.1 Relaciones sexuales en hoteles durante los fines de semana

Mientras que Carlos destacó que su vida sexual estaba llena de planeaciones en pareja, innovaciones propuestas por su esposa aunque en su mismo discurso comentó que simultáneamente mantenía relaciones sexuales con otras parejas.

Carlos: “Muy plena pues éramos ella y yo y la vivíamos al máximo, de hecho a ella le gusta bailar, la invitaba a tomar la copa y con ella si he hecho cosas que a lo mejor muchas parejas no hacen, porque yo llego... llegaba y les decía vamos a tomar una copa y saliendo vamos a un hotel, a un jacuzzi o me decía fíjate que me dijeron que tienen cama de agua, que en tal hotel hay esto... y yo decía vamos si quieres vamos y nos quedamos toda la noche (...)” (C, E1, pág. 15).

4.6.3.2 Varias parejas sexuales y los beneficios materiales y económicos

Carlos fue el único participante que comentó vivir experiencias sexuales a cambio de beneficios materiales y económicos, él afirma que las propuestas provenían generalmente de mujeres mayores. Conocidas por él y por su propia familia pero que evidentemente los encuentros que tenían eran a reserva del conocimiento de su esposa.

Carlos: “La verdad se lo voy a decir porque lo aceptaba porque económicamente no estábamos muy bien y usted sabe que en esta vida hay personas que dan dinero a cambio de algo... gente muy cercana a mi mamá, comadres, siempre me han seguido personas mayores y me decían pues si tu esposa se pone así pues hazle así, dale un regalito, llévale esto (...)” (C, E1, pág. 18).

Los encuentros sexuales con otras personas generaron discusiones y problemas en su relación con su esposa, de ahí que las mismas parejas le otorgaban dinero y ciertos obsequios a cambio de continuar con los encuentros.

Carlos: “ (...) claro que tampoco me voy a prostituir pero hay ocasiones en que me decían señoras, oye quiero que estés el día de mi fiesta y yo decía va, pero si me quedaba en su casa ese día yo sabía que iba tener problemas con mi esposa y yo decía ahora que le voy a decir y hasta el otro día me levantaba diciendo y ahora que hago y había una de ellas que tenía mucho oro, sacaba oro con sus dos manos y me decía agarra lo que quieras y regálaselo y vas a ver entonces pues ya agarraba unos aretes y se los llevaba (...)” (C, E1, pág. 19).

Estos obsequios no estaban dirigidos a Carlos, sino a la esposa misma, de tal modo que ésta última al verse beneficiada finalmente no discutía.

Carlos: “(...) le decía si se me pasaron las copas pero mira te traje esto, y decía ha bueno y había una que me decía toma este dinero y págale mariachi y vas a ver... yo veía como le bajaba luego luego el mal humor y entonces empecé más o menos a agarrarle el modo (...)” (C, E1, pág. 19).

4.6.3.3 Varias parejas sexuales con nulo placer

El relato de Jack fue muy similar al de Aníbal puesto que señala haber tenido varias parejas sexuales casuales durante su juventud pero que califica

con poco placer, ya que justifica que la manera en cómo sucedieron los encuentros fueron casuales.

Jack: “Estamos hablando alrededor de 5 o 6 parejas...no me considero una persona promiscua entonces fue de estar con una pareja y mantener ese vínculo sexual con esa persona, entonces mis relaciones fueron relaciones muy largas, relaciones con las que duraba 4 años, 2 años ah pero siempre era con esa persona o sea, llegué a tener experiencias sexuales casuales que fueron dos, de esas 5 (...)” (Ja, E1, pág. 6).

Jack: “Con poca satisfacción diría prácticamente nula y nada más, pero prácticamente mis experiencias si fueron intensas pero con las parejas que tuve, si las experiencias que fueron casuales no hubo placer” (Ja, E1, pág. 6).

4.6.3.4 Búsqueda del placer para ambos

No obstante, Aníbal comenta que en esta búsqueda donde ambos tengan satisfacción señala que el hecho de que él pueda decidir en qué momento eyacular es como se dedica a que sus parejas también experimenten varios orgasmos.

Aníbal: “Me ocupo de que ambos tengamos placer pero yo como hombre puedo eyacular casi en el momento que quiera entonces me dedico a que mis parejas de toda la vida siempre tengan no uno sino varios orgasmos (...)” (A, E2, pág.3).

4.6.3.5 Búsqueda de placer propio y después de la pareja

En las relaciones sexuales y la búsqueda del placer, Jack comento que en su juventud era un tanto egoísta ya que lo único que buscaba era su propio placer y que ésta búsqueda se ha modificado con el paso del tiempo siendo así que en la actualidad también busca la satisfacción de su pareja.

Jack: “Mmm. Creo que cuando uno descubre su naturaleza sexual lo primero es el placer que le da a uno, la satisfacción yo creo que nos lleva hasta cierto egoísmo, uno lo busca por su propia satisfacción, eso es al principio en la etapa adolescente donde el impulso sexual es mucho muy grande pero conforme van pasando los años eso se va transformando y la experiencia se va volviendo una experiencia mucho más de compartir (...)” (Ja, E1, pág. 7).

Por el contrario a Aníbal, Yovanni ante la incomodidad del tema únicamente respondió con respecto a su vida sexual que parte de lo más importante en su sexualidad es su propia satisfacción.

Yovanni: “Pues mi satisfacción (...)” (Y, E1, pág. 4).

4.6.3.6 Acuerdos para tener relaciones sexuales

Cabe señalar que entre algunos participantes hubo varios puntos a contrastar, como en el caso de programar o no los encuentros sexuales con su pareja. Aníbal, Negrito y Carlos fueron unos de los participantes que afirmaron que efectivamente se hacen acuerdos en función de los horarios de trabajo.

Aníbal: “De hecho si se hacen acuerdos, entre semana no porque el trabajo, porque es un esfuerzo físico, porque puede que en el trabajo te estés durmiendo pero estás muy feliz verdad pero entonces se acuerdan horarios...Mira el tradicional es en la noche (...)” (A, E1, pág. 15).

En Negrito los encuentros sexuales tenían que ser programados precisamente por su trabajo como entrenador deportivo, tomando en cuenta aspectos como el cansancio

Negrito: “Llegamos a algún acuerdo, yo le digo pues tengo que levantarme a las 4 am entonces no, entonces ya nos ponemos de acuerdo. ...Muy seguido, un día sí y un día no,

desde que nos casamos nos programábamos así, un día sí y un día no y así,... Pues sana, la vida que he llevado con mi esposa sexualmente (...)" (N, E1, pág. 6).

Carlos fue el único participante en expresar sus preferencias por tener relaciones sexuales con su pareja en los fines de semana y en lugares fuera de casa (hoteles), se añade a las preferencias de este participante por pasar desayunar, comer y cenar en cama acompañado de su pareja.

Carlos: "(...) le decía en días de descanso sabes que en estos días vamos estar en cama, vamos a comer en cama, desayunar en cama, lo que hoy no lo permito, si lo hacíamos, decíamos vamos a estar todo el día sin ropa no hay quien nos busque órale va, todo el fin de semana la vivíamos como de un sueño y en la semana a trabajar, ella me proponía así las cosas" (C, E1, pág. 15).

Jorge comentó que se llevaba con irregularidad con su esposa debido a su trabajo donde se encontraba fuera de casa cerca de 8 o 10 días, entonces hace referencia a que los encuentros tenían que llevarse a cabo sólo cuando él regresaba a casa, no obstante Jorge negó haber tenido cualquier otro tipo de relación sexual casual con otras parejas.

Jorge: "Ah no (sube el tono de voz) no, eran de la edad, si esa fue una situación que se dio y sucedió... No pues nunca se pudo llevar con mucha frecuencia, por el trabajo porque te digo eran 8 días que me iba 10 entonces dentro de esos días ya cuando tienes tu pareja, hay la abstinencia ya no puede uno andar de chico loco, si estas dos o tres días pues a lo mejor esos días tienes relaciones con tu pareja, pero no es algo con un régimen" (Jo, E1, pág. 11).

De manera contrastante el relato del Señor Mayo tiene mayor inclinación a señalar que en su juventud su vida sexual era casi diario por

algún tipo de impulso y deseo, al igual que Jack alrededor de los 17 años a los 27 años con una preferencia por el sexo en coito.

Señor Mayo: “Mira pues al principio es el impulso de que pues ya estamos juntos, de que tenemos ya la facilidad de que diario nos acostamos juntos y todo, como que se desgobierna uno un poquito, para uno como que lo que quiere es gozar los momentos y todo (...)” (Ma, E1, pág. 9).

Jack: A diario, en una etapa, hablamos de una etapa primaria desde los 17 años hasta los 27 años era una experiencias casi diaria el sexo en coito” (Ja, E1, pág. 7).

Mientras que en Víctor la situación es diferente, además de haber tenido varias parejas sexuales al igual que otros participantes comentó que su vida sexual era bastante activa y en cualquier lugar le producía placer tener un encuentro sexual con su pareja, pero con el nacimiento de su hija estos gustos se han modificado a prácticas más discretas.

Víctor: “Como con unas 3 o 4... Agradables...muy buena, que todavía ha sido buena pero antes era mejor, teníamos, a veces nos poníamos a platicar que en cualquier lado hacíamos el amor, ahora ya no, le digo bueno también ponte a pensar que esta la niña, cambian muchas cosas pero si era una relación muy buena, entonces también a veces como dice el dicho ni todo el amor ni todo el dinero que a veces también acostumbran a ellas o a ellos yo si lo considero que fue buena (...)” (V, E1, pág. 12).

De manera general, todos los participantes señalaron que su vida sexual en su juventud ha sido natural, refiriéndose a este término por el no uso de productos para favorecer la relación sexual, por lo menos no así antes de desarrollar diabetes.

Sin embargo dos participantes dieron respuestas bastante cortas, sin detalles, tal es el caso de Yovanni y Messie quienes mostraron incomodidad en el tema ya que ambos tuvieron un tono de voz bajo y en su mayoría con negaciones ante las preguntas.

Yovanni: “En su juventud,...E: ¿Algo que le desagradara? No” (Y, E1, pág. 4).

Messie: “Pues ahora sí que nos nacía, estábamos así y era de veinte vámonos rápido (risas)...No, pues todo era... cualquiera nos satisfacía y todo” (Me, E1, pág. 4).

4.6.4 Temores en la vida sexual en su juventud

De los 10 participantes, 8 de ellos (Aníbal, 5° Fantástico, Messie, Negrito, Señor Mayo, Jorge y Víctor) negaron haber tenido algún temor asociado a su vida sexual en su juventud, Yovanni que fue un participante con relatos bastantes cortos y pausas significativas en su discurso ante la pregunta denotó una pausa previa de casi 10 segundos antes de negar haber tenido uno o varios temores al respecto, el resto simplemente lo negaron.

Yovanni: “¿Hubo algo que le preocupara durante la relación sexual? (pausa de 9 seg.) Mmm...no” (Y, E1, pág. 4).

4.6.4.1 Temor a embarazos no deseados

Los dos participantes que aceptaron haber tenido un temor fueron Jack y Carlos quienes hicieron referencia a los embarazos no deseados (temores no asociados al desempeño en la vida sexual), por lo que estuvo presente en Jack el uso de conteos y tomar en cuenta el periodo de su pareja, Carlos expresó el mismo temor pero señaló que él siempre ha usado el condón como principal método anticonceptivo y las inyecciones en sus parejas.

Jack: “Pues que quedara embarazada alguna de las novias...Normalmente siempre he tenido preferencia por las cuestiones naturales por lo tanto lo que eran los ritmos,

conteos, como se llama los periodos y para mi buena suerte mis novias fueron siempre regulares” (Ja, E1, pág. 8).

Carlos: “mi temor siempre ha sido o siempre fue dejar embarazada a una persona y que hay nos vemos pero eso siempre ha sido mi gran temor porque en el trabajo en el que estoy no le miento he conocido a muchas muchas personas (...)” (C, E1, pág. 12).

4.6.4.2 Uso de métodos anticonceptivos y técnicas para evitar embarazos

Hubo tres participantes que hicieron referencia al modo en que evitaban un embarazo. En el Señor Mayo comenta que no usaban ningún método él y su pareja pero con la llegada de los hijos y al no querer más, entonces buscaron métodos idóneos para seguir teniendo una vida sexual activa sana, para ello señaló que él y su pareja visitaron a un profesional en salud para incluir los métodos anticonceptivos a su rutina.

Señor Mayo: “Cuando ya no teníamos este, pensando tener más hijos si recurrimos a algunos métodos como los preservativos, obviamente recomendados por ginecólogos o por el doctor, pero así como estimulantes para la relación sexual no, nunca recurrimos a nada así...pues uno dice pues diario para eso la tengo aquí y todo, o sea que era la novedad de estar juntos y poder ser el uno del otro y todo, pero ya te digo luego vas normando y todo y pues si vas regulando tus actos sexuales” (Ma, E1, pág. 9).

Carlos comenta que el tema de la protección durante la relación sexual es algo primordial por muy espontáneo que sea el encuentro, afirma que él hace uso del condón y en sus parejas comúnmente es el uso de inyecciones o medicamentos.

Carlos: “Pues todo, principalmente yo lo que es condón y en mis parejas las inyecciones o las pastillas que hay ocasiones que en ese momento pues no se les cuestiona primeramente por respeto y en segunda pues porque uno ya está en fiesta y yo si digo no, como esté” (C, E1, pág. 12).

Por el contrario al Señor Mayo y Carlos, fue Víctor el único quien en tema de uso de métodos anticonceptivos afirmó que previo al nacimiento de su única hija nunca usó condón con su pareja y la manera en que evitaba embarazar a su pareja era a través del coito interrumpido.

Víctor: “Le soy sincero, casi nunca usamos condón y lo hacíamos en todos lados...Pues no venirme adentro, ese era mi control, tal vez porque yo también la quise mucho quise cuidarla en su momento” (V, E1, pág. 11-12).

4.6.5 Disgusto por algunas prácticas sexuales

De los 10 participantes, 8 negaron tener disgusto por algunas prácticas sexuales (el 5° Fantástico, Messie, Negrito, Señor Mayo, Carlos, Jorge, Yovanni y Victor).

El 5° Fantástico: “No, no, no.” (5°, E1, pág. 14).

Los dos restantes fueron Aníbal y Jack quienes admitieron tener disgusto por prácticas sexuales propuestas por sus propias parejas y a las cuales se han negado. Aníbal compartió una descripción completa de aquella que le causa desagrado y que de acuerdo a su discurso asegura que ningún otro hombre le gustaría. Comentó que en alguna ocasión una de sus parejas le propuso tocar su ano con un dedo a lo que él de inmediato expresó que él no se dejaría introducir nada, la principal razón por la cual se ha negado es por la creencia que dicho placer lo experimentan los hombres que son homosexuales.

Aníbal: “No, pero había una que a cualquier hombre que se la propongas te va a decir no pues yo no, cuando yo lo leí lo supe

lo escuché en alguna conferencia que mientras estuvieras haciendo el amor con tu pareja si ella introducía un dedo en tu... en mi ano del hombre, hasta tocar... la próstata, nombre el placer es enorme entonces alguna vez alguna chica me dijo que te parece si... le dije no no no a mí no me metas nada, pero por eso los hombres luego, el homosexual lo disfruta tanto, ... sería increíble pero no nunca me voy a permitir que me lo hagan” (A, E1, pág. 16).

A pesar de que Aníbal afirma que el placer es indescriptible ha tenido que ceder a este procedimiento médico cuando le hacen tacto rectal en las consultas médicas donde inevitablemente tenía erecciones involuntarias y esto lo ha hecho sentir avergonzado.

Aníbal: “ (...) a mí una vez al año o cada 6 meses en la visita al médico te dicen “agáchese ahí y encuérese” y te hacen un tacto rectal para ver si está inflamado o no la próstata para detectar el cáncer o no, obviamente la vergüenza es tremenda pero cuando te tocan no pues inmediatamente hay una erección aunque tú no lo quieras y se siente muy rico a pesar de que te avergüence y luego si te toca la estudiante de medicina y primero te hace el doctor “cuchi cuchi” y luego llega la chica y “ a ver más a dentro más y más” ahí nombre es” (A, E1, pág. 16).

Por otra parte Jack comentó dos aspectos que le disgustan, algunas posiciones sexuales que sean un tanto complejas y que le produzcan calambres en las piernas que es evidente que se contraponen con el placer que una posición puede producir, la otra es el uso de lubricantes que no le han dejado experiencias agradables.

Jack: “Todas aquellas que me provocaban calambres en las piernas... Quizá probablemente utilicé un lubricante y no me

gustó... la sustancia es muy pegajosa y no me agradó” (Ja, E1, pág. 8).

4.6.5.1 Desagrado por el uso de ciertas prendas en la pareja

Aníbal compartió su desagrado por algunas prendas que sus parejas han usado durante la relación sexual, expresó que definitivamente la desnudez es algo que favorece el encuentro.

Aníbal: “(...) a mí aunque se me pongan un “baby doll” y eso a mí no me interesa, si me gusta la quiero desnuda no con trapitos raros, eso no me estimula, que se yo, cosas así” (A, E1, pág. 17).

Por el contrario, Carlos comenta que el atractivo de las prendas en la relación sexual con su pareja es algo que le agrada, pero cuando ella se pone pijama u otra prenda cómoda para dormir es cuando comienzan los reclamos por parte de Carlos que antes había cierta estimulación a través de elementos visuales como el uso de prendas íntimas.

Carlos: “ (...) a un hombre le agrada una mujer y hay veces que me pongo medio romántico y la acaricio pero no ya no, se pone su, digo su disfraz, su bermudota guanga y su playera larga y le digo antes eras diferente le digo antes te ponías ropa atractiva y todo estaba bien y me grita por eso estoy vieja que quieres? Que quieres?, ya mejor te dejo dormir” (C, E1, pág. 18-20).

4.6.6 Cambio en la vida sexual a partir del diagnóstico de DM2

4.6.6.1 Disminución de la actividad sexual atribuida a la edad

La mayoría de los participantes compartieron en sus relatos que uno de los principales cambios que ellos notaron en su vida sexual a partir del diagnóstico de DM2 fue la disminución de frecuencia con la que tenían encuentros sexuales con su pareja. Específicamente Jack, Jorge y Señor Mayo lo relacionan primordialmente por la edad y aseguran que en un principio de la

enfermedad no hubo cambios inmediatos en su vida sexual, de ahí que la no asociación con la DM2.

Jack: “En realidad en mí no cambió nada, sexualmente digo hubo una disminución del apetito sexual...La frecuencia si disminuyó muchísimo, creo que de por sí con mi pareja actual que es con la que inicié yo hace 13 años ya había yo pasado esta etapa de adolescencia pero que yo no considero a nivel de la enfermedad, yo lo veo a nivel prácticamente de la edad, o sea la edad va poniéndonos en situaciones en que el trabajo, las responsabilidades, van haciendo que esa libido se vaya disminuyendo” (Ja, E1, pág. 11).

Jorge: “La frecuencia fue disminuyendo, las ocasiones de estar con la pareja va disminuyendo... bueno es que también ya por la edad, ya la pareja tiene muchos cambios hormonales entonces ya es muy poca veces” (Jo, E1, pág. 11).

El señor Mayo también lo relacionó más a una cuestión de edad y hace una analogía de la vida sexual con una flor que en cierto momento se tiene que marchitar, agregando que ya ha disfrutado y vivido lo que le ha correspondido.

Señor Mayo: “Bueno mira, es este... ese también es ley natural de la vida con la edad y todo empezar con la falta de erección, falta de si tú quieres hasta de estimulación pero igual si tú lo platicas con tu pareja y todo eso pues es algo que te digo ya disfrutaste toda tu vida dice bueno ahora mi pareja ya no es para esto ahora es para convivir para estar bien y aprendes a vivir así...tú sabes que una flor se ve bonita y todo cierto tiempo y llega el momento en que se marchita y ya adiós y te digo uno tiene la ventaja de que uno todavía hay vida (...)” (Ma, E1, pág. 19).

4.6.6.2 Disminución de la actividad sexual atribuida al cansancio

Negrito fue el único participante en atribuir la baja frecuencia en la vida sexual por el cansancio ya que él tiene dos empleos y su esposa además de ser ama de casa también trabaja.

Negrito: “No, pues hasta la fecha ahorita...No hasta eso como que no lo platicamos pero tampoco nos acercamos, si ella está cansada pues ya me doy cuenta que está cansada y ya me duermo y si ve que yo llego cansado pues como tengo dos trabajos si de repente si ya llego cansado y no me dice nada (...)” (N, E1, pág. 11).

4.6.6.3 Disminución de la actividad sexual atribuida a la DM2

Para algunos participantes fue un indicador de cambio en su vida sexual la disminución de los encuentros sexuales con su pareja; sin embargo ellos si lo asociaron con el desarrollo de DM2. Por ejemplo en Messie a pesar de que si lo atribuye a la enfermedad menciona que no se ha asegurado con su médico de que la diabetes tenga una afectación sobre su vida sexual.

Messie: “La frecuencia ha disminuido entonces pues no sé, digo yo no me he ido a checar ni nada ni a preguntar, pero yo digo ¿será por lo mismo de la diabetes, alguna consecuencia o algo?” (Me, E1, pág. 8).

Carlos fue el participante quien señalo que los encuentros sexuales con su pareja se han prolongado hasta por meses; sin embargo en el caso específico de Carlos se presentan otros factores ya que indicó que actualmente tiene relaciones sexuales con diferentes parejas, además comenta que su vida sexual se ha visto afectada en cuanto a la baja frecuencia, principalmente señala que su esposa también padece DM2 desde hace 12 años y que esto ha dificultado de manera significativa su comunicación y su relación en varios ámbitos.

Carlos: “(...) hay veces que si meses tardamos, y no es tanto de que me guste pero discúlpeme que se lo diga a usted pero como mujer me agrada...si ando con personas o no pues si salgo pues a lo mejor paso una noche con ellas pero no ya no es lo mismo y ellas mismas me lo dicen, yo como les digo estoy enfermo (...)” (C, E1, pág. 21-24).

Yovanni asume que él sabía con anterioridad cuáles son las posibles consecuencias en la vida sexual por padecer DM2 y que de esta manera lo ha notado en su vida sexual, señalando así que los encuentros sexuales se daban de tres días por semana pero no indica que tanto ha disminuido.

Yovanni: “Si si ha disminuido, si yo sabía que eso iba a pasar...Los doctores y entre platicas con amigos...La frecuencia ha disminuido... cuando yo me casé con ella pues por semana pues teníamos relaciones dos o tres días y ya ahorita a estas alturas si ha disminuido y pues como me han dicho que es por la diabetes” (Y, E1, pág. 6).

En este mismo sentido, Víctor sí afirma que antes la frecuencia era un día sí y un día no que se ha modificado por dos días con relaciones sexuales y 4 días no, señalando que estos cambios tuvieron lugar después de la diabetes.

Víctor: “Con la frecuencia lo he notado, por ejemplo 2 días si y 4 no, si ha cambiado mucho, antes si era un día sí y un día no, porque también nuestro cuerpo nos lo pide tanto a mujeres como a hombres” (V, E1, pág. 9).

4.6.6.4 Analogías sobre la vida sexual

Independientemente de la asociación o no de la baja frecuencia en el número de encuentros sexuales, es el Señor Mayo quien en este y otros temas abordados realizó analogías asociadas a la vida sexual, comparando al ser humano con una flor donde de acuerdo a las etapas de la vida hay funciones

que van sufriendo cambios, en este caso, la vida sexual, además puede notarse que éste participante se expresa de manera análoga al tema tratado.

Señor Mayo: “(...) tú sabes que una flor se ve bonita y todo cierto tiempo y llega el momento en que se marchita y ya adiós y te digo uno tiene la ventaja de que uno todavía hay vida” (Ma, E1, pág. 9).

4.6.6.5 Comentarios del médico tratante asociados a la vida sexual del paciente

Messie comentó que ha notado esta disminución y que en alguna ocasión el médico le preguntó si tenía hijos y esta pregunta le causo intriga y su médico no le especificó el por qué dicho cuestionamiento asociado con la consulta, Messie comenta que él desconocía que la DM2 provocara estos cambios que ya después fue notando en su vida sexual.

Messie: “Una vez fue al doctor y me dijo “¿Tienes hijos?” le dije si dos, y me dijo “si ah bueno pues de perdida vas a tener dos” y yo me quedé pensando y dije pues porqué será que me habrá dicho eso pero yo no sabía y ya no quise investigar más, pues ya con el tiempo pues me fui dando cuenta, no sé si será por lo mismo de la diabetes pero la función sexual pues ha disminuido” (Me, E1, pág. 6).

4.6.6.6 Vivencia de enfermedades en el pene a causa de la DM2

Mientras que en el caso de Víctor, comentó de manera clara que los cambios en su vida sexual estuvieron en función de la baja frecuencia y además a un desarrollo de una infección en el pene que le impedía tener relaciones sexuales con su pareja, comenta que tenía síntomas como dolor y erupciones en su miembro, con información de un profesional se enteró que se debió a los altos niveles de azúcar en sangre.

Víctor: “(...) ha porque incluso cuando me pasó eso de la diabetes yo llevaba una infección en el pene, entonces yo me

espante porque nunca me dijeron que me iba a afectar ahí en mi órgano, quería yo hacer acto sexual y no podía porque me dolía, como que se me hacían unas grietas... y eso me lo comentó la doctora que era porque tenía el azúcar muy alta, me mando unas cremas y medicamento, una pomada durante 9 días y se me quitó y me dijo que volvería a tener relaciones sexuales normal” (V, E1, pág. 10).

4.6.6.7 Comentarios de la pareja ante los cambios percibidos en la relación sexual

Aníbal acepto que hubo cambios en su vida sexual ya que sus mismas parejas le comentaban que la firmeza ya no era la misma, comentó que se acercó con los especialistas para obtener información al respecto.

Aníbal: “(...) ella fue la primera en Chihuahua que me dijo algo te está pasado, ya no está tan firme como antes, le dije cómo crees, y pues fumaba duro como una cajetilla diaria y fue lo primero que le dije a los médicos y me dicen es normal por la Diabetes” (A, E1, pág. 19).

En el caso de Negrito, los comentarios por parte de su pareja están en función de la disposición que tengan ambos para tener un encuentro sexual y que no solamente una de las partes tenga dicha disposición, esto se puede expresar en términos de la preocupación que tiene la pareja de Negrito sobre la misma enfermedad.

Negrito: “Me decía no has tenido así como que de repente no tienes ganas y yo si quiero o algo así, y yo le digo no, nos buscamos ahí estamos y ya no es tan seguido como anteriormente pero si nos buscamos para hacer el amor y ya....3 días no y un día sí, hasta el cuarto” (N, E1, pág. 11).

Sin embargo en Víctor los comentarios por parte de su esposa para brindar apoyo moral al participante y que éste a su vez pide comprensión ante

la enfermedad y sus consecuencias que en este caso genera una repercusión en la vida sexual.

Víctor: “(...) yo le digo si tú ya no estas a gusto conmigo porque tal vez la enfermedad me está agobiando pues debes de entender, ella me da alientos, me dice que debo de seguir adelante, pero si como que si he notado ese cambio” (V, E1, pág. 9).

Como único caso, Carlos comenta que los comentarios de su esposa hacia él son demeritorios en el sentido de generar sensación de vejez, cabe mencionar que la esposa de Carlos también padece DM2 y con un mayor tiempo de evolución por lo que esto ha generado conflictos.

Carlos: “(...) pero ahora ya los dos enfermos como que chocamos ya como viejitos a mi luego me hace sentir muy viejo y hay otras personas que no me hacen sentir muy joven pero me dicen pero no estás tan viejo, o sea una señora hasta de 25 ó 26 años me lo dijo (...)” (C, E1, pág. 18).

4.6.6.8 Experiencias sexuales y el uso de productos para favorecer el encuentro sexual

Aníbal no considera tener cambios después de que hace un consumo constante de Sildenafil para tener erecciones por un periodo de tiempo prolongado, compartió una experiencia en la que tuvo que suspender la relación sexual para salir a comprar el medicamento que le ayudaría a tener un mejor desempeño.

Aníbal: “Una vez iba conmigo una mujer tremendamente hermosa con un cuerpo increíble y finalmente iríamos a un hotel, tenía jacuzzi, total nos desvestimos, empezamos todos cariños besos y todo eso y yo no tenía erección, yo veía dios mío ese cuerpo esa cara, una mujer increíblemente atractiva entonces ella me decía “no no te preocupes no pasa nada” y yo

dije como que no pasa, si pasa, salí fui a la farmacia, me compré una pastilla y al ratito perfectamente normal, increíble entonces para que veas que tan importante es para los hombres y no se me escapó esa mujer pero hermosísima” (A, E1, pág. 27).

De tal manera que Aníbal ha recomendado dicho medicamento para todos aquellos que lo necesitan, no es algo que le provoque pena por lo que él mismo en la actualidad no considera que la DM2 haya tenido un impacto en su vida sexual.

Aníbal: “De hecho yo no he tenido empacho en comentarles que ahora uso viagra y que pues si llegan a tener un problema pues que no le saquen, o sea que lo usen, yo porque me considero una persona universitaria y con una cultura, no siento que sea algo de esconder como antes...no pues yo uso mi viagra, no hay problema, me la tomo en ayunas de tantos miligramos una media o una hora antes y nombre mejor que adolescente, es una bendición así como las bubis nuevas para ustedes” (A, E1, pág. 20).

Jorge en algún momento de su vida utilizó un remedio chino para mejorar la potencia sexual, lo cual consistía en aumentar la presión arterial; sin embargo comenta que su experiencia no fue la más grata ya que tuvo malestares y decidió suspender su uso.

Jorge: “Bueno si si lo hice, fue algo muy ocasional precisamente en el mercado hay un té chino, que hay infinidad de cosas pero por recomendación de una amistad probé ese té y lo que hace es que te aumenta la presión arterial y pues para tener la relación con la pareja pues es un tiempo muy corto, o sea prácticamente a lo que va a hacer la relación y ya pero a mi pareja no le gusta... una vez sentí que mi presión se elevó mucho en una de esas ocasiones que recurrí a ese té y si me

sentí físicamente mal entonces también dije un día me va a pasar otra cosa por quererme sentir un chicuelo (risas) entonces realmente ya no no lo uso (...)" (Jo, E1, pág. 11).

De manera contraria a los participantes anteriores quienes refirieron a un cambio en su vida sexual, el 5° Fantástico fue el único en relatar que su vida sexual no ha tenido cambio alguno, la frecuencia es la misma y los gustos y preferencias se han mantenido aunque en su discurso dijo haber sido cuestionado en varias ocasiones por conocidas y amigas (excepto por su esposa) quienes dudan de su potencia sexual lo cual parece producirle enojo porque les contesta proponiéndoles que se atrevan a averiguarlo.

El 5° Fantástico: "(...) y te voy a decir una cosa y luego me dicen así las vecinas o las amigas te digo que yo tuve mucha suerte con las chavas y la sigo teniendo, y me dicen no es que a los diabéticos ya no se les para y pues yo les digo pues nada más póneme y vas a ver como si y vas a ver cómo vas a quedar mejor que con lo que tu marido te da (risas) por qué?, porque satanizan así en que un diabético ya no tiene erección en el pene, si lo puedes tener si te cuidas" (5°, E1, pág.10).

4.6.7 Creencias y temores de la DM2 asociadas a la vida sexual

La mayoría de los participantes negaron haber tenido temores o creencias relacionadas con su vida sexual después del diagnóstico de DM2 (Negrito, Señor Mayo, Jack, Carlos, Jorge y Yovanni). Por tanto hubo 4 participantes quienes expresaron haber tenido pensamientos, emociones y creencias sobre su vida sexual y el padecimiento de DM2, en el caso de Aníbal dijo haber sentido tristeza cuando se dio cuenta que su potencia sexual no era la misma, prosiguiendo por imágenes y situaciones que le causaban temor a las burlas ante su hombría, tuvo pensamientos de temor a la homosexualidad y a que su pareja lo engañara a causa de ya no poder tener erecciones.

Aníbal: "De tristeza, dije no no puede ser si parte de la hombría es esa, entonces te imaginas todo un cuadro tétrico de

voy a acabar siendo maricón, todo el mundo se te viene encima, se van a burlar de mi o a lo mejor si me encuentro a una mujer muy guapa y que diga no pues este ya ni nada, y que tu mujer te va a estar poniendo el cuerno y cosas así, se te llena la cabeza de cosas así que te envenenan (...)" (A, E1, pág. 19).

El 5° Fantástico como lo fue repitiendo en varias ocasiones señala que él no ha tenido dificultades en su vida sexual, específicamente en sus erecciones.

El 5° Fantástico: "(...) como tengo buena erección sexual, a lo mejor si yo no tuviera erección sexual te podría decir que lo que no me gusta es que tardo mucho en la erección o que me tengo que tomar medicamentos, no, yo simplemente ya con que empiece yo, como se dice vulgarmente "a manosear a mi pareja" pues ya empiezo a tener erección (...)" (5°, E1, pág. 14).

4.6.7.1 Temores de la pareja en la vida sexual sobre el diagnóstico de DM2

En este mismo sentido en que el 5° Fantástico niega tener algún temor sobre su vida sexual, afirma que al principio de conocer el diagnóstico fue su esposa quien tuvo duda si el padecimiento de DM2 era transmisible por medio de la relación sexual a lo que éste participante señala que con ayuda de información confiable no tuvieron ambos otra inquietud al respecto.

El 5° Fantástico: "La ignorancia al principio, porque por ejemplo a mí, mi esposa me dijo, me preguntó "Si tenemos relaciones sexuales ¿tú me transmites eso?" o sea fijate, la ignorancia, le dije no como crees eso no es de transmisión sexual y pues empezamos a investigar todo, no pues no" (5°, E1, pág. 14).

Víctor al igual que el 5° Fantástico comentó que los pensamientos de temor están en función de la comprensión de su esposa, ya que él le pide apoyo, comenta que lo agobia debido a las consecuencias que ha sufrido.

Víctor: “(...) yo en eso hay momentos en que fallamos por el mismo ritmo del trabajo, no porque no queramos sino porque ya venimos cansados y decimos ¿bueno ahora que nos pasa? Pero digo es entenderlo también por la enfermedad que uno no lo quiere ver así, que dices pero si yo estoy bien pero no es cierto, es porque también te va desgastando tu enfermedad, no sé a qué tanto grado pero a pesar de todo eso yo creo que mi pareja me ha consolado en eso, me entiende, yo a veces le digo debes de entenderme y si platicando si lo hacemos en la forma de que me debe de entender (...)” (V, E1, pág. 9).

Por último, Messie quien también habló de los temores asociados a la vida sexual señala que le reconforta que todavía pueda satisfacer a su esposa pero está pensando en visitar al médico para notificar su disminución de potencia sexual, aunque es evidente que aún está en pensamientos.

Messie: “Pues que todavía hay, pues... todavía puedo satisfacer a mi esposa en algún momento, este... y no hemos... bueno pues pienso irme a checar a ver y estudiar eso si precisamente es de la “diabetis” o es alguna otra cosa que tenga, es ir al doctor y platicar ya con un especialista para ver que si los síntomas que tengo son realmente de la “diabetis” o es alguna otra cosa” (Me, E1, pág. 10).

4.7 Autopercepción de padecer disfunción eréctil

4.7.1 Negación ante la posibilidad de percibirse con Disfunción Eréctil

No todos los participantes se consideran con disfunción eréctil y esto se debió por diferentes cuestiones y vivencias asociadas a su vida sexual, tal como son los casos de Aníbal, el 5° Fantástico, Negrito y Jack. En Aníbal fue principalmente porque considera que el descubrimiento del Sildenafil le ha

favorecido mucho a su vida sexual, el 5° Fantástico comentó que un médico le previno de las consecuencias que podría sufrir si no se cuidaba y lo que más temor le tenía era padecer disfunción eréctil y argumenta que actualmente no la padece.

El 5° Fantástico: “Bien o sea está bien, al menos yo no sufro disfunción eréctil, yo no, te comento que lo que me dijo el médico “...yo no quise pasar por esa situación, hice cambios más que nada en la alimentación...No, gracias a dios si tengo erección sexual bien, si o sea bien, así que yo, me tengan que estimular, no, gracias a dios no (...)” (5°, E1, pág. 13).

Negrito comenta que la comunicación con su pareja ha sido bastante amplia por lo que le ha preguntado a su pareja si ha notado un cambio, siendo éste negado entonces Negrito no considera padecer Disfunción Eréctil.

Negrito: “No, toda la vida hemos, inclusive yo platico mucho con mi pareja y le dijo oye quieres que haga algo, o falta algo más y me dice que no muy bien, los dos estamos bien, de hecho si platicamos mucho en ese aspecto porque ella pensó que a mí me iba a afectar en lo emocional o en el apetito sexual y no” (N, E1, pág. 13).

Sin embargo Jack en su discurso se mantiene esta idea sobre la baja frecuencia en su vida sexual debida a factores como el trabajo, las responsabilidades y la edad primordialmente, de tal manera que considera que su vida sexual no ha cambiado después del diagnóstico.

Jack: “Normal, para mí no hubo una alteración” (Ja, E1, pág. 12).

4.7.2 Disfunción Eréctil aceptada como consecuencia de DM2

Por el contrario, 6 participantes si consideran tener disfunción eréctil pero asociado a diferentes situaciones. En el caso de Jorge y el Señor Mayo señalan que lo aceptaron como consecuencia en algún momento; sin embargo

no dieron cuenta de pensamientos y emociones que denotaran impacto en ellos mismos, puesto que parte de su justificación es que el ámbito de la vida sexual ha pasado en segundo término dándole importancia mayor al amor y al cariño en pareja.

Jorge: “En una parte lo acepté como consecuencia, así acudir al médico no porque mucho influye con la comunicación que tengas con tu pareja entonces te vas adaptando a la situación, realmente no lo notifique, ahora en las revisiones que tengo periódicas te preguntan si hay disfunción eréctil y pues si si la hay pero nada más son anotaciones y queda sentado y nada más (...)” (Jo, E1, pág. 11).

En este sentido, el Señor Mayo reitera que disfrutó en su momento de su vida sexual y que ha tenido que aceptarlo a lo largo del tiempo y sobrevalora que tiene una vida sana.

Señor Mayo: “Hay comprensión hay todo, pues si se secó una cosa y vamos a sustituirla por otra y te digo no es totalmente traumante el hecho de que ya no puedas tener o ejercer sexualidad con la pareja, te digo no te presumo de que yo lleve una vida muy bonita con mi esposa, te digo si la he llevado pero yo siento que en cada momento, disfrutamos de las cosas como es la vida” (Ma, E1, pág. 19).

4.7.3 Disfunción eréctil y su impacto en la vida en pareja

Yovanni con pocos detalles y sin profundizar más en el tema señaló que es una situación que no ha investigado con un profesional y que son temas difíciles para él y su esposa que de acuerdo a su discurso, ella también se ve afectada.

Yovanni: “Nunca he tomado nada de eso, ni vitaminas ni nada, nunca no sé si sea bueno o sea malo, es que dicen que con la diabetes ya no hay marcha atrás, ahora pues si lo he pensado

pero si necesito ir al médico para que él me diga bien...Pues es difícil, son temas que no está uno preparado...para... digo bueno yo, arrastra uno a su esposa a esto pero pues ay la llevamos (...)" (Y, E1, pág. 6).

Carlos considera padecer disfunción eréctil y lo asocia directamente con la DM2, siendo el único participante que aclaró en la misma entrevista que era la primera vez que lo platicaba con una persona.

Carlos: "Si ya lo padezco y si a raíz yo siento que de la diabetes...créame que para mí eso, como le digo no soy viejo no soy joven tampoco pero como que eso ya para mi pasa a segundo término le digo que para mí es más importante ver de dónde puedo sacar para seguir manteniéndolos a ellos, ya no es tanto, si ando con personas o no pues si salgo pues a lo mejor paso una noche con ellas pero no ya no es lo mismo y ellas mismas me lo dicen (...)" (C, E1, pág. 24).

De ahí que Carlos comenta que ni con sus parejas, amigos o personal de salud había compartido esta situación, las razones que comparte al respecto es temor a comentarios o reclamos por parte de sus parejas.

Carlos: "Con nadie lo he comentado o sea es algo muy personal por temor a eso ¿no? por comentarios que se lleguen a hacer y eso, no me gusta comentar eso (...)"(C, E1, pág. 24).

4.7.4 Excusas en la relación sexual ante los cambios percibidos por la pareja

Si bien, ante la vivencia de tener disfunción eréctil, participantes como Carlos han tenido que comunicar a sus parejas que está enfermo y pide comprensión, en otras ocasiones pone pretextos como sentirse indispuerto o estresado para tener relaciones sexuales.

Carlos: "(...) todas saben mi situación y así se los digo abiertamente busca a otro hombre ahora sí que al bueno yo no

lo soy, dicen ellas que no, pero de que yo hable así sobre eso con ellas no, si me lo han dicho y sienten la diferencia pero les digo no, estoy cansando estoy estresado, pero no no a nadie le había comentado” (C, E1, pág. 24).

4.8 Ideal de vida sexual

No obstante, otros participantes comentaron que ante la sospecha de padecer disfunción eréctil y los cambios que ha llevado su vida sexual, expresaron tener un ideal de vida sexual. Messie con pocos detalles desearía que fuera más satisfactoria.

Messie: “No pues plena y satisfactoria” (Me, E1, pág. 10).

Mientras que Víctor ante la petición de comprensión que hace a su esposa se asume en una posición de corresponder y no de exigir durante la relación sexual, al igual que Messie, Víctor comenta que el desearía poder dar más en la relación sexual.

Víctor: “Pues yo estando así como estoy pues todo lo que caiga es bueno, no es tanto exigir sino el corresponder, , que diga una todavía la hago sino como que esté bien con su pareja, no es tanto de que todavía se puede, a veces tenemos el 50% o el 30% de lo que éramos antes, yo quisiera tener el 70% o el 80% tal vez quisiera más, dar más de lo que doy para que estemos mucho mejor” (V, E1, pág. 16).

5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

De acuerdo con las temáticas abordadas sobre el padecimiento de Diabetes Mellitus Tipo II y los antecedentes familiares de los participantes es frecuente que este padecimiento es la causa de muerte principal en las familias de los entrevistados; sin embargo los conocimientos que tienen sobre esta enfermedad no es muy amplia ya que la mayoría tuvo noción de su existencia durante su adolescencia o bien, hasta que les fue diagnosticada.

En este sentido la participación de los especialistas es primordial en cuanto a los conocimientos que tienen los participantes sobre su padecimiento, ya que informan sobre la evolución de la enfermedad, medidas preventivas y posibles consecuencias, de acuerdo a esto Cardozo y Rondón (2014) destacan que no solo es la relación médico-paciente la que tiene un impacto en la salud de éste último ya que hay implicaciones físicas de la misma enfermedad, factores sociales, culturales y psicológicos. Ante esto algunos participantes incluyen de manera favorable los avances tecnológicos para la adherencia al tratamiento como glucómetros fáciles de portar; a pesar de la facilidad que la tecnología permite que los participantes tengan un seguimiento de tratamiento médico hubo quienes asumieron haber adquirido el glucómetro y no utilizarlo con frecuencia en la actualidad.

La mayoría de los participantes señalaron que los medicamentos recetados por su médico tratante para la DM2 fueron Metformina y Glibenclamida y en algunos se agrega la prescripción de Enalapril y Metoprolol a causa de la hipertensión arterial, lo anterior concuerda con Reyes, Pérez, Figueredo, Ramírez y Jiménez (2016) puesto que los primeros dos medicamentos para el control glicémico fueron mencionados por la mayoría de los diabéticos entrevistados, aunque cabe mencionar que la mayoría mostró errores en la pronunciación del nombre del fármaco lo cual puede relacionarse con la poca familiaridad que tienen con los mismos.

Sin embargo también está presente la ingesta de medicamentos de patente bajo la creencia que al ser más caros entonces son más efectivos y menos agresivos para su organismo.

Bajo esta temática tiene lugar los significados atribuidos por los participantes ante la indicación que son fármacos que deben tomar de manera

indefinida, de tal manera que esto tiene una repercusión en la adherencia al tratamiento, pues en algunos casos tienen controlado su padecimiento tanto que un participante hace una analogía de “religión” hacia el tratamiento, pero en otros casos es contrario, ante el impacto que tiene la indefinida ingesta entonces ellos prefieren no consumirlo. Esto tiene sentido con lo expuesto por Ledón (2012) donde le llama creencias polarizadas que son atribuidas a la DM2, mientras que en un extremo se sobrevalora y se teme a las complicaciones graves, en el otro se desestima su impacto en el organismo.

Menos de la mitad de los entrevistados reportaron que les han prescrito la insulina en bajas dosis, cabe señalar que es un medicamento con cuidados especiales para su conservación en un espacio a cierta temperatura, conocimiento y técnica para su inyección en el organismo. Estos factores dificultan entonces que los entrevistados incluyan esta prescripción médica a su vida cotidiana, principalmente porque no es algo que puedan traer consigo para suministrarlo en cualquier momento.

Es probable que la insulina se encuentre asociada a factores aversivos que causan dolor en el organismo y de manera general ante las inyecciones, además que se asocia a que el paciente se encuentre en un nivel más avanzado del padecimiento.

No obstante, el abandono del tratamiento médico estuvo presente en los participantes por diversas razones, la principal fue debida a la ausencia de síntomas aun después del recibimiento del diagnóstico donde las no consecuencias a corto plazo generan un alejamiento ante el seguimiento de las indicaciones médicas, aunado a esto se presentaron justificaciones ante dicho abandono como la atribución de significados como “efectos secundarios” para el organismo; sin embargo Hernández, Gutiérrez y Reynoso (2013) agregan que la detección de la DM2 generalmente es tardía debido a esta ausencia de síntomas entonces, estos y los anteriores factores mencionados efectivamente propician un bajo compromiso con la enfermedad.

Parte de los recursos ante el abandono de fármacos en la mayoría de los participantes fue que tomaron medidas auto-regulatorias como la evitación de alimentos altos en sacarosa y realización de rutinas de ejercicio.

En cuanto a los aspectos relacionados con el seguimiento de dieta se encontró que hay una asociación en cuanto a la identificación de

repercusiones en el estado emocional con la ingesta de alimentos altos en sacarosa, por ello ante una situación que pueda alterar estos niveles se señaló como estrategia de autocontrol la suspensión de cualquier alimento alto en carbohidratos, cabe mencionar que esta atribución de significado solo se presentó en un participante quien cuenta con basta información sobre el padecimiento de diabetes así como el aporte nutrimental de todos aquellos alimentos permitidos y no permitidos en su alimentación, lo anterior expuesto concuerda con lo afirmado por Almeida y Rivas (2008) quienes señalan que los altos niveles de glucosa en el organismo provocan cambios repentinos en el estado de ánimo de los pacientes, aunque estos autores no indican una tendencia de emociones como se presentó en este trabajo, ya que la mayoría de los diabéticos entrevistados mostraron tendencias a un estado de irritabilidad mayor a partir del diagnóstico.

A su vez la ingesta de refresco está presente en la dieta de los participantes, se reportaron justificaciones relacionadas con el permiso del médico tratante y su sustitución por refrescos que emplean endulcorantes artificiales; sin embargo la mayoría comentó que su bebida favorita son los refrescos de cola en diferentes presentaciones.

Hubo quienes señalaron tomar refresco light como medida autorregulatoria al padecimiento y que en esporádicas ocasiones ingieren agua como sustitución por su gusto al refresco, mientras tanto otros comentaron que toman de cualquier tipo de refresco sin tomar en cuenta el aporte de sacarosa para su organismo. Cabe mencionar que hubo factores externos que generalmente propician la ingesta de refresco como el hecho de que sea un producto que está al alcance de los pacientes, en diferentes presentaciones y en este mismo sentido con variables precios accesibles que dificulta su no consumo.

El consumo de pan en los diabéticos es un aspecto que dificulta la regulación de su alimentación, acotando que es una de las costumbres en un país como México donde el pan es común durante el desayuno y la cena, en este caso los diabéticos entrevistados no señalaron alguna estrategia de autorregulación como sustituirlo por galletas bajas en carbohidratos ya que además la percepción de saciedad ante la ingesta de un pan es mayor que la percepción que tengan ante la ingesta de galletas que son de menor tamaño.

El consumo de alimentos altos en carbohidratos está presente en los diabéticos aun después del recibimiento de la noticia, pues consumen preferencialmente pasteles y chocolates como antojos cotidianos, lo cual tampoco está contemplado una búsqueda de alternativas ante dicho consumo.

El seguimiento de la dieta también implica modificaciones al gasto destinado a las compras en el supermercado, de ahí que los diabéticos comentan tener ciertas limitaciones económicas demandando que generalmente la prohibición de ciertos alimentos son aquellos a los que se tiene mayor accesibilidad.

De ahí que los diabéticos tienden a expresar dichos populares dirigidos a la enfermedad respecto de las restricciones en su alimentación lo cual demuestra el impacto que genera en ellos hacer y seguir estas modificaciones, bajo la creencia que la mayoría de los alimentos lo tienen restringidos por lo que les hace cuestionarse a sí mismo entonces que es aquello que si pueden comer y con poca información al respecto atribuirán a la dieta de diabéticos como poco atractiva y restringida.

Se presentan dificultades ante el consumo de alimentos que requieren de cierta preparación en casa, en el caso de las verduras los diabéticos comentaron que un obstáculo para comer vegetales reside en que la mayoría del tiempo se encuentran fuera de casa siendo así poco probable que lo consuman; sin embargo se presenta como alternativa la ingesta en crudo de ciertos vegetales como la zanahoria, chayote, calabaza, entre otros. Otros vegetales no requieren refrigeración por largos periodos pero que los diabéticos no están considerando para comer fuera de casa.

Ante los significados atribuidos a la ingesta de fármacos, los participantes diabéticos recurren frecuentemente al consumo de tratamientos alternativos como tés, hierbas o remedios caseros ante alguna molestia física a la que ellos atribuyan por la DM2, cabe mencionar que el consumo de estos remedios se da únicamente cuando hay una molestia y no con un seguimiento, esto último es parte de los recursos con los que cuentan los diabéticos para hacer frente a la enfermedad, de tal modo que es un tipo de afrontamiento presente en personas con problemas de salud, este proceso consiste en una búsqueda del aumento de la emoción, es decir, es necesario que la persona se

sienta realmente con malestar para entonces, dar una posible solución que en este caso son los tratamientos alternativos.

La DM2 no es una enfermedad que se presenta de manera exclusiva en los pacientes, pues por su carácter no infecto-contagiosa ésta se deriva de factores como hábitos poco saludables, los participantes señalaron que antes de padecer DM2 ellos ya tenían otros padecimientos como Fiebre Reumática, Hipertensión, Hiperlipidemia y Bronquitis los cuales fueron confundidos con la misma DM2 y al no estar asociadas tendían a atribuir los síntomas a una enfermedad padecida previamente.

De igual manera al abandono en algunos casos del tratamiento farmacológico, se presentan comentarios ante el abandono de la dieta pues éste tiene lugar con las afirmaciones de Ledón (2012) con la presencia de consecuencias a largo plazo como pérdida de peso y complicaciones crónicas, no siendo así a corto plazo de tal forma que los pacientes diabéticos retornan a sus hábitos alimentarios que tenían previo al diagnóstico de DM2.

No obstante los diabéticos no se perciben así mismos como enfermos ya que les genera molestia provocar sentimientos de lástima por los demás, además algunos tienen conocidos con este padecimiento con quienes comparten comentarios mutuos sobre los hábitos poco saludables como la ingesta de refresco o carbohidratos. A pesar de la percepción de no enfermos, los diabéticos dijeron que tuvieron síntomas previos al diagnóstico como sed excesiva, constante necesidad de orinar y vista borrosa por periodos cortos de tiempo, estos síntomas pueden continuar aun con el tratamiento médico, pueden disminuir o bien, desarrollarse otros como cansancio que a su vez genera bajo rendimiento laboral, retardo en la cicatrización de heridas y neuropatías periféricas como edemas y adormecimiento en extremidades inferiores.

Con el recibimiento de la noticia de padecer DM2 los diabéticos llegan a experimentar sentimientos de tristeza, culpa y preocupación por su familia y no tanto por sí mismos. Cabe destacar que el impacto de la noticia es tan enfático que los diabéticos señalan incredulidad ante el informe médico y esto a su vez guarda relación con la ausencia de síntomas o bien su confusión con otra enfermedad. Si bien este impacto de la noticia no es el único, pues Ledón (2013) señala que son tres los momentos críticos en el paciente diabético

donde el diagnóstico es el primero, la descompensación metabólica el segundo y por último la aparición de complicaciones, por lo que en éste caso los diabéticos hicieron referencia al primero y el tercero.

Respecto a la evolución que tiene cada participante de su enfermedad, es diferente en cada caso, de tal manera que los temores se expresaron en torno a las complicaciones que se llegaron a presentar en un futuro como la diálisis o la muerte a causa de dicho padecimiento. Otro aspecto a señalar es que se puede presentar un temor previo al diagnóstico ya que ante los antecedentes familiares y tener presente las altas probabilidades que tiene una persona sana a desarrollar DM2 por herencia genética; además de esta relación con el aspecto familiar también se generaron creencias asociadas al hecho de padecer DM2 a un susto o coraje que lo haya detonado en el organismo.

El apoyo hacia los pacientes diabéticos en estos casos proviene de la pareja principalmente y no de otros familiares como hermanos o primos. Los diabéticos entrevistados señalaron que el apoyo de sus parejas está en: la cocina, la modificación de la dieta ya sea para los pacientes o para toda la familia y la preparación de los alimentos. En menor medida se hizo énfasis en el apoyo moral y acompañamiento que puede dar la pareja ante la noticia.

El consumo de sustancias nocivas para la salud está presente en los diabéticos previo y posterior al diagnóstico, entre ellos se encuentra el consumo de cigarro y alcohol, siendo el primero el que prevalece aún después de conocer su estado de salud. De ello da cuenta lo expuesto por Erazo y Gormaz (2013) que el consumo de tabaco es uno de los principales factores asociados al desarrollo de la DM2 y tratándose de una sustancia adictiva es como se presentan casos en que se han hecho intentos de abandono del tabaco pero con poco éxito.

En relación con las complicaciones de la DM2 están presentes neuropatías periféricas, infecciones en extremidades inferiores, retiro de extremidades y dificultades cardiacas que pueden derivar en vivir infartos. Las vivencias de complicaciones de la misma enfermedad han llegado a generar confusión en los diabéticos donde la falta de información genera dudas si esos padecimientos son derivados de la DM2 o tienen otra etiología.

A pesar de la presencia de síntomas posteriores y complicaciones crónicas, el afrontamiento de la enfermedad está inclinado hacia una negación del mismo bajo la perspectiva de “no sentirse enfermos”, hay un bajo compromiso con el seguimiento del tratamiento médico y hubo quienes dijeron afrontar la enfermedad con valentía con dos significados contrarios, valentía análogo al seguimiento del tratamiento médico y valentía análogo a no haber tenido ningún impacto emocional ante el diagnóstico. De tal modo que puede tratarse de un afrontamiento individual centrado en la emoción (Lazarus y Folkman, 1986; Como se citó en: Macías, Madariaga, Valle y Zambrano, 2013) puesto que la evitación, minimización, resignación y distanciamiento son algunas de las maneras en que los diabéticos enfrentan la enfermedad sin la realización de acciones concretas para controlar la DM2.

De acuerdo con los temas abordados sobre conceptos de género, se resalta que la educación sobre ser hombre tiene poca incidencia en casa, siendo las instituciones sociales como la iglesia y la escuela las que permiten a los participantes tener una idea sobre lo que implica ser hombre, la mayoría se refirió que ser hombre implica diferencias físicas con las mujeres; sin embargo también se entiende por el término de ser hombre como aquella persona que no llora entendiendo ésta emoción con una connotación de debilidad y ante esta formación a lo largo del tiempo se generan entonces creencias que el hombre es aquel que tiene la capacidad de guiar a otro, otra de las influencias son las creencias orientales donde se han hecho analogías asociadas al término de ser hombre como un complemento con la mujer. Lo anterior guarda relación con lo señalado por Montesinos (2002) cuando menciona que la construcción de la masculinidad tiene lugar en un contexto social, cultural y trans-histórico donde es dinámico conforme el tiempo.

Los participantes diabéticos frecuentemente reafirman el hecho de ser hombres con su pareja principalmente cuando asumen la responsabilidad económica familiar, la toma de decisiones, el respeto y el apoyo moral hacia la pareja, no obstante también se vislumbran conceptos como “machismo” y “violencia en la pareja” que se han presentado en alguna situación en la vida de los diabéticos.

En este sentido, Martínez (2002) nombra al término de “machismo” como una de las manifestaciones de violencia masculina más popularizada y

que fue un término que estuvo presente ante la reafirmación de ser hombre con su pareja, entonces se hace referencia a que estas y otras prácticas socialmente establecidas se apropian los varones, con una visión “natural” de las mismas.

De manera paralela a la reafirmación de ser hombre con la pareja, el cumplimiento de responsabilidades en el lugar de trabajo, el respeto de jerarquías y el consumo de sustancia nocivas (tabaco y/o alcohol) en el grupo de amigos son parte de los significados que atribuyen a la reafirmación de ser hombre en el entorno social en que se desenvuelven los participantes.

En relación a los temas sobre sexualidad, los diabéticos entrevistados comentaron de manera frecuente que era un tema difícil de abordar en sus familias de origen por cuestiones sociales donde a la sexualidad se vislumbra como un tema prohibido, privado y como falta de respeto hacia los padres, de tal forma que la información que los participantes dijeron tener sobre sexualidad provenía del grupo de amigos o hermanos mayores. Aunado a lo anterior, la influencia de lugares nocturnos también hace que los participantes comenten haber vivido experiencias en dichos lugares. De acuerdo con Szasz (1998) esto se confirma cuando en el ámbito sexual son los varones quienes a una edad temprana comienzan la exploración de su sexualidad que es socialmente expresada y aceptada como una reafirmación masculina.

Fueron variables los significados atribuidos al término de sexualidad indicando que es tener contacto con la pareja con el fin de procrear hijos y una necesidad tanto del hombre como de la mujer, en menor medida se hizo mención que la sexualidad tiene relación con la búsqueda del placer. Mientras que el erotismo estuvo asociado a aquello que evita la rutina en la relación sexual y promueve el placer en un primer momento de sí mismos y luego de la pareja, contrastante a lo anterior también resaltaron significados de erotismo como algo perverso y ajeno a la sexualidad.

Antona (2013) definió la Disfunción Eréctil como la incapacidad para lograr o mantener una erección durante la relación sexual, que a su vez esto tiene similitudes con lo descrito por los participantes diabéticos aunque ellos agregaron que se refiere a una disminución de apetito sexual.

Por otra parte el acto sexual nuevamente es descrito por los participantes como una necesidad “natural” en ambos sexos e intimar con la

pareja con la finalidad principal de reproducción más que al placer, que es un aspecto que frecuentemente los participantes diabéticos no toman en cuenta.

De acuerdo con los resultados, la primera relación sexual en los participantes diabéticos se llevó a cabo durante la adolescencia de manera no planificada y con una persona mayor sin ningún vínculo afectivo, esto guarda relación con las visitas a los lugares nocturnos donde aumenta la probabilidad de que los primeros encuentros sexuales tengan lugar con personas que se dedican a dichos servicios.

Sin embargo también las primeras relaciones sexuales de los participantes tuvieron lugar con una persona conocida y con un vínculo de relación amorosa a lo cual describen como experiencias agradables en cuanto a su vida sexual, pero no todos comenzaron su vida sexual a una edad temprana pues en el caso en que haya una demora en el inicio de la vida sexual se llegan a experimentar emociones de tristeza al compararse con otros hombres quienes demuestran tener más experiencias sexuales. En este sentido hay influencia de instituciones sociales como la iglesia cuando tienen una visión en términos de “pecado” con respecto a la sexualidad.

Los participantes expresaron haber tenido en su juventud una preferencia por tener relaciones sexuales con personas mayores que ellos, generalmente señoras casadas a quienes ellos atribuyen una capacidad de enseñanza hacía aquellos que no tienen tanta experiencia en la vida sexual, señalan cierta ventaja mantener relaciones sexuales con personas mayores porque dirigen el encuentro sexual, bajo esta misma temática los diabéticos señalaron no tener una preferencia por ciertas posiciones sexuales y evitan aquellas que implican cierta complejidad durante el acto sexual justificando así consecuencias como calambres que pueden ser desagradables para ellos. Solo uno de ellos indicó tener preferencia por aquellas posiciones donde la pareja se encuentra arriba y esto es con la finalidad de retardar la eyaculación y así provocar en la pareja varios orgasmos.

Como parte de los gustos y preferencias, los participantes indicaron preferir aquellos encuentros en los que no había planeación de lugar y tiempo, así como el encuentro con varias parejas sexuales donde algunos indican tener un mayor placer mientras que otros indican lo contrario, un nulo placer en

la relación sexual, lo anterior concuerda con la construcción masculina donde su reafirmación es llevada a cabo en el ámbito público.

Solo en un caso se encontró que a través del encuentro con varias parejas sexuales se llegan a tener ciertos beneficios materiales y económicos lo cual aumenta que ellos a pesar de estar casados mantengan encuentros con un número determinado de parejas.

Los acuerdos para tener relaciones sexuales estuvieron en función de las actividades cotidianas de ambos, tales como los horarios y la duración de las jornadas laborales, el cansancio en alguna de ambas partes y de la economía. Pues en este último aspecto se indican gustos por tener relaciones sexuales fuera de casa, en lugares como hoteles de paso lo cual implica gastos que tienen que ser planificados para llevarlos a cabo. En cuanto a la búsqueda del placer, los participantes diabéticos tienen una inclinación principal a satisfacerse en primer lugar ellos y luego a sus parejas.

Los participantes expresaron que los temores que llegaron a tener en su vida sexual durante su juventud estuvieron relacionados con un embarazo no deseado y esto tiene sentido ante el gusto por tener relaciones sexuales con varias parejas de manera no planificada, por ello varios se valen de técnicas durante la relación sexual como el coito interrumpido, mientras que pocos hicieron mención de métodos anticonceptivos como el condón, tampoco consideraron como temor la posibilidad de contraer una enfermedad de transmisión sexual.

En relación con la vivencia del diagnóstico de DM2, sus complicaciones físicas e impacto emocional se indicaron cambios en la vida sexual de los participantes diabéticos a partir del desarrollo de este padecimiento. El principal cambio es la disminución de la frecuencia con la que tienen relaciones sexuales con sus parejas y esta situación fue atribuida a diferentes factores como la edad, el cansancio y a la Diabetes Mellitus misma, sin embargo el afrontamiento ante estos cambios se encubren con la mención de analogías sobre la vida sexual con el argumento en que toda etapa en la vida tiene que terminar y mientras la vida sexual ya no es tan activa como lo era previa al diagnóstico es cuando ellos comentan darle mayor importancia al amor y el afecto que tienen con sus parejas actuales. Por tanto, las estrategias de afrontamiento ante los cambios percibidos en la vida sexual de los

diabéticos están centrados en la emoción ya que hay una atención selectiva a otros ámbitos y minimizando importancia a la vida sexual, o bien como Juárez, Pimentel y Morales (2009) en su estudio encontraron que estas consecuencias de la DM2 en la vida sexual de los diabéticos hacen que ésta pase a segundo término, haya una disminución del deseo sexual y conformismo.

Si bien autores como Vinaccia, Fernández, Sierra, Monsalve y Cano (2005) han hecho énfasis en que los varones no asisten con el urólogo para atender disfunciones sexuales de la manera en que las mujeres asisten al ginecólogo y el impacto que tiene en estos pacientes desde la condición genérica de la masculinidad. Pues esto pudo reafirmarse ya que los diabéticos señalan que estos cambios percibidos solo quedan como un registro cuando van a consulta y en ocasiones les hacen comentarios y preguntas sobre el rendimiento sexual pero esta situación no sobrepasa más allá que las anotaciones mensuales, o bien no hay una canalización del médico general con el médico especialista.

La disminución de la actividad sexual no es el único cambio pues en un solo caso refirieron la presencia de infecciones en el pene que generaba dolor, hipersensibilidad y aversión ante la posibilidad de tener un encuentro sexual y esto se debió por los altos niveles de glucosa en el organismo.

Sin embargo estos cambios son evidentes para sus parejas por lo que están presenten comentarios de comparación entre el antes y el después del diagnóstico y la vida sexual, también el apoyo y comprensión es parte fundamental para los participantes ya que esto atenúa una percepción alarmante sobre los cambios desfavorables en su función sexual. Sin embargo también las parejas llegan a experimentar temores asociados al diagnóstico tales como creencias asociadas a que la enfermedad de DM2 es contagiosa por medio del contacto sexual, da cuenta de la falta de información necesaria y básica tanto para los pacientes como para sus parejas.

Para ello los participantes diabéticos han recurrido al uso de productos para favorecer la relación sexual como medicamentos (Sildenafil), remedios caseros como tés chinos y estimulantes artificiales obtenidos en las sex-shop.

Ante la imposibilidad de lograr una erección y que de acuerdo con las fases propuestas por Masters y Johnson (1978) los entrevistados señalaron

que la disfunción sexual se da generalmente en la fase de excitación, es decir, lograr tener una erección para la relación sexual.

De manera general los participantes indican no haber tenido una experiencia sexual agradable con el uso de estos productos a excepción del uso de Sildenafil lo cual ha sido calificado por un participante como “el mejor invento del hombre”, mientras que los demás productos no han sido de la total confianza de los diabéticos debido a su dudosa procedencia y los efectos secundarios que puede generar en el organismo, ya que su única función es aumentar la presión arterial que puede ser poco favorable para la salud de algunos diabéticos.

Como parte de las consecuencias del padecimiento está presente la Disfunción Eréctil entendida por los participantes como un bajo apetito sexual o la incapacidad de iniciar y/o terminar una relación sexual pero que en sí mismos no se perciben con dicha consecuencia, solo en algunos casos si asumen tener disfunción eréctil pero que es una cuestión que no les agrada comentar a menos que los especialistas les pregunten en la consulta médica, este desagrado por externar dicha situación es hacia sus parejas de ahí que genera un impacto en la vida en pareja.

En el sentido que autores como Mimoun y Chaby (2004) señalan las consecuencias que tiene el padecimiento de Disfunción Eréctil como la angustia y devaluación de sí mismos, éstas no son aceptadas por los diabéticos entrevistados, por lo que recurren a excusas previas a la relación sexual como cansancio e indisposición para el encuentro sexual, de tal manera que los participantes comentaron tener un ideal de vida sexual como el hecho de que los encuentros fueran como antes del diagnóstico de DM2, con mayor frecuencia, duración y constancia.

Resulta evidente que las consecuencias de la DM2 en los varones pone en entredicho aquellos aspectos relacionados con la masculinidad, de ahí que sus discursos sean parte de las justificaciones sobre su actual desempeño sexual y soliciten comprensión o resignación por parte de su pareja sexual (esposa). Los varones asumen que ellas tampoco deben buscar otra pareja sexual a pesar de la condición de salud que viven ellos actualmente. Dan por sentado que ellos a lo largo de su vida han tenido la oportunidad de establecer otras relaciones sexuales con mujeres diferentes pero, la esposa es quien

debe mantenerse fiel, resignada y sin demandas en el ámbito sexual. Una vez más se confirma la inequidad genérica donde la educación "machista" promueve esta postura en que el hombre es quien decide cómo debe ser el comportamiento de su pareja aun cuando él haya sido infiel.

Finalmente con respecto al proceder médico, se ve reflejada la limitante al tratamiento médico y control de la DM2 dejando de lado las complicaciones que afectan la vida sexual de los varones diabéticos asumiendo que es algo que ellos deben descubrir y resolver solos. Por tanto, es necesaria la atención multidisciplinaria con los pacientes de DM2 particularmente en el área psicológica para atender los aspectos emocionales que se presentan con el desarrollo de la enfermedad incluyendo la sexualidad.

6. CONCLUSIÓN

La presente investigación tuvo como principales ejes temáticos el proceso de salud-enfermedad que enfrentan los pacientes diabéticos, cuestiones relacionadas con las experiencias vividas previas y posteriores al diagnóstico de la Diabetes Mellitus Tipo II, la construcción masculina desde un enfoque de género y finalmente la manera en que dicho padecimiento ha impactado su vida sexual. La investigación cualitativa empleada en este trabajo permitió conocer las experiencias y significados atribuidos a la enfermedad y su sexualidad.

Si bien, no todos los participantes presentaron complicaciones derivadas de la DM2 sí hubo un impacto a nivel personal con la detección de síntomas y el recibimiento de la noticia. Ante la negación del padecimiento enfrentan dificultades para el apego a su tratamiento y el abandono que hay llegado a hacer del mismo.

Las estrategias de afrontamiento empleadas por los participantes hacia la enfermedad están centradas en la emoción puesto que hay una tendencia a minimizar y evitar el compromiso con el tratamiento médico y de dieta.

De acuerdo con los hallazgos de esta investigación, la mayoría de los varones diabéticos muestran la presencia de disfunciones sexuales como la Disfunción Eréctil pero que es un aspecto que no asumen como un padecimiento, es un tema que les incomoda y les apena de tal manera que no se atreven a comentaron con el médico, amigos y hay una negación ante sus parejas sexuales y aun así no consideran que ello impacte de manera desfavorable su vida sexual.

Las estrategias de afrontamiento empleadas por los participantes hacia los cambios generados en su vida sexual a partir del diagnóstico de DM2 estuvieron dirigidas de igual forma a la atención selectiva de otros ámbitos, siendo éste trasladado a segundo término donde la principal interpretación que hacen los participantes es que son más importantes otros ámbitos en la vida, más que su vida sexual.

Bajo una cultura “machista” se ven limitados los cuidados que los varones deberían hacer sobre su salud sexual, hay una minimización y

justificación en su vida sexual de la cual piden comprensión por parte de la esposa.

Los hallazgos encontrados en este trabajo contribuyen a la profundización de los conocimientos sobre las complicaciones que viven los varones diabéticos respecto de su vida sexual, define las estrategias de afrontamiento y reafirma las implicaciones que tienen el estado de salud y la condición genérica masculina sobre su vida sexual.

7. PROPUESTAS

La participación de los psicólogos de la salud es de suma importancia para el proceso de salud-enfermedad a los que se enfrentan los pacientes con DM2, la reeducación con información concreta y pertinente son necesarias para la adherencia al tratamiento farmacológico. La relación inter-disciplinaria de los psicólogos de la salud con los profesionales en dicho ámbito favorece que la atención sea integral para los pacientes que padecen DM2, principalmente por las implicaciones psicológicas que se derivan desde el conocimiento del diagnóstico hasta la presencia de complicaciones crónicas.

Es posible brindar opciones de alimentación en acompañamiento con el profesional en nutrición, modificando asociaciones de los diabéticos con ciertos alimentos a través de la implementación de estrategias para el consumo de variados alimentos y bebidas permitidos en el tratamiento. Si bien el consumo de refrescos y alimentos ricos en carbohidratos y almidón como el pan está frecuente en los diabéticos, sería conveniente el consumo de alimentos permitidos destacando sus ventajas en la no alteración de niveles en el organismo y haciendo énfasis en la variedad de la alimentación que también puede producir saciedad y no únicamente en la cantidad. Un aspecto importante es la inclusión de frutas y vegetales a su dieta lo cual es algo que generalmente las personas enfermas, incluyen muy poco en su alimentación, la ventaja de estos alimentos naturales es que se pueden consumir crudos como la zanahoria, pepino, rábano, brócoli, col, espinacas, lechuga, jícama, calabaza y berenjena aunque cabe mencionar que algunos tienen que pasar por procesos de desinfección que finalmente pueden llevarse a cabo en casa y llevarlos consigo, pero otros tipos de vegetales es posible su consumo sólo con lavarlos e incrementa su practicidad.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento es necesario promover aquellas que están centradas en el problema ya que se tiende a una búsqueda de soluciones posibles ante los momentos críticos por los que pasan los varones diabéticos en apoyo de la información básica con la que tienen que contar los pacientes y a partir de ahí la toma de decisiones que mayor mantengan una adherencia al tratamiento médico y de dieta.

La atención de la DM2 frente a las complicaciones es importante a nivel preventivo ya que por su carácter crónico es posible postergar la aparición de las mismas con la mejora de la relación médico-paciente, cabe destacar que si la psicología de la salud se fundamenta con el modelo bio-psico-social, el médico tratante no es el único profesional implicado en dicha atención, pues es la participación de profesionales en psicología y especialistas para atender las implicaciones físicas y psicológicas de las disfunciones sexuales que dificultan y modifican la vida sexual de los diabéticos. A nivel de mantenimiento en salud, la reeducación en temas de sexualidad en relación con el diagnóstico evitara la minimización de la complicación y promoverá acciones concretas para que los pacientes continúen disfrutando de una salud sexual.

Si bien los temas de sexualidad masculina requieren de mayor estudio, la investigación cualitativa permite obtener a detalle las vivencias y significados que los varones atribuyen a su vida sexual de ahí la propuesta de profundizar en la vivencia de otras disfunciones sexuales como eyaculación precoz y retardada y los recursos que emplean los varones para afrontarlas.

Desde la perspectiva de género, se propone ampliar la investigación de sexualidad en parejas mayores de 30 años donde ambos se encuentren en la condición de ser diabéticos y así conocer los significados en la vida sexual a partir del diagnóstico.

8. BIBLIOGRAFÍA

Antona, A. (2013). Disfunciones sexuales. Programa de salud sexual y reproductiva. Instituto de Salud Pública, Madrid.

Recuperado de:

http://madridsalud.es/saludsexual/pdf/disfunciones_sexuales_resumen_curso.pdf

Fecha de consulta: 18/10/16

Almeida, G. y Rivas, V. (2008). Estrategias de afrontamiento en adultos con diabetes mellitus tipo 2. *Semana de Divulgación*, 407-412.

Becoña, E. y Vázquez, F. (2000). Estado actual y perspectivas de la Psicología. *Psicología Contemporánea*, 2 (1), 100-109.

Boletín Epidemiológico del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud. (2016), 33 (34).

Recuperado de:

http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/boletin/intd_boletin.html

Fecha de consulta: 18/10/16

Burin, M. y Meler, I. (2009). *Varones: Género y subjetividad masculina*. Buenos Aires, Argentina: Librería de Mujeres Editoras.

Cardozo, I. y Rondón, J. (2014). La salud desde una perspectiva psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17 (3), 1079-1107.

Cazés, D. (1998). Metodología de Género en los estudios de hombres. *La Ventana*, (8), 100-120.

Erazo, M. y Gormaz, J. (2013). Tabaquismo y diabetes mellitus: evidencia científica e implicancias en salud pública. *Revista Chilena de Endocrinología*, 6 (3), 115-123.

Hernández, M., Gutiérrez, J. y Reynoso, N. (2013). Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. *Salud Pública de México*, 55 (2), 129-136.

Jara, J., Lledó, E., Alonso, E., Ogaya, G. y Hernández, C. (2010). Disfunción sexual: consideraciones sobre asesoramiento psicopedagógico. *Revista Internacional de Andrología*, 8 (3), 122-129.

Juárez, A., Pimentel, D. y Morales, F. (2009). Aspectos clínicos de la disfunción eréctil en el paciente con Diabetes Mellitus Tipo II. *Perinatología y Reproducción Humana*, 23 (3), 169-177.

Lagarde, M. (1997). *Los Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. (pp. 25-57). México: Colección Posgrado.

Lagarde, M. (1995). Identidad de género y derechos humanos: la construcción de las humanas.

Recuperado de:

http://www.catedradh.unesco.unam.mx/SeminarioCETis/Documentos/Doc_basicos/5_biblioteca_virtual/3_d_h_mujeres/24.pdf

Fecha de consulta: 1/10/15

Ledón, L. (2012). Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. *Revista Cubana de Endocrinología*, 23 (1), 1-14.

Macías, M.; Madariaga, C., Valle, M. y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30 (1), 123-145.

Martínez, G. (2002). Violencia masculina. De las fantasías sexuales de los géneros al acoso sexual. *El Cotidiano*, 18 (113), 15-27.

- Masters, W. H. y Johnson, V. E. (1978). Ciclo de la respuesta sexual (1): En W. H. Masters y V. E. Johnson (Autores), *Respuesta sexual humana*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Inter.médica.
- Mimoun, S. y Chaby, L. (2004). *La sexualidad masculina*. México D.F: Ed. Siglo XXI.
- Montesinos, R. (2002). Los estudios del género femenino: preámbulo en el estudio de las masculinidades (1). En Montesinos, R. (Coord.), *Las rutas de la Masculinidad. Ensayos sobre el cambio cultural y el mundo moderno*. México: Ed. Gedisa, UNAM.
- Mora, E. (2014). Estado actual de la diabetes mellitus en el mundo. *Acta Médica Costarricense*, 56 (2), 44-46.
- Pavía, N., Lope, M. y Vera, L. (2012). Disfunción eréctil en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas y metabólicas en una población rural de Yucatán, México. *Revista Mexicana de Urología*, 72 (5), 240-244.
- Quintero, M. L. y Fonseca, C. (2008). *Investigaciones sobre género: Aspectos conceptuales y metodológicos*. México, D.F: M. A. Porrúa.
- Reyes, F., Pérez, M., Figueredo, E., Ramírez, M. y Jiménez, Y. (2016). Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. *Correo Científico Médico de Holguín*, 20 (1), 98-121.
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2002). Psicología y Salud en México (1). En Reynoso, L. y Seligson I., *Psicología y Salud*, (pp. 13-31). México D.F: Proyecto ConacyT.
- Sánchez, J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir. En Rodríguez, G. y Mano, E. R. (Coord.), *La psicología de la salud en América Latina*, (pp.35-44). México: Miguel A. Porrúa Ed.

Szasz, I. (1998). Sexualidad y género: algunas experiencias de investigación en México, *Debate Feminista*, 9 (18), pp. 77-104.

Recuperado de:

<http://equidad.org.mx/ddeser/seminario/internas/lecturas/lect-sexual/sexualidadygenro.pdf>

Fecha de consulta: 2/10/15

Taylor, S. y Bogdan, R. (1986). Introducción: ir hacia la gente”, En S. Taylor y R. Bogdan (Autores). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, (pp. 15-27) México: Ed. Paidós.

Troncoso, C. y Daniele, E. (2003). Las entrevistas semiestructuradas como instrumentos de recolección de datos: una aplicación en el campo de las ciencias sociales.

Recuperado de:

<http://www.uccor.edu.ar/paginas/REDUC/troncoso.3.pdf>

Fecha de Consulta: 13/11/15

Vinaccia, S., Fernández H., Sierra, F., Monsalve M. y Cano, E. (2005). Creencias asociadas a la hiperplasia prostática benigna. *Pensamiento Psicológico*, 1 (4), pp. 7-16.

Vinaccia, S., Fernández H., Sierra, F., Monsalve M. y Margarita, J. (2007). Diseño de un cuestionario psicométrico para evaluar creencias, actitudes y conocimientos asociados a la hiperplasia prostática benigna. *Suma Psicológica*, 14 (1), 73-92.