

# UACM

Universidad Autónoma  
de la Ciudad de México

---

*Nada humano me es ajeno*

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**COMPARTIENDO EXPERIENCIAS: MUJERES QUE  
VIVEN CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA  
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE ZITÁCUARO MICHOACÁN.**

TRABAJO RECEPCIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

P R E S E N T A

**SAMMARA YALE SUÁREZ GARCÍA**

D I R E C T O R

**Dra. Ana Prado Murrieta**

Ciudad de México, Febrero de 2019.

## SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



## UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

### RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

### DERECHOS RESERVADOS<sup>©</sup>

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.



# AGRADECIMIENTOS

- A mi **familia**, por el apoyo incondicional que me brindaron durante la realización de mi licenciatura, fueron y serán siempre un pilar muy importante en mi vida.
- A mis **amigos**, es complicado mencionar nombres pero, les agradezco a todos ustedes que estuvieron conmigo en los momentos difíciles, que tuvieron una palabra de aliento, un plato de comida que ofrecerme, que me dieron apoyo emocional o hasta económico, y sobre todo gracias por ser mis ángeles en esta etapa.
- A mis **compañeros de trabajo**, por sus consejos y palabras de aliento en esos instantes donde me encontraba más cansada o desanimada.
- A mis **lectores Melania, Fernando y Jaime**, por creer en mí y por acompañarme en este proceso que fue muy aguerrido.
- A mi **directora Ana Prado**, por ser mi guía y por haber enfrentado todos los conflictos que antecedieron a este trabajo. Gracias, por la paciencia, por todo el apoyo que me brindo, por su excelente labor y profesionalismo como profesora que me han llevado a concluir esta etapa.

**“Nadie logra el éxito sin la ayuda de los demás. El sabio y el confiado reconocen esta ayuda con gratitud”.**

**Alfred North Whitehead**

TODO EL ESFUERZO REALIZADO DURANTE ESTA ETAPA DE MI  
FORMACIÓN PROFESIONAL, SE LO DEDICO A MI **MADRE**, QUIEN HA  
GUIADO MIS PASOS Y HA CUIDADO SIEMPRE DE MÍ.

# ÍNDICE DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. OBJETIVOS.....	4
3. JUSTIFICACIÓN.....	5
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
5. MARCO-TEÓRICO CONCEPTUAL.....	7

## CAPÍTULO 1

### LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN MÉXICO

1. 1 Conceptualización integral de la Diabetes Mellitus tipo 2.....	7
1. 1. 1 Definición fisiopatológica de la enfermedad.....	7
1. 2 Datos estadísticos nacionales y estatales de la diabetes mellitus tipo 2.....	14
1. 2. 1 Epidemia nacional de diabetes.....	14
1. 2. 2 Estadísticas de diabetes del Estado de Michoacán.....	17
1. 2. 3 Aspectos sociales y afectivos de la diabetes mellitus tipo 2.....	19
1. 2. 4 Programas de atención a la diabetes mellitus tipo 2 en México.....	24

## CAPÍTULO 2

### CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE ZITÁCUARO

2. 1 Aspectos generales de los servicios de salud brindados por la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro.....	31
2. 2 Servicios que brinda el ISSSTE a las personas que viven con diabetes.....	32
2. 2. 1 Servicios dirigidos a las personas que viven con diabetes de la C. H. ISSSTE Zitácuaro.....	38
2. 2. 2 Manejo de las personas que viven con diabetes por parte de la C. H. ISSSTE Zitácuaro.....	40

## CAPÍTULO 3

### CATEGORÍAS TEÓRICO-CONCEPTUALES

3. 1 Género.....	42
3. 1. 1 Género como categoría de análisis.....	48
3. 1. 2 La diabetes a través del género.....	53

6. METODOLOGÍA.....	59
6. 1 Metodología cualitativa.....	59
6. 2 Estudio de caso.....	62
6. 3 Selección de participantes. ....	64
6. 4 Instrumento para recolección de información.....	64
7. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	67
7. 1 Representaciones sociales de la diabetes. ....	67
7. 2 Género y diabetes. ....	78
7. 3 Servicios de salud. ....	90
7. 4 Proyección a futuro como mujeres que viven con diabetes. ....	96
8. CONCLUSIONES.....	104
9. BIBLIOGRAFÍA. ....	108

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2. ....	10
Tabla 2. Complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2. ....	12
Tabla 3. Factores de riesgo que propician las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2. ....	14
Tabla 4. Estereotipos derivados de las relaciones primarias entre hombres y mujeres por la división sexual del trabajo en el ámbito familiar. ....	51
Tabla 5. Datos de participantes.....	64
Tabla 6. Propuestas desde la mirada de la Promoción de la Salud. ....	108

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estrategia de tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. ....	11
Figura 2. Prevalencia del diagnóstico médico previo de diabetes por sexo. ENSANUT 2006, ENSANUT 2012 y ENSANUT MC 2016. ....	15
Figura 3. Prevalencia del diagnóstico médico previo de diabetes por sexo y edad. ENSANUT 2006, ENSANUT 2012 y ENSANUT MC 2016. ....	16
Figura 4. Distribución porcentual de las defunciones por causas de muerte 2015. ....	16
Figura 5. Prevalencia de hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM) por diagnóstico médico previo en adultos de 20 años o más. Michoacán ENSANUT 2012. ....	17
Figura 6. Prevalencia de hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM) por diagnóstico médico previo en adultos de 20 años o más. Michoacán ENSANUT 2012. ....	18
Figura 7. Mortalidad en el Estado de Michoacán en el año 2016. ....	18
Figura 8. Estructura de los servicios de salud en México. ....	32
Figura 9. Características del programa MIDE. ....	33
Figura 10. Modelo de empoderamiento. ....	34
Figura 11. Estrategias MIDE. ....	36
Figura 12. Flujograma de atención en el MIDE. ....	37
Figura 13. Servicios que oferta la C. H. ISSSTE Zitácuaro. ....	38
Figura 14. Manejo de las personas que viven con diabetes en la C. H. ISSSTE Zitácuaro. ....	40

## **1. INTRODUCCIÓN.**

La presente investigación hace referencia al género y su relación con las representaciones en salud de las mujeres que viven con diabetes tipo 2 de la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro, se aborda el tema del servicio de salud que ofrece el ISSSTE y se profundiza en los conocimientos y sentimientos de estas mujeres.

Las características principales de este trabajo son profundizar en el tema de género y su relación con la diabetes mellitus tipo 2, tomando en consideración la perspectiva de género, roles de género, identidad de género y desigualdad de género. También se abordan aspectos referentes a la atención proporcionada por la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro tales como calidad del servicio, información otorgada sobre la diabetes mellitus tipo 2 y eficiencia del servicio. Otro tema que se considero para esta investigación fue conocer los sentimientos e ideas que las mujeres que viven con diabetes tienen sobre su condición.

Esta investigación se realizó por el interés de comprender la realidad de las mujeres que viven con diabetes desde la mirada de la Promoción de la Salud de una forma respetuosa e incluyente, que considera no sólo estadísticas o datos cuantitativos si no que valora el sentir, pensar y creer de las personas.

La importancia de abordar esta problemática tiene que ver con el hecho de que la diabetes se ha vuelto un problema de Salud Pública serio y en especial para las mujeres, pues el número de casos ha incrementado considerablemente. Por lo tanto, es relevante realizar una investigación cualitativa con mujeres que viven con diabetes y sobre todo qué en la Clínica Hospital ISSSTE de Zitácuaro porque no se ha realizado ninguna investigación como esta.

La metodología empleada en la presente investigación es cualitativa y como instrumento de indagación se utilizó el estudio de caso. El uso de esta metodología permitió profundizar en las emociones, sentimientos e ideas de las mujeres que viven con diabetes. El instrumento de indagación constó de cinco partes la primera se relaciona con aspectos personales de las mujeres, la segunda

tuvo como objetivo indagar en las representaciones sociales que ellas tenían sobre la enfermedad, la tercera comprendía la parte de género y su relación con la diabetes, la cuarta parte hacía alusión a los servicios de salud prestados por la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro y por último la quinta parte que permitió conocer como las mujeres que viven con diabetes se visualizan a futuro.

Los temas a tratar en esta investigación muestran la importancia de ver a las mujeres en un contexto más allá que sólo estadísticas. Todos los seres humanos somos una construcción de aspectos históricos, sociales y culturales por ende la forma en que las mujeres viven su enfermedad y su salud tiene mucho que ver con los aspectos antes mencionados. Esta investigación permitió ver a las mujeres que viven con diabetes desde su personalidad, sentimientos, costumbres, historia e ideas. Considero que este trabajo será de gran aporte para futuras investigaciones en la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro y además ser una de las primeras investigaciones realizadas desde la promoción de la salud dentro de la misma.

## 2. OBJETIVOS

### **Objetivo General:**

- Conocer las representaciones de salud y el régimen de género que se inscribe en las mujeres que viven con diabetes de la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro.

### **Objetivos Específicos:**

- Indagar las representaciones sociales de las mujeres relacionadas a la enfermedad diabetes.
- Estudiar la relación diabetes-mujer y su impacto en la vida de las participantes.
- Conocer la satisfacción que tienen con respecto al servicio otorgado por la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro.

### 3. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad en la Clínica Hospital ISSSTE de Zitácuaro persisten en las mujeres que viven con diabetes, fuertes problemáticas emocionales como tristeza, sentimiento de abandono y depresión, todo esto aunado a las cargas sociales impuestas a la condición femenina, como: ser la principal “cuidadora de la salud de la familia”, lo que lleva a las mujeres a vivir primero para atender a los demás dejando de lado su propia condición diabética.

El presente trabajo se centra en abordar las representaciones sociales y de salud de las mujeres que viven con diabetes, desde la mirada de la Promoción de la Salud de una forma incluyente y respetuosa. Rebasando la idea de enfermedad como algo simplemente físico e involucrando la mirada de aspectos integrales (económicos, sociales, culturales y psicológicos). Considerando el planteamiento del problema podemos deducir que realizar una investigación que vaya más allá de números, que recupere el sentir, pensar y opinar de las mujeres con esta enfermedad permitirá dar mejores alternativas para su manejo.

Esta investigación se realizará con mujeres diabéticas entre los 55 a 65 años de edad las cuales son derechohabientes de la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro. Se considerará la importancia de los roles de las mujeres, el acceso y la atención de salud que tienen, el impacto que la diabetes a generado en ellas y la relación que tiene la promoción de la salud con todos estos tópicos.

La importancia de esta investigación se basa en que no se ha desarrollado un trabajo de esta índole con mujeres diabéticas derechohabientes de la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro. Lo que proporcionará datos relevantes, actuales e inéditos sobre estas mujeres, la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro y las relación de sus roles con la diabetes.

#### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La diabetes se ha vuelto un problema de salud muy serio y en especial para las mujeres, pues el número de casos ha incrementado considerablemente. Por lo tanto, es relevante realizar una investigación cualitativa con mujeres diabéticas derechohabientes de la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro puesto que no se ha hecho y daría la pauta para fortalecer la atención, y visualizar como influye el orden de género, es evidenciar el significado de vivir la enfermedad desde la condición de “mujer”.

## **5. MARCO-TEÓRICO CONCEPTUAL**

### **CAPÍTULO 1.**

#### **LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN MÉXICO.**

En la actualidad la Diabetes Mellitus tipo 2 es un problema de salud muy fuerte para el mundo pero sobre todo para México, por lo tanto, en este capítulo nos dedicaremos a abordar todos los aspectos más relevantes de esta enfermedad como: la fisiopatología de la enfermedad, los aspectos afectivos y sociales, y los datos epidemiológicos nacionales y los correspondientes al estado de Michoacán. Todo esto con el fin de proporcionar la información necesaria para el entendimiento del abordaje realizado en esta investigación.

##### **1. 1 Conceptualización integral de la Diabetes Mellitus tipo 2.**

###### **1. 1. 1 Definición fisiopatológica de la enfermedad.**

Se tienen antecedentes de la diabetes de la época de los egipcios aproximadamente del año 1500 a. C. donde se refieren por primera vez a una enfermedad con las características de la diabetes. Arateo de Capadocia en el siglo II a. C. describió un trastorno que se caracterizaba por el aumento de la producción de orina (poliuria) y fue el primero en utilizar el término “diabetes” que en griego significa “sifón”. Más tarde Galeno describe casos muy raros de una enfermedad que ocasionaba poliuria y sed excesiva (polidipsia). En el año de 1846 y 1848 Claude Bernard encontró hiperglucemia (glucosa aumentada en la sangre) en estados patológicos como la diabetes. Para 1893 Mikowski y von Mering descubren el papel del páncreas en la diabetes. En el año de 1921 Banting, Best, Macleod y Collid descubren la insulina; este importante hallazgo es la base para el desarrollo del primer tratamiento contra la enfermedad. En la actualidad hay diversos avances en la investigación sobre esta enfermedad (Laguna, et al., 2013, p. 643).

A partir de lo que menciono anteriormente nos podemos dar cuenta que los orígenes de la diabetes datan de muchos años atrás, sólo que ahora en la

actualidad la problemática de la diabetes es muy grave a comparación de sus primeras apariciones. A continuación definiré lo que es la diabetes en general y la diabetes tipo II que es en la que se centra esta investigación, también abordare varios aspectos fisiopatológicos de la enfermedad.

La diabetes mellitus comprende un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemias que resultan de defectos en la secreción de insulina, la acción de ésta o ambos casos (Laguna, et al., 2013, p. 643).

La diabetes mellitus tipo 2 o no insulino dependiente se define como: “Una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre)” (OMS, 2018).

En los párrafos anteriores defino lo que es la diabetes mellitus y la diabetes mellitus tipo 2, la idea de presentar estas definiciones es la de hacer una clara diferenciación sobre el tipo de diabetes que se aborda en esta investigación. En seguida haré mención del la sintomatología que se presenta cuando una persona presenta la diabetes mellitus tipo 2.

#### Síntomas de la Diabetes Mellitus tipo 2.

Este tipo de diabetes cuenta con una sintomatología poco llamativa, que conlleva a una proporción importante de personas sin diagnóstico y por ende sin tratamientos. Esta cifra varía en función de los recursos sanitarios de los diferentes países, entre el 25 % y el 50%, lo que quiere decir que uno de cada dos o dos de cada cuatro de las personas que padecen diabetes no han sido diagnosticadas (Dvorkin, et al., 2010, p. 773)

Entre los principales síntomas se encuentran: la glucosuria (presencia de glucosa en la orina), poliuria (aumento en la producción de orina), polidipsia (aumento de la sed), polifagia (hambre), pérdida de nitrógeno, cetosis y pérdida de peso. Se debe de tener en cuenta que la presencia de estos síntomas depende mucho de la

intensidad de las alteraciones metabólicas que se tengan hasta el momento de la detección (Laguna, et al., 2013, p. 657).

Una vez presentada la sintomatología antes mencionada es de suma importancia, llevar a cabo el diagnóstico correcto y oportuno para comenzar el manejo adecuado de la persona con diabetes. Es por eso que a continuación describo la forma en la que actualmente se lleva a cabo el diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2.

Se determina que una persona presenta la diabetes mellitus tipo 2 cuando cumple con cualquiera de las siguientes condiciones, al realizarle la medición de glucosa en sangre (Lerman & Romero, 2010, pp. 10,11):

- Si presenta una concentración de glucosa en ayuno igual o mayor de 126 mg/dL en dos ocasiones, con la presencia o ausencia de síntomas.
- Si su valor es igual o mayor de 200 mg/dL con síntomas de diabetes en cualquier hora del día.
- Si al realizar una curva de tolerancia oral a la glucosa resultado es mayor es igual o mayor de 200 mg/dL.<sup>1</sup>

Como toda enfermedad existen una serie de factores de riesgo, que propician el desarrollo de la misma y estos se pueden prevenir o controlar a fin de evitar la aparición de la enfermedad o disminuir los impactos fisiopatológicos que conlleva. Los factores de riesgo que propician la aparición de la diabetes mellitus tipo 2 se enuncian en el siguiente segmento.

En la actualidad se sabe que hay una influencia genética para el desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2, las personas que presentan esta enfermedad resultan con alteraciones en varios genes, cada uno con efecto parcial y probablemente aditivo. Los genes involucrados nombrados genes de susceptibilidad por sí solos no ocasionan la diabetes, se requiere el efecto aditivo de estos genes o ciertas combinaciones de ellos para adquirir susceptibilidad genética. Aunque, para el

---

<sup>1</sup> Curva de tolerancia a la glucosa: Se realiza cuando en ayuno la glucosa se encuentra entre 100 y 125 mg/dL. Se toma una medición de glucosa antes de ingerir un líquido con una cantidad estándar de 75 gr de azúcar y pasadas 2 hrs de la ingesta se vuelve a realizar una medición.

desarrollo de la enfermedad se deberá estar bajo ciertos factores de riesgo que favorezcan a la expresión de la misma (Aguilar, et al., 2009, p. 226).

En la tabla 1 menciono los factores de riesgo que favorecen al desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2.

**Tabla 1. Factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2.**

Edad superior a 45 años
Historia familiar de DM (padres, hijos y hermanos)
Exceso de peso (IMC>25 mg/kg <sup>2</sup> )
HDL-C bajo o triglicéridos elevados
Sedentarismo
Hipertensión arterial
DM gestacional Previo
Macrosomía, historial de abortos recurrentes o mortalidad perinatal
Uso de medicamentos hiperglucemiantes (corticosteroides, tiazídicos, betabloqueadores, etc.)

Fuente: Diabetes Mellitus: visión latinoamericana, 2014.

Una vez que la enfermedad es detectada y el diagnóstico es debidamente confirmado, se procede a establecer e informar a la persona que padece diabetes sobre el tratamiento que comenzará a llevar. El cual le permitirá mantener bajo control a la diabetes y de esta forma evitar la aparición temprana de posibles complicaciones. El siguiente tema a abordar será el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.

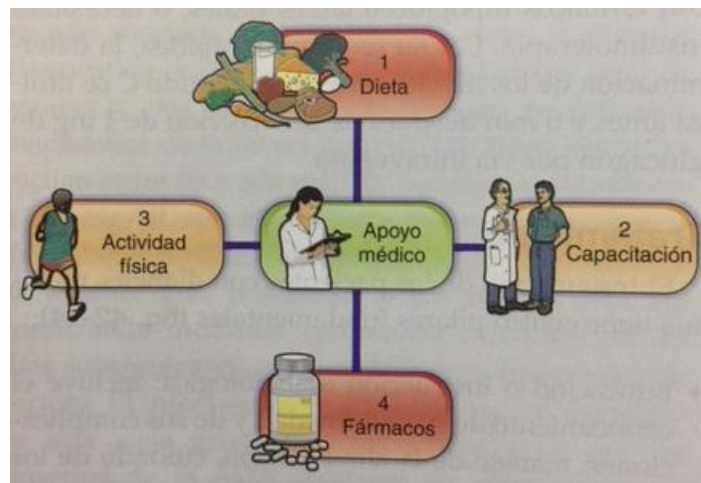
El tratamiento de las personas que viven con diabetes tiene como base cuatro ejes indispensables (Fig. 1), que les permitirán llevar una vida adecuada (Dvorkin, et al., 2010, pp. 775,776):

1. Educación o instrucción diabetológica: la cual se compone del conocimiento de la enfermedad y sus complicaciones, manejo de la alimentación, cuidado

de los pies, realización de controles de la glucemia con glucómetros personales, signos de alarma, etc.

2. Ejercicio físico: aeróbico de intensidad y frecuencia adecuadas. Se debe tener especial cuidado con pacientes que utilizan insulina ya que el aumento de catecolaminas durante el ejercicio induce la liberación de glucagón y frenarían la de la insulina pancreática. Debido a la insulina exógena, un esfuerzo físico intenso puede resultar en hipoglucemia que lleve al coma. Por eso se aconseja el consumo de hidratos de carbono simples antes del ejercicio para suplir la función de entrega de glucosa por parte del hígado en los momentos iniciales de la actividad física.
3. Plan alimentario: la dieta es fundamental para asegurar un adecuado control y manejo de la glucosa.
4. Hipoglucemiantes: insulina en caso de que la persona presente niveles no controlados de glucosa e hipoglucemiantes orales para llevar un control continuo.

**Figura 1. Estrategia de tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.**



Fuente: Best & Taylor: Bases fisiológicas de la práctica médica, 2010.

La diabetes es una enfermedad crónica que por ende conlleva diversas complicaciones, que pueden ser retardadas o en el peor de los casos acelerar su aparición. Anteriormente mencioné las características del tratamiento que las personas que viven con diabetes deben seguir, sin embargo, sí esto no se cumple

y se agregan algunos otros factores, las complicaciones de la diabetes aparecerán. El siguiente punto a plantear precisamente son las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2 y los factores que influyen para su intensificación.

Las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2 pueden presentar complicaciones agudas y crónicas (tabla 2.) a causa de hiperglucemias o hipoglucemias persistentes (Dvorkin, et al., 2010, pp. 776,777).

**Tabla 2. Complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2.**

<p style="text-align: center;"><b>Complicaciones agudas</b></p> <p>Hipoglucemias (asociadas con el tratamiento con insulina o sulfonilureas). Coma diabético (cetoacidosis, coma hiperosmolar).</p>
<p style="text-align: center;"><b>Complicaciones crónicas</b></p> <p><b>Microvasculares</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Retinopatía</li><li>• Nefropatía</li></ul> <p><b>Macrovasculares</b></p> <p>(afectan grandes vasos y arterias de medio calibre, proceso aterosclerótico relacionado con el síndrome de insulinoresistencia)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermedad cardiovascular</li><li>• Enfermedad cerebrovascular</li><li>• Enfermedad vascular periférica</li></ul> <p><b>Mixtas</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Neuropatía</li><li>• Pie diabético</li></ul>

---

Fuente: Best & Taylor: Bases fisiológicas de la práctica médica, 2010.

Retinopatía: puede presentarse de dos formas retinopatía no proliferativa y proliferativa. La primera aparece 20 años después de que se diagnostica la diabetes, ocasiona el engrosamiento de la membrana basal que produce isquemia, lo que desarrolla microaneurismas, dilatación de los vasos sanguíneos y

algunos exudados, estas apariciones pueden mantenerse o evolucionar a la forma más grave la retinopatía proliferativa, en la cual hay neoformación de vasos sanguíneos que son más susceptibles a romperse propiciando exudados más importantes, edema vascular severo, hemorragias en el vítreo y hasta desprendimiento de retina, con daños muy importantes en la visión de la persona con diabetes (Lyra, et al., 2014, pp. 445,446).

Nefropatía: los riñones están compuestos por cientos de miles de unidades llamadas nefronas. Estas estructuras son las encargadas de filtrar la sangre, ayudando a eliminar los desperdicios del cuerpo y a controlar el equilibrio de líquidos. En las personas que padecen diabetes las nefronas lentamente se engruesan y con el tiempo cicatrizan. Las nefronas comienzan a dejar pasar proteína (albúmina) a la orina y los riñones comienzan a verse afectados por la concentración extra de partículas. Este daño puede suceder años antes del comienzo de cualquier síntoma (Hurt, 2017).

Enfermedades cardiovasculares: son de las más comunes entre las personas con diabetes y se debe a la acumulación de grasas en las grandes arterias o a la formación de placas de ateromas. Todo esto origina los ataques cardiacos, obstrucción de las grandes arterias del tronco, del abdomen y las extremidades condicionando a una insuficiencia arterial crónica (Pardo, 2006, pp. 58,59).

Neuropatía: es una de las complicaciones más frecuente, se presenta en el 50 % de las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2. Se presenta como pérdida de la sensibilidad distal en pies y manos. La sintomatología que se manifiesta en personas que padecen diabetes es generalmente adormecimiento, hormigueo, ardor y punturas que inician en pies y se van extendiendo a piernas y muslos. También llega haber afección en el sistema vegetativo ocasionando afección gastrointestinal, del sistema genitourinario afectando la vejiga, disfunción eréctil y disfunción sexual femenina (Lyra, et al., 2014, pp. 447,448).

Pie diabético: resulta ser una de las complicaciones más comunes durante el progreso de la diabetes, se inicia por la pérdida cutánea constante en los pies (úlceras, cuerpo extraño, heridas, laceraciones por el uso de zapatos, etc.) esto produce una infección necrotizante de los tejidos blandos que llega hasta el hueso

y condiciona la presencia de gangrena gaseosa y la única solución son tratamientos quirúrgicos (Pardo, 2006, p. 54)

Para impedir el desarrollo de las complicaciones antes mencionadas es importante no interrumpir el tratamiento mencionado con anterioridad y evitar los siguientes factores de riesgo (Tabla 3.) que dan origen a dichas complicaciones.

**Tabla 3. Factores de riesgo que propician las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2.**

Niveles altos de glucosa en sangre
Niveles altos de grasa en sangre
Presión alta
Tabaquismo
Problemas personales, familiares y/o económicos (cuando el individuo tiene múltiples preocupaciones, angustias y frustraciones, opta por olvidarse de la diabetes descuidando sus hábitos).

Fuente: Aprenda a vivir con diabetes. Guía práctica para el manejo de la diabetes, 1999.

Hasta este momento he planteado los aspectos más sobresalientes y comunes de la fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 2 tales como: su historia, definición, sintomatología, diagnóstico, factores de riesgo, tratamiento y complicaciones. En el siguiente apartado me enfocaré a tratar algunos otros aspectos que también forman parte de las personas que padecen esta enfermedad. Estos aspectos son los sociales y afectivos, lo que permitirá construir un contexto más completo de la diabetes mellitus tipo 2.

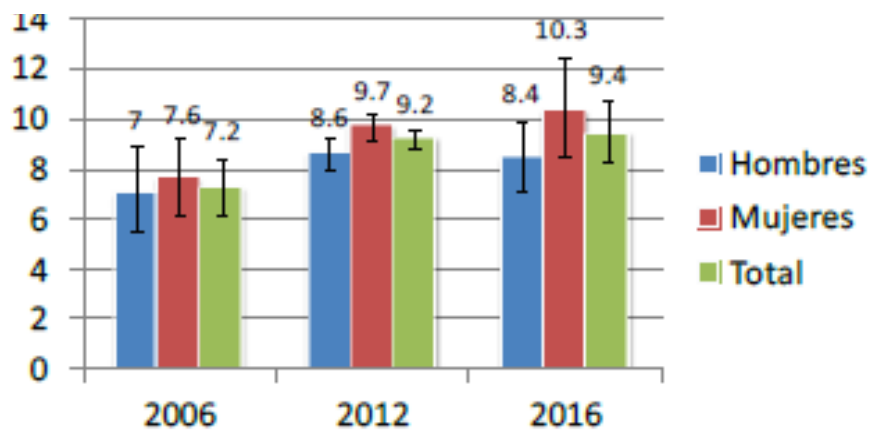
## **1. 2 Datos estadísticos nacionales y estatales de la diabetes mellitus tipo 2.**

### **1. 2. 1 Epidemia nacional de diabetes.**

En la actualidad la diabetes mellitus tipo 2 en nuestro país es la principal causa de muerte y la prevalencia va en aumento sobre todo en las estadísticas de mujeres. La ENSANUT en el último estudio realizado en el 2016 reporta que la prevalencia

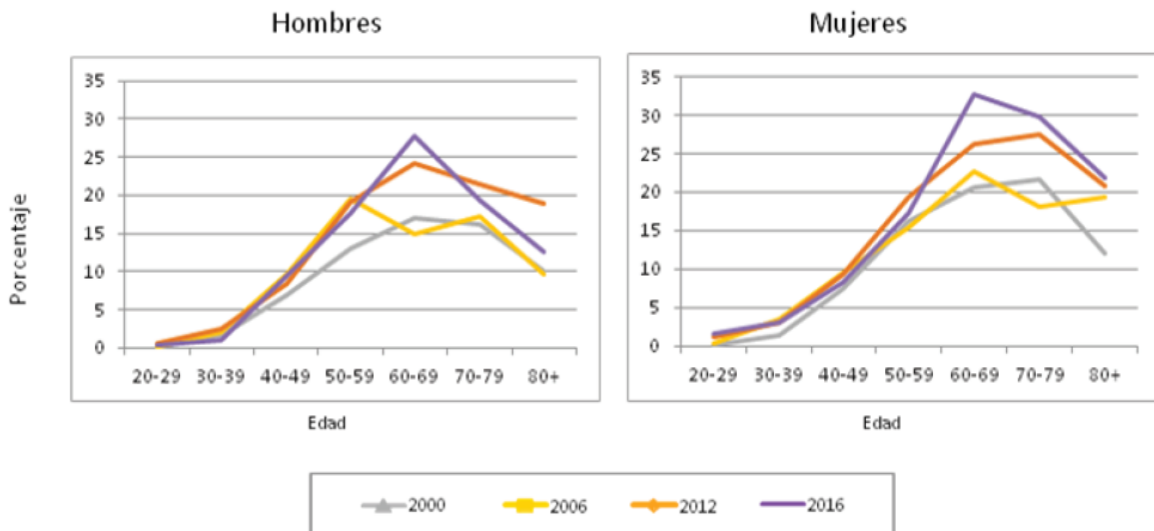
de la diabetes mellitus en México es de 9.4% en adultos (10.3% de las mujeres y 8.4% de los hombres) los cuales fueron diagnóstico de diabetes por parte de un médico (Fig. 2). Se observó un ligero aumento en la prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo con respecto a la ENSANUT 2012 (9.2%) y un mayor aumento con respecto a la ENSANUT 2006 (7.2%) (Fig. 2). El mayor aumento de la prevalencia de diabetes, al comparar la ENSANUT 2012 con la ENSANUT MC 2016, se observó entre los hombres de 60 a 69 años de edad y entre las mujeres con 60 o más años de edad (Fig. 3).

**Figura 2. Prevalencia del diagnóstico médico previo de diabetes por sexo. ENSANUT 2006, ENSANUT 2012 y ENSANUT MC 2016.**



Fuente: ENSANUT MC, 2016.

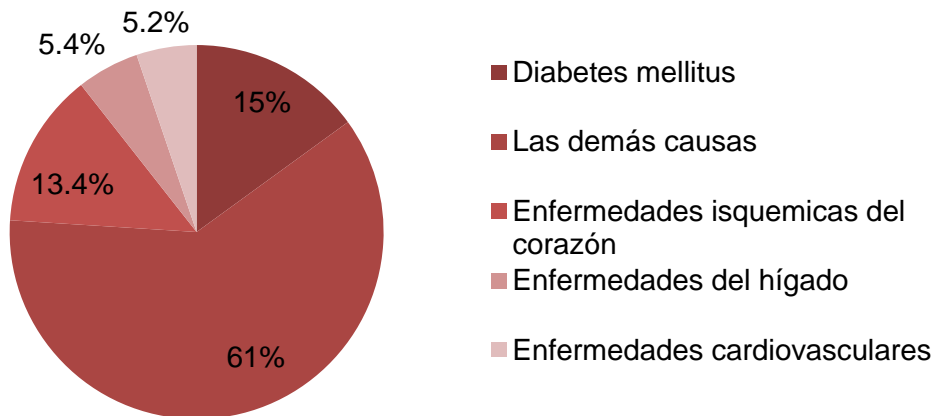
**Figura 3. Prevalencia del diagnóstico médico previo de diabetes por sexo y edad. ENSANUT 2006, ENSANUT 2012 y ENSANUT MC 2016.**



Fuente: ENSANUT MC, 2016.

Ahora bien, considerando los avances tecnológicos y la mejor cobertura en los servicios de salud, en el 2017 ha aumentado la esperanza a 75.3 años. Por lo tanto, las enfermedades crónicas degenerativas son la principal causa de mortalidad de los mexicanos y esto se confirma con los datos estadísticos del 2015 del INEGI (Fig. 4).

**Figura 4. Distribución porcentual de las defunciones por causas de muerte 2015.**

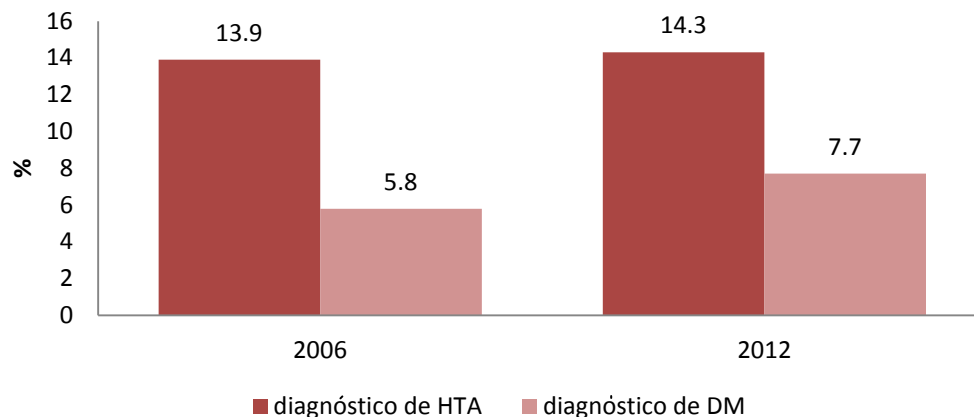


Fuente: INEGI, 2015.

### 1. 2. 2 Estadísticas de diabetes del Estado de Michoacán.

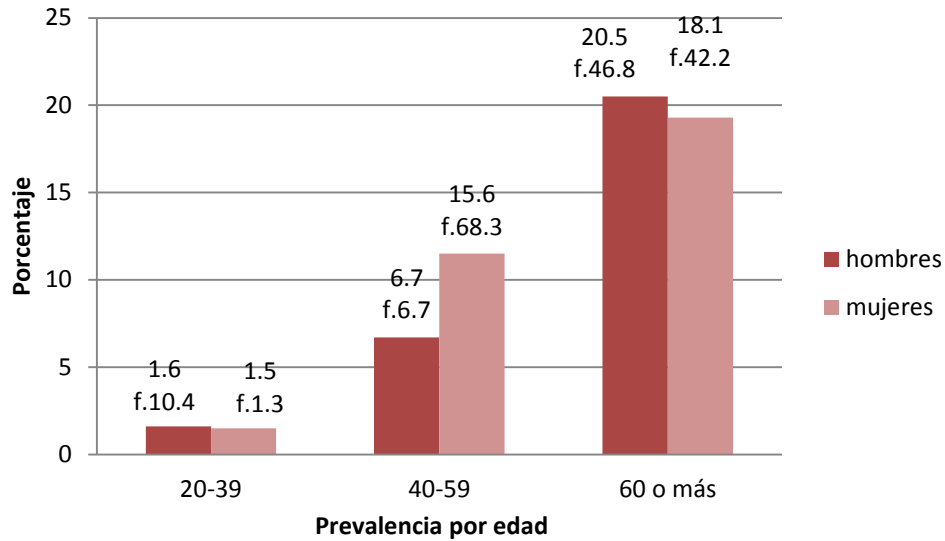
La prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en personas de 20 años o más en Michoacán fue de 7.7%, mayor a la reportada en la ENSANUT 2006 (5.8%) (Fig. 5). La prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo fue ligeramente mayor en mujeres (8.5%) que en hombres (6.6%), con una razón mujer:hombre de 1.3:1. Tanto en hombres como en mujeres, se observó un incremento en la prevalencia de diagnóstico previo de diabetes a partir del grupo de 40 a 59 años de edad (6.7 y 15.6%, respectivamente), la cual aumentó marcadamente en hombres de 60 años o más (20.5%) y ligeramente en mujeres de la misma edad (18.2%). En los hombres, hubo 1.6% de diagnóstico médico previo de diabetes en el grupo de 20 a 39 años de edad, en tanto que la prevalencia en la población de 60 años o más fue 3.0 veces mayor que la prevalencia en la población de 40 a 59 años. En las mujeres, la prevalencia de diagnóstico médico previo de diabetes en la población de 40 a 59 años y en la de 60 años o más fue 12.0 y 13.9 veces mayor que la prevalencia en la población de 20 a 39 años, respectivamente (Fig. 6) (EMSANUT, 2012).

**Figura 5. Prevalencia de hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM) por diagnóstico médico previo en adultos de 20 años o más. Michoacán ENSANUT 2012.**



Fuente: ENSANUT, 2012.

**Figura 6. Prevalencia de hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM) por diagnóstico médico previo en adultos de 20 años o más. Michoacán ENSANUT 2012.**



Fuente: ENSANUT, 2012.

**Figura 7. Mortalidad en el Estado de Michoacán en el año 2016.**



Fuente: INEGI, 2016.

En el 2016 se reportaron 27 138 muertes en el Estado de Michoacán (Fig. 7) y entre las principales causas de muerte están (INEGI, 2016):

1. Enfermedades del corazón.
2. Diabetes mellitus.
3. Las derivadas de agresiones.
4. Accidentes de transporte.
5. Otras.

### **1. 2. 3 Aspectos sociales y afectivos de la diabetes mellitus tipo 2.**

En las últimas décadas nos encontramos con un incremento global del número de casos de diabetes mellitus tipo 2 como de obesidad, un trastorno muy relacionado con ésta y otros tipos de enfermedades. Existen razones que llevan a pensar que en múltiples regiones en desarrollo, los cambios socioculturales que se experimentan explican el impresionante incremento de casos de diabetes mellitus tipo 2 (Dvorkin, et al., 2010, p. 778).

Se considera que el desarrollo y la evolución de la diabetes mellitus tipo 2 se encuentran afectados directamente por factores sociales que están íntimamente relacionados, lo que hace imposibles aislar sus impactos, pues la influencia de uno está agravada por la de otros. Estos factores son los siguientes (Pérez & Berenguer, 2015, p. 1269):

- Nivel de ingreso: diversos estudios muestran la relación entre la diabetes mellitus tipo 2 y el nivel de ingresos, pues la condición económica condiciona conductas individuales referentes a la alimentación y a la práctica de ejercicios físicos. Una persona de bajos recursos tiene más probabilidades de consumir alimentos baratos en establecimientos de comida rápida y puede poseer otros hábitos no saludables como beber, debido a la depresión o estrés originado por su situación económica. Contrariamente a lo que se pensaba, el bajo ingreso económico condiciona una alimentación deficiente (rica en grasa y azúcares), y asociado al sedentarismo que conlleva a la obesidad. Este se considera el más importante de los factores de riesgo que desarrollan la diabetes mellitus tipo 2, pues ambas afecciones dejaron de ser enfermedades relacionadas con la abundancia.
- Nivel educacional: se vincula con el nivel de ingresos, la ocupación, el prestigio social, los conocimientos sobre temas de salud, el interés por obtener información de salud y los estilos de vida saludables. La relación entre la diabetes mellitus tipo 2 y el nivel de educación se relaciona en buena medida con la obesidad. Pues la educación contribuye a la elección

de estilos de vida y comportamientos favorables para la salud, así como el acceso a mejores oportunidades que permiten a las personas protegerse de los riesgos para la salud.

- Ocupación: es la posición que el individuo desarrolla dentro de la estructura social, lo que contribuye a protegerlo de determinados riesgos laborales, le facilita el acceso a los servicios sanitarios, origina diferentes niveles de estrés psicológico y puede influir en su comportamiento o en la adopción de estilos de vida saludables.
- Accesibilidad a los servicios de salud: si no hay acceso a los servicios médicos o son deficientes, independientemente de que el nivel de ingresos sea adecuado o que se tengan los suficientes conocimientos al respecto, esto repercutirá negativamente para la prevención, tratamiento y seguimiento adecuado de las personas con diabetes mellitus tipo 2 u otras enfermedades.
- Dietas hipercalóricas: el consumo excesivo de alimentos de alto contenido de calorías publicitados en los medios de comunicación, que son promocionados como comida rápida, están constituidos por niveles altos de grasa y calorías, además con bajo valor nutritivo, lo cual conduce a la obesidad e intolerancia a los carbohidratos.
- Inactividad física: la promoción del ejercicio físico como práctica social cotidiana permite disminuir el aumento de personas con diabetes mellitus tipo 2, tanto en jóvenes como en adultos. Pues el sedentarismo propicia la aparición de diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares.
- Creencia sobre la belleza y la salud: se ha heredado a través de los años que las personas robustas o con algunos kilos demás son sinónimo de belleza y salud, pero es todo lo contrario predispone al sobrepeso y a la obesidad, aumentando las probabilidades de padecer diabetes mellitus tipo 2.
- Género: en la actualidad se ha observado un aumento en los casos de mujeres con diabetes mellitus tipo 2, esto se vincula a algunos aspectos culturales y con los bajos ingresos como consecuencia de las desventajas

sociales a las que aún se encuentran expuestas las mujeres en muchas regiones del mundo.

- Funcionalidad familiar: el apoyo familiar repercute bastante en la persona que vive con diabetes mellitus tipo 2, en su evolución y desenlace, por lo tanto la familia se vuelve un elemento fundamental para desarrollar conductas de salud, autocuidado y el seguimiento adecuado del tratamiento médico por parte de la persona que vive con diabetes mellitus tipo 2. La establecida funcionalidad familiar permite la adaptabilidad, solidaridad, afecto y la capacidad de solucionar problemas. Permitiendo que este elemento clave pueda evitar la progresión de la diabetes mellitus tipo 2 en la persona que la presenta.

Como podemos observar a partir de todo lo que he mencionado el padecimiento no queda limitado a la persona que vive con diabetes mellitus tipo 2 sino que se extiende a su red social más cercana que es la familia, si se asume que la familia es un sistema queda claro que la experiencia de cada uno de sus miembros afecta el sistema familiar y a su vez este afecta a cada uno de sus integrantes. La familia comparte la experiencia de un padecimiento cónico como el de la diabetes mellitus tipo 2 el cual es fuente de conflictos y desequilibrios al generar un clima de tensión, preocupación e incertidumbre por la presencia de los signos y síntomas y sus repercusiones en las actividades de los enfermos, por la necesidad de cambiar patrones de conducta, el temor a las complicaciones que conlleva la enfermedad, el aumento de los gastos y por ende la reducción de los ingresos, más aun cuando el principal proveedor de los ingresos es el enfermo (López & Ávalos, 2013, p. 341).

Por último debemos considerar que la diabetes mellitus tipo 2, es una afección asociada a múltiples causas, donde los determinantes sociales de la salud, tales como los niveles de ingreso y educacional, la ocupación, la accesibilidad a los servicios de salud, las dietas hipercalóricas, la inactividad física, las creencias sobre la belleza, el género y la funcionalidad familiar, están íntimamente relacionados y desempeñan un rol fundamental, con todo esto se piensa que esta

es una enfermedad social más que fisiopatológica (Pérez & Berenguer, 2015, p. 1270).

Los determinantes sociales de la salud como: los niveles de ingreso y educacional, la ocupación, etc. Son importantes pero la familia es la red de apoyo más significativa para la persona que vive con diabetes mellitus tipo 2 y el respaldo de ella influye directamente en su estado emocional, tema que trataré en seguida. Pues el estado emocional y la actitud ante la enfermedad son aspectos de suma importancia para hacer frente a la diabetes mellitus tipo 2.

Aspectos afectivos de la diabetes mellitus tipo 2.

El hecho de recibir el diagnóstico de una enfermedad crónica en la última mitad de la edad adulta, a menudo es considerado por la persona como un signo de envejecimiento prematuro. La persona puede entender la aparición de la diabetes como el “principio del fin”. Los sentimientos que surgen en seguida de recibir el diagnóstico de la enfermedad son en general muy intensos (López & Ávalos, 2013, p. 341).

Una vez que la persona recibe la noticia de que tiene diabetes pueden presentarse estados dominados por la aprehensión, la preocupación sobre la salud y su pronóstico, la incertidumbre, la ansiedad y la depresión, por lo que dependiendo de cómo haya transcurrido la etapa previa al momento de la comunicación del diagnóstico, las representaciones de la persona y de sus redes de apoyo acerca de su salud, así como la información que manejan sobre la diabetes mellitus tipo 2, determinaran la respuesta inicial y el proceso de afrontamiento más inmediato ante el diagnóstico (Loraine, 2012).

En este momento el apoyo y la comprensión por parte de la familia, los amigos y el personal médico son de vital importancia. Además, la forma en que la persona con diabetes afronte el trastorno depende también de otros aspectos personales como lo laboral, lo social y lo afectivo. Está de por más decir que una situación de conflicto en estas áreas condicionará la manera de afrontar el autocuidado de la persona (López & Ávalos, 2013, p. 342)

La depresión resulta ser uno de los estados con mayor probabilidad de presentarse en las personas que padecen diabetes, lo que puede empeorar su estado de salud debido a una baja adhesión a las diferentes actividades de autocuidado, específicamente respecto al control de la dieta y el auto-monitoreo de la glucosa. Algunos estudios demuestran la prevalencia de depresión en personas con diabetes de alrededor el 20 %, y es mayor la proporción de mujeres que la de los hombres. La depresión a parte se relaciona significativamente con la ansiedad, y con variables como la edad, el género y el tratamiento de insulina (Loraine, 2012).

La aceptación de la enfermedad es un trabajo necesario para las personas que padecen diabetes, en un principio si los síntomas no son muy persistentes la persona puede creer que es sano, y tal vez incluso decida llamar a su problema “prediabetes o principios de diabetes” pero, conforme el tiempo transcurre la sintomatología se hace más evidente y los cambios son más notorios, la persona puede seguir en el entendido de que no pasa nada. Sin embargo, es importante que reflexiones sobre los sentimientos que lo están llevando a este estado de negación porque esto puede desencadenar una serie de complicaciones muy severas. Los sentimientos de culpa, coraje o temor deben ser enfrentados para que la persona pueda aceptar su condición actual y así se permita controlar la diabetes y prevenir las complicaciones asociadas a ella (Lerman, 1999, pp. 16,17). La diabetes mellitus tipo 2 no sólo es un proceso fisiopatológico también involucra impactos emocionales muy severos, que en ocasiones no pueden ser enfrentados de forma solitaria por parte de las personas que la padecen. El apoyo de familiares, amigos o grupos de apoyo que se han creado justo para hacer frente a los cambios que conlleva la diabetes mellitus tipo 2, pueden ser de mucha ayuda y permiten que la persona que vive con diabetes se sienta acompañada. Favoreciendo a una respuesta más responsable y consciente ante la diabetes mellitus tipo 2.

#### **1. 2. 4 Programas de atención a la diabetes mellitus tipo 2 en México.**

En esta sección abordaré algunos de los programas que a través de sus diferentes estrategias pretenden o pretendieron fomentar el auto cuidado y la prevención de complicaciones resultado de la diabetes mellitus tipos 2.

##### **1. Programa de Manejo Integral de Diabetes por Etapas (MIDE).**

Este programa se desarrolla dentro del servicio de salud del ISSSTE y el objetivo es reducir la mortalidad por diabetes, lo que implicaría reducir complicaciones, costos y mejorar la satisfacción y la calidad de vida de las personas que viven con diabetes (Sánchez, 2011, p. 4).

Entre sus características destacan (Sánchez, 2011, p. 6):

- Que es un programa que se centra en el paciente utilizando un modelo de empoderamiento.
- Cuenta con un enfoque multidisciplinario en el primer nivel de atención, rompiendo paradigmas de la atención especializada, conforma un equipo multidisciplinario y reconoce al paciente.
- Se basa en evidencias médicas contando con guías clínicas, resultados medibles y objetivos.

Las estrategias de este programa son (Sánchez, 2011, p. 7):

- Innovar y mejorar la atención primaria de la siguiente manera: incrementar el tiempo destinado a la consulta (30 minutos), promover la insulinización temprana en el 1er nivel, la hemoglobina glucosilada como método de control metabólico y registro sistematizado de información.
- Promover el empoderamiento y el autocuidado a través de: boletín “El mejoramiento de la salud”, serie “Entienda la diabetes” y trabajo grupal con “Mapas de conversación”.
- Capacitación del equipo multidisciplinario y el paciente se llevan a cabo: formación de profesionales educadores en diabetes, formación de médicos diabetólogos y formación de pacientes asesores en diabetes.

Entre los resultados obtenidos mediante este programa en el año 2011 justo el año donde comienza su implementación se logro una cobertura de 106 unidades ubicadas en la Ciudad de México, se trabajo con 41, 896 pacientes y se logró un control de 23, 403 un 55% (Sánchez, 2011, p. 13).

## **2. Programa de Acción para la Prevención y Control de la Diabetes 2001-2006.**

Este es un programa que forma parte del Plan Nacional de Desarrollo del 2000 al 2006 y quien estuvo a cargo de su funcionamiento es la Secretaría de Salud y fue dirigido a toda la población mexicana. Sus objetivos fueron los siguientes (Frenk, 2001, p. 35):

- Proteger la salud, prevenir o retardar la aparición de la diabetes y las complicaciones de mayor prevalencia entre la población adulta y adulta mayor, así como elevar la calidad de vida en este grupo poblacional.
- Establecer y consolidar políticas y estrategias que contribuyan a reducir la morbilidad y desacelerar la mortalidad por diabetes en México, con estricto apego a la normatividad vigente.

Las características esenciales que el programa presentó fueron estratégicas y sustantivas entre ellas se encontraban (Frenk, 2001, pp. 36,37):

- Trabajar de forma estratégica fortaleciendo centros estatales de capacitación y laboratorios.
- Contar con un sistema social, integrar a los actores sociales al sistema, formación y desarrollo de grupos de ayuda mutua.
- Detección integrada de factores de riesgo donde se utilizarían encuestas, monitoreo de peso, glucosa e hipertensión arterial, diagnóstico de la enfermedad y promoción de estilos de vida saludables.
- Control de la enfermedad a través de atención médica integral, orientación alimentaria y actividad física, monitoreo metabólico, de peso, lípidos y de presión arterial y motivar a las personas para una mejor adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Las estrategias que fueron utilizadas en este programa son las siguientes:

Realizar la difusión de la normatividad vigente entre la comunidad médica y la población general (Frenk, 2001, p. 38).

- Desarrollar campañas de comunicación educativa dirigidas a la prevención de los factores de riesgo y control de la diabetes.
- Aplicar la encuesta de factores de riesgo al 80% de la población mayor de 20 años de edad que acudan por primera vez y por cualquier causa a una unidad de salud.
- Generar metodologías didácticas para garantizar aprendizajes significativos en las intervenciones educativas que realicen los Centros Estatales de Capacitación.
- Facilitar el acceso a la información y actualización en temas de interés al personal de salud involucrado y población en general.
- Promover la integración y participación del "educador en diabetes", dentro del Sector Salud que contribuya a la atención integral de este padecimiento.

En los grupos de ayuda mutua y para el caso específico de las personas con diabetes; se plantea:

- Promover el autofinanciamiento que garantice los insumos necesarios para la detección, tratamiento y control.
- Fomentar estilos de vida saludable que contemplan una alimentación adecuada, control de peso, actividad física y promoción de la reducción en el consumo de alcohol y tabaco.
- Vigilar que se lleve a cabo periódicamente la evaluación clínica de los pacientes.

Los resultados que se lograron a partir de la implementación del programa de acción diabetes mellitus fueron (Córdoba, 2008, pp. 22,23):

- Durante el periodo, se realizó un promedio de 23 millones de detecciones integradas. En 2006 se alcanzó un volumen de 40 millones de tamizajes,

2.5 veces más que en 2000, lo que permitió reducir de 35 a 22% de las personas que desconocían su enfermedad. De acuerdo a la ENSANUT, uno de cada 5 adultos acudió a realizarse pruebas de determinación de glucosa en sangre, en contraste con 10% de adultos que demandaron dichos servicios en el 2000.

- En el 2006, se registraron 11,040 Grupos de Ayuda Mutua activos con un total de 308,400 integrantes en todo el país. Además los grupo de ayuda mutua para personas con diabetes, lograron una organización de los propios pacientes, que bajo la supervisión médica y con el apoyo de los servicios de salud, sirve de escenario para la capacitación necesaria para el control de la enfermedad.

### **3. Estrategia nacional para la prevención y el control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.**

La implementación de este programa se llevó a cabo en el año 2013 y considero como una alternativa para reforzar el programa nacional de salud del período 2013-2018 el objetivo principal del proyecto fue (Juan, 2013, p. 55):

Mejorar los niveles de bienestar de la población y contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional al desacelerar el incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los mexicanos, a fin de revertir la epidemia de las enfermedades no transmisibles, particularmente la diabetes mellitus tipo 2, a través de intervenciones de salud pública, un modelo integral de atención médica y políticas públicas intersectoriales.

Las características que definieron la estructura de este programa fueron intervenciones de salud pública, formular un modelo médico integral e intervenir en mejorar las prácticas internacionales en materia de regulación sanitaria. Este programa deberá incluir el fomento de estilos de vida y hábitos de alimentación saludables, la generación y rescate de espacios para la actividad física, la capacitación del personal de salud y el fortalecimiento de la atención primaria (Juan, 2013, p. 57).

Este programa utilizó como estrategias lo siguiente:

- Vigilancia epidemiológica.
- Promoción de la salud y comunicación educativa.
- Prevención.
- Calidad y acceso efectivo en la atención médica.
- Regulación sanitaria en el etiquetado de alimentos y bebidas.
- Regulación sanitaria en la publicidad de alimentos y bebidas.
- Medidas fiscales para disminuir el consumo de alimentos y bebidas de escaso valor nutrimental.

Los resultados obtenidos en el 2016 por medio de alianza por la salud alimentaria después de 3 años del inicio del programa fueron los siguientes (alianzasalud, 2016, p. 1):

- El gran ausente en la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes es la atención del sistema alimentario como base de la salud alimentaria.
- Se requiere de una política integral, basada en una perspectiva de derechos humanos, intersectorial y con un uso transparente de los recursos.
- El gran problema con las regulaciones planteadas en la estrategia gubernamental es que parte de las regulaciones se realizaron a conveniencia de la industria de alimentos y bebidas, no bajo el interés público.

#### **4. Programa Grupos de Ayuda Mutua del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.**

Este programa surge en el ISSSTE en el año 2008 y la finalidad de su conformación fue proporcionar una red de apoyo y capacitar a la población derechohabiente a través de la concientización y la adquisición de conductas

dirigidas a evitar la aparición de ciertos padecimientos, controlar los que ya estén presentes y prevenir las complicaciones de los mismos (Tena, 2008, p. 11).

Las características del programa son (Tena, 2008, p. 17):

- La creación de grupos de apoyo donde se comparte información y experiencias.
- Abordar la enfermedad como experiencia colectiva y experiencia social.
- La creación de grupos privados en los que aún es posible controlar los procesos que inciden en lo cotidiano como sucede en las unidades médicas.
- Está integrado por personas con enfermedades crónico degenerativas y personas con factores de riesgo a quienes se identifica en los servicios de medicina preventiva y consulta externa.
- El instructor, facilitador o moderador del círculo de apoyo debe adoptar una papel diferente al maestro, debe centrar sus actividades al logro del aprendizaje grupal.

Las estrategias para la consolidación del programa de los grupos de ayuda mutua constan de etapas las cuales enuncio a continuación (Tena, 2008, p. 21):

- La etapa de concepción requiere de precisar el motivo que lo sugiere, obtener información básica del problema en cuanto a su significación para la salud; determinar el interés de autoridades e integrantes del equipo de salud, con lo que llega a conocer la factibilidad de operación con recursos propios de la unidad.
- La de etapa de formación se hará conforme a la respuesta a la promoción e interés despertado y continúa con el reclutamiento y selección de participantes, la entrevista y el registro.
- La etapa de organización como continuación de la fase formativa, requiere que desde la primera sesión de trabajo se reafirme la necesidad de constancia en la asistencia, entusiasmo en la participación, declinación de

la ansiedad e introducción consciente hacia la identificación grupal, de tal manera, que cada uno de los participantes se consideren como parte de él y a medida que se vaya teniendo la obtención de los objetivos sienta mayor responsabilidad grupal.

- La etapa de integración es un proceso que requiere de gran sensibilización, por parte del conductor o moderador, así como conocimiento profundo de cada uno de los participantes, para despertar en ellos participación activa e interacción, permanencia, continuidad y finalmente desarrollo de espíritu de grupo. El desarrollo no únicamente se refiere a darle cohesión y orientación adecuada hacia el logro de los objetivos, sino a formular un verdadero programa de seguimiento y retroalimentación de manera que en todo momento, los pacientes, aun cuando hayan pasado la fase de capacitación, puedan acudir en busca de apoyo.

Los resultados que han logrado los Grupos de Ayuda Mutua han ido en aumento, desde el 2008 hasta la fecha siguen vigentes y cada vez más grupos de diversas clínicas logran su certificación.

## **CAPÍTULO 2.**

### **CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE ZITÁCUARO.**

La diabetes mellitus tipo 2 como vimos en el capítulo anterior es una enfermedad que requiere un tratamiento médico y un seguimiento del mismo de manera constante, por lo que, la persona que vive con diabetes mellitus tipo 2 deberá tener atención médica de forma periódica, la cual puede ser del sector privado o público. En este capítulo abordaré los aspectos más salientes de una de las instituciones correspondientes al sector público "El ISSSTE". Y específicamente en la Clínica Hospital del ISSSTE ubicada en el municipio de Zitácuaro en el estado de Michoacán, México.

#### **2. 1 Aspectos generales de los servicios de salud brindados por la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro.**

La estructura del Sistema de Salud en México está dividida en dos tipos de sectores que son: el público y el privado. Estos al mismo tiempo se integran por subsistemas y cada subsistema se integra por diferentes instituciones de salud, las cuales atienden a diversos sectores de la población (Fig. 8).

La Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro (C. H. ISSSTE Zitácuaro) pertenece al sector público y corresponde al subsistema de seguridad social y atiende a trabajadores formales, en este caso a empleados del gobierno federal y estatal (Profesores, personal médico y de seguridad pública), así como a familiares directos de los trabajadores (padres, abuelos, hijos, esposo o esposa).

La C. H. ISSSTE Zitácuaro brinda una atención de primer nivel lo que significa que se implementan las medidas preventivas de salud pública, y se detectan las enfermedades que son frecuentes y extendidas como los cánceres de mama y cérvico uterino o de próstata, también atiende las enfermedades que se manifiestan en amplios grupos humanos, como diabetes, obesidad e hipertensión. El primer nivel es la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud. Desde el primer nivel se remite a los pacientes que requieran el segundo o tercer nivel de atención (Burr, et al., 2011, p. 61).

**Figura 8. Estructura de los servicios de salud en México.**



Fuente: Elaboración propia.

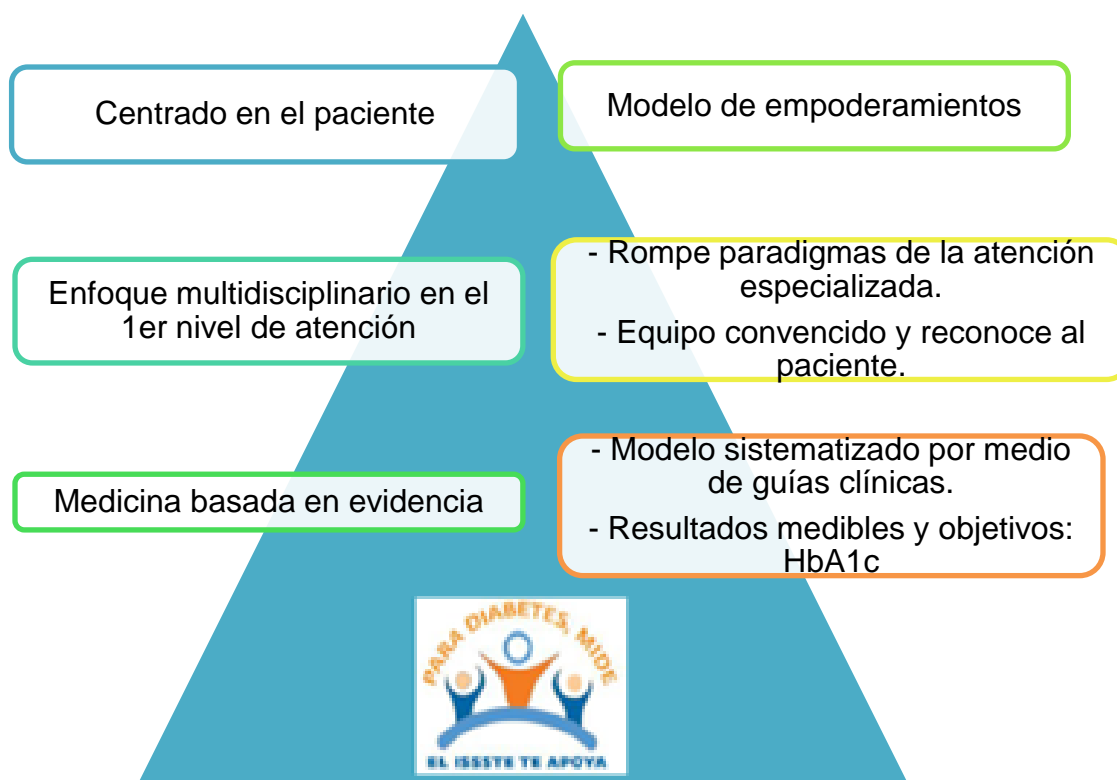
Los servicios con los que cuenta la C. H. Zitácuaro son urgencias, medicina preventiva, laboratorio clínico y de rayos X, hospital, quirófano y consultas médicas. Las especialidades que ofrece son medicina familiar, odontología, traumatología, ginecología, cirugía general, pediatría, medicina interna y rehabilitación. En caso de requerir alguna otra especialidad diferente a las anteriormente mencionadas, el paciente es referido a hospitales de segundo o tercer nivel según sea su necesidad.

## **2. 2 Servicios que brinda el ISSSTE a las personas que viven con diabetes.**

El ISSSTE cuenta con un programa llamado Manejo Integral de Diabetes por Etapas (MIDE), este programa se implementó a partir del año 2011. Los objetivos del programa son: reducir complicaciones agudas y crónicas, reducir costos y

mejorar la satisfacción y calidad de vida de las personas que viven con diabetes. Sus principales características están el centrarse en el trato con la persona que vive con diabetes, conformar un equipo multidisciplinario de primer nivel y realizar un diagnóstico en base a evidencia clínica, detección a través de hemoglobina glucosilada (HbA1c) (Fig. 9) (MIDE, 2011).

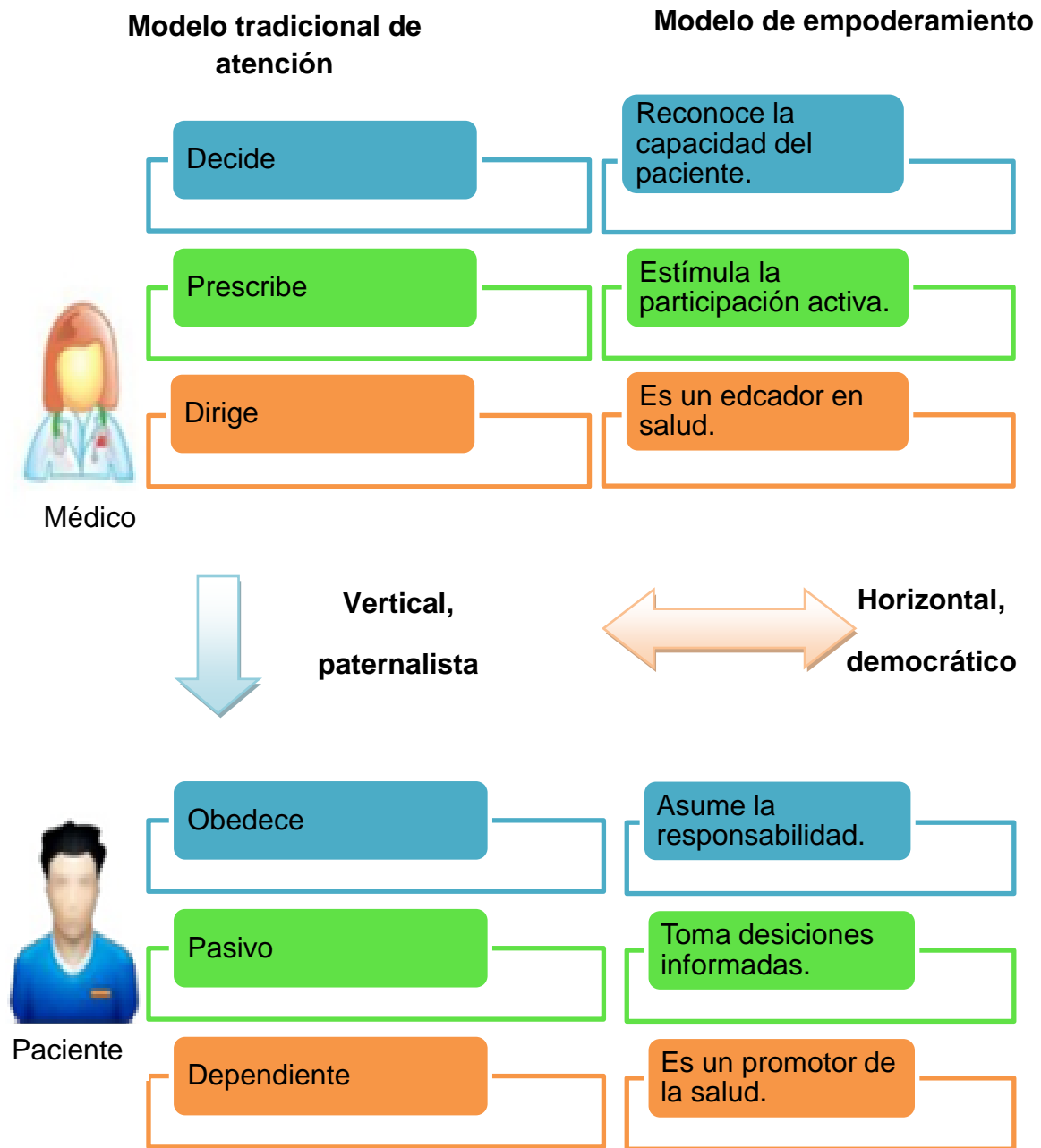
**Figura 9. Características del programa MIDE.**



Fuente: MIDE, 2011

La finalidad de centrarse en la persona que vive con diabetes es la de implementar un modelo de empoderamiento donde se busca una relación horizontal entre la persona que vive con diabetes y el médico, donde la retroalimentación es mutua y la opinión del paciente es considerada (Fig. 10). Con esta propuesta se pretende romper el modelo tradicional de atención donde el médico decidía y la persona que vive con diabetes sólo acataba las indicaciones del médico (MIDE, 2012)

**Figura 10. Modelo de empoderamiento.**



Fuente: MIDE, 2012

En cuanto al enfoque multidisciplinario en el primer nivel de atención, pretende establecer las siguientes acciones en el personal de salud que atiende a las personas con diabetes (MIDE, 2012).

- Se rompe con el paradigma de atención especializada, priorizando la atención de primer contacto.

- El equipo está convencido (médico, trabajador social, psicólogo, enfermera, odontólogo, activador físico, nutriólogo y enfermera), y reconoce la capacidad del paciente.
- Incrementar el tiempo destinado a la consulta (30 minutos).
- Profesionalización del equipo multidisciplinario (diplomado en diabetología, diplomado en educación en diabetes, diplomado en organización acción grupal en diabetes mellitus).

Todas estas acciones están encaminadas a que la atención no pase del primer nivel y de esta forma se disminuya la referencia de personas con diabetes al segundo nivel, debido a complicaciones ocasionadas por la diabetes.

La medicina basada en evidencia comprende un modelo sistematizado por medio de una Guía Clínica y se compone de los siguientes puntos (MIDE, 2012):

- Algoritmos de atención que permite unificar los criterios de atención para el equipo multidisciplinario.
- Promueve la insulinización temprana en el Primer Nivel de Atención.
- Toma de decisiones estandarizadas en los diversos ámbitos de la atención.
- Toma de decisiones estandarizadas en los diversos ámbitos de la atención (nutrición y actividad física, titulación y ajuste de antidiabéticos, titulación y ajuste de insulinas, educación en diabetes).
- Resultado de objetivos: HbA1c (en consultorio).
- Registro sistematizado de información: SIMIDE.

El cumplimiento de estas características permite el manejo adecuado del diabético, lo que se reflejará en la disminución de diabéticos con complicaciones y en diabéticos con mejores condiciones de vida.

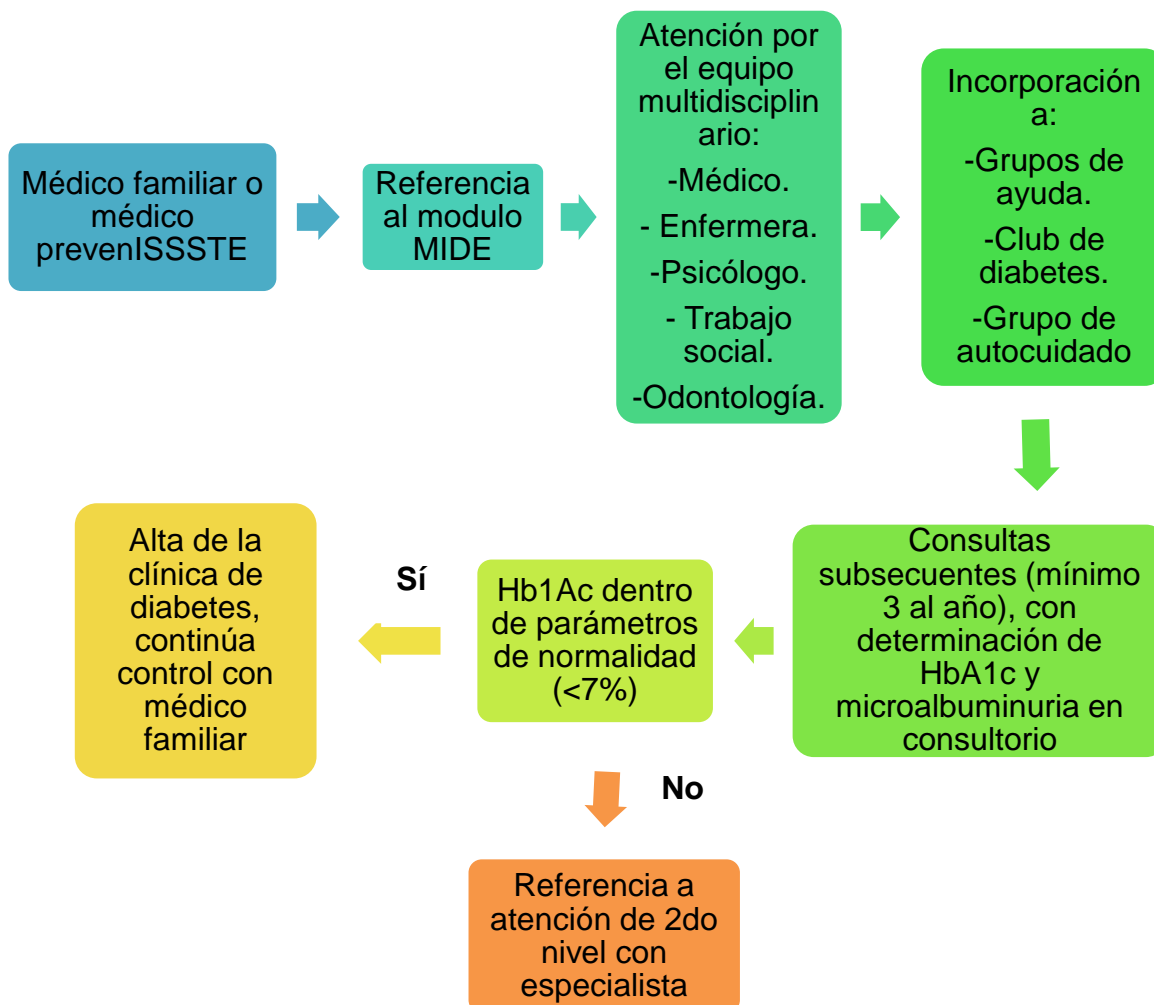
Las estrategias que se plantean para el cumplimiento de los objetivos del programa MIDE se muestran en la siguiente figura (Fig. 11) (MIDE, 2011).

**Figura 11. Estrategias MIDE.**



Fuente: MIDE, 2011

**Figura 12. Flujo grama de atención en el MIDE.**



Fuente: MIDE, 2011.

El flujo grama de atención del programa MIDE (Fig. 12) establece el manejo de la persona diabética en el primer nivel de atención y este deber ser empleado por las diferentes unidades médicas, en las que se incluyen los Centros de Medicina Familia, Clínicas Hospitales, Unidades de Medicina Familiar y Hospitales Generales del ISSSTE.

El MIDE se ha vuelto una herramienta muy importante para el manejo de pacientes por parte del personal de salud del ISSSTE, pues ha mostrado excelentes resultados con los derechohabientes diabéticos de esta institución. Incluso conforme han pasado los años más Centros de Medicina Familia, Clínicas

Hospitales, Unidades de Medicina Familiar y Hospitales Generales se han sumado a la implementación de este.

### 2. 2. 1 Servicios dirigidos a las personas que viven con diabetes de la C. H. ISSSTE Zitácuaro.

La C. H. Zitácuaro en la actualidad atiende aproximadamente a 26,196 mil derechohabientes (Barrera, 2014). En la actualidad se tiene un registro de 3,130 diabéticos entre los 50 a los 65 años de edad (Vega, 2018).

**Figura 13. Servicios que oferta la C. H. ISSSTE Zitácuaro.**



Fuente: Elaboración propia.

Los servicios que la C. H. ISSSTE Zitácuaro proporciona a las personas que viven con diabetes son (Fig. 13):

- Atención de medicina familiar: El médico de medicina familiar se encarga de monitorear a la persona que vive con diabetes de forma periódica. Proporciona de forma mensual los medicamentos establecidos por el médico internista y atiende cualquier padecimiento que el diabético presente, en caso de no poder ser resuelto por él refiere a medicina interna.
- Atención de medicina interna: El médico internista se encarga de confirmar el diagnóstico de diabetes y comienza el tratamiento de la persona, una vez logrado el control del paciente lo refiere a medicina familiar para que el médico siga con el seguimiento de la persona que vive con diabetes. Además, en caso de complicaciones graves propias de la enfermedad el médico internista atiende a la persona que vive con diabetes y si él no cuenta con los elementos suficientes lo refiere a una institución de segundo nivel.
- Nutriólogo y psicólogo: Este servicio no es permanente pues depende de los estudiantes que se interesen en realizar su servicio social en la C. H. ISSSTE Zitácuaro.
- Laboratorio clínico: A este servicio se refiere a las personas que viven con diabetes para sus estudios de control entre los cuales se encuentran química sanguínea, biometría hemática, prueba de orina, etc.

Todos los servicios antes mencionados son los de uso principal por parte de las personas que viven con diabetes, en el caso del GAM es el servicio con mayor importancia para el manejo del paciente pues es el encargado de informar, educar y proporcionar las herramientas necesarias para que las personas que viven con diabetes puedan llevar una vida digna y de calidad.

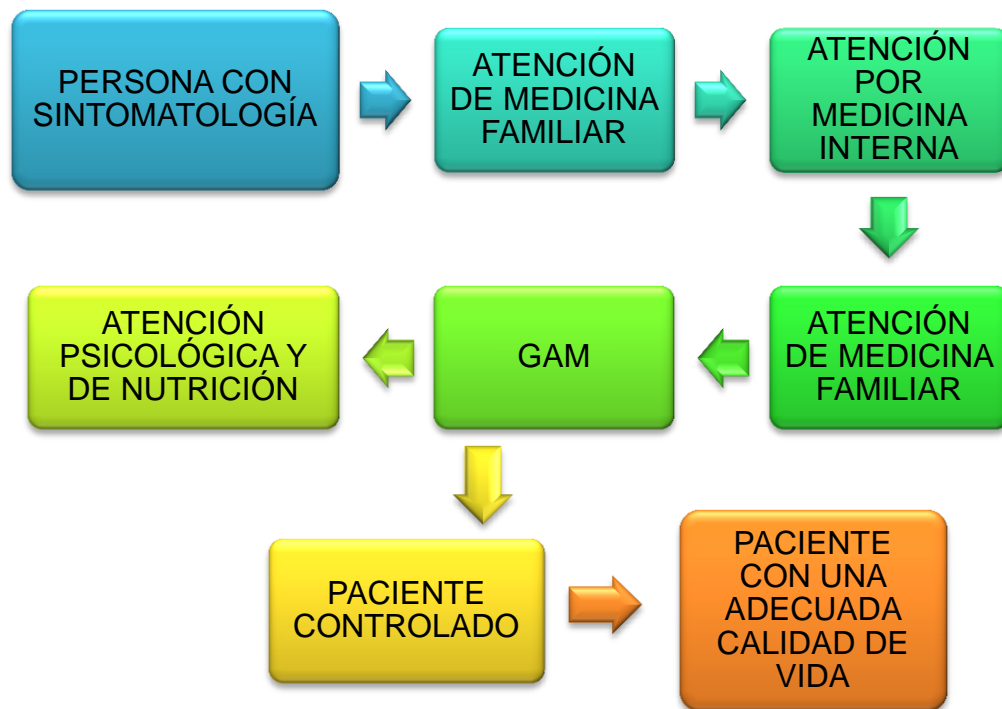
- Grupo de Ayuda Mutua (GAM): La finalidad del grupo es crear una red de apoyo entre las personas que viven con diabetes, trabajar estrategias afectivas, concientizar sobre el autocuidado, prevención y educación para la salud y por ende mejorar la calidad de vida de las personas que viven con diabetes.

El activador físico se encuentra dentro del GAM pues es un derechohabiente quien da este servicio y no propiamente el ISSSTE.

También se desarrollan actividades culturales pero son a partir de las habilidades con las que cuenta cada uno de los integrantes del grupo y depende de las posibilidades económicas de cada uno.

### 2. 2. 2 Manejo de las personas que viven con diabetes por parte de la C. H. ISSSTE Zitácuaro.

Figura 14. Manejo de las personas que viven con diabetes en la C. H. ISSSTE Zitácuaro.



Fuente: Elaboración propia.

El primer contacto del paciente que comienza a notar sintomatología propia de la diabetes es con el médico de medicina familiar, quien inmediatamente solicita los estudios de laboratorio para establecer el diagnóstico; cuando el médico familiar en base a los estudios determina que es diabetes refiere a la persona que vive con diabetes con el médico internista para que establezca el tratamiento farmacológico más adecuado.

El médico internista considera toda la evidencia clínica y a partir de esto establecerá el tratamiento más adecuado para el paciente, después de esto el médico internista refiere nuevamente a la persona que vive con diabetes con el médico de medicina familiar para su monitoreo frecuente.

Posteriormente el médico familiar referirá a la persona que vive con diabetes al Grupo de Ayuda Mutua donde será integrado a las actividades con las que cuenta el grupo, en caso de tener el servicio de nutrición y psicólogo, la persona que vive con diabetes es derivada a los servicios para ser apoyada y guiada con los cambios pertinentes en sus hábitos. La atención que el Grupo de Ayuda Mutua brinda se pretende que el paciente logre el autocuidado que lo llevará al control de la diabetes y así la persona que vive con diabetes logre una adecuada calidad de vida que le evite complicaciones y viva de forma saludable (Fig. 14).

## **CAPÍTULO 3.**

### **CATEGORÍAS TEÓRICO-CONCEPTUALES**

En los capítulos anteriores he abordado los aspectos fisiopatológicos, emocionales y epidemiológicos de la diabetes mellitus tipo 2, así como, información relevante sobre la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro quien atiende a las mujeres que viven con diabetes. Estas mujeres son la base de la investigación de esta tesis, por eso en este capítulo abordaré conceptos de suma importancia para el claro entendimiento de esta investigación, entre ellos se encuentran: género, roles de género y género como categoría de análisis. También hablaré de la relación de las mujeres con la diabetes y cómo todo esto se vincula con la promoción de la salud. Todo lo abordado en este capítulo permitirá comprender y entender el significado de esta investigación.

#### **3. 1 Género.**

El empleo del término género data desde 1876 donde en un diccionario de origen francés se enuncia lo siguiente “No sabemos de qué género es, si es varón o hembra, se dice de un hombre muy reservado del cual se desconocen sentimientos”; y en 1878 Gladstone menciona “Atenea nada tiene de sexo, excepto el género, y nada de mujer excepto la forma”. Estos son los primeros vestigios del uso de género, posteriormente las feministas de una manera literal y seria, comenzaron a emplear el “género” para referirse a la organización social de las relaciones entre sexos. El empleo de “género” entre las feministas americanas fue para insistir en la cualidad fundamentalmente social de las distinciones basadas en el sexo. La palabra denotaba rechazo al determinismo biológico implícito en el empleo de términos tales como “sexo” o “diferencia sexual”. Otro aspecto a resaltar sobre los comienzos del uso de género es la introducción de una noción relacional y de acuerdo con esta perspectiva, hombres y mujeres fueron definidos en términos el uno del otro, y no se podría conseguir la comprensión de uno u otro mediante estudios completamente separados. Considerando esto Natalie Davis en 1975 plantea que no sólo se debe trabajar

sobre el sexo oprimido, pues el propósito es comprender el significado de los sexos, de los grupos de género en el contexto histórico, además de descubrir el alcance de los roles sexuales y del simbolismo sexual en las diferentes sociedades y períodos históricos, para concretar qué significado tuvieron y cómo funcionaron para mantener el orden social o para promover su cambio (Scott, 1990, pp. 23-25)

Partiendo de la propuesta del análisis histórico de los sexos y grupos de género nos damos cuenta que la inclusión de las mujeres en la historia implica necesariamente la redefinición y ampliación de nociones tradicionales del significado histórico, de modo que abarque la experiencia personal y subjetiva lo mismo que las actividades públicas y políticas. Esto conllevaría no sólo una nueva historia de las mujeres, sino también una nueva historia. La forma en que esta nueva historia debería incluir y dar cuenta de la experiencia de las mujeres depende de la amplitud con que pudiera desarrollarse el género como categoría de análisis. Los especialistas en los estudios en torno a la mujer con intereses políticos comienzan a considerar tres categorías para poder escribir una nueva historia. El interés por la clase social, raza y género apuntaba, en primer lugar, el compromiso del estudioso con una historia que incluía las circunstancias de los oprimidos y un análisis del significado y naturaleza de su opresión, en segundo lugar, la comprensión académica de que las desigualdades del poder están organizadas en estos tres ejes. El análisis de estas categorías no fue funcional debido a que no existe unanimidad entre quienes emplean los conceptos de clase y porque no hay la misma claridad o coherencia en los casos de raza o género (Scott, 1990, pp. 25,26).

Otro uso del término género es el designar las relaciones sociales entre sexos. Su uso rechaza las explicaciones biológicas, del estilo de las que encuentran un denominador común para diversas formas de subordinación femenina en los hechos de que las mujeres tienen capacidad para parir y que los hombres tienen mayor fuerza muscular. En lugar de ello, género pasa a ser una forma de denotar las “construcciones culturales”, la creación totalmente social sobre los roles apropiados para hombres y mujeres. Es una forma de referirse a los orígenes

exclusivamente sociales de las identidades subjetivas de hombres y mujeres. Considerando lo anterior el género es una categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado. Género parece haberse convertido en una palabra particularmente útil a medida que los estudios sobre el sexo y la sexualidad han proliferado, porque ofrece un modo de diferenciar la práctica sexual de los roles sociales asignados a hombres y mujeres (Scott, 1990, p. 28).

Hasta este punto de la historia del uso de la palabra género podemos resaltar que comienzan a aparecer aspectos importantes a considerar como la relación de género y los roles que desempeñan mujeres y hombres, el cual abordaré más adelante de forma detallada.

Otra forma de análisis que se ha utilizado para el género fue el propuesto por las historiadoras feministas que se basa en tres posiciones teóricas. La primera intenta explicar los orígenes del patriarcado. La segunda se centra en la tradición marxista y busca un compromiso con las críticas feministas. Y la tercera, compartida fundamentalmente por post-estructuralistas franceses y teóricos anglo-americanos de las relaciones-objeto, se pretende explicar la producción y reproducción de la identidad genérica del sujeto (Scott, 1990, p. 30).

A continuación explicare en qué consisten estas tres posiciones teóricas para posteriormente definir algunos conceptos de género y comenzar a explicar el género como categoría de análisis. Los teóricos del patriarcado han dirigido su atención a la subordinación de las mujeres y han encontrado su explicación en la “necesidad” del varón por dominar a la mujer. Hegel definía esta dominación del varón como el efecto del deseo de los hombres de trascender su enajenación de los medios de reproducción de las especies. El principio de continuidad generacional restaura la primacía de la paternidad y obscurece la función verdadera y la realidad social del trabajo de las mujeres en el parto. Como podemos ver desde el hecho de la reproducción se empiezan a establecer una serie de desigualdades que las teóricas del patriarcado han enfrentado desde vías interesantes pero sus teorías presentan algunos problemas. En primer lugar, mientras ofrecen un análisis desde el propio sistema de géneros, afirman también

la preponderancia de ese sistema en toda la organización social. Las teorías no demuestran cómo la desigualdad de géneros estructura el resto de las desigualdades o, en realidad cómo afecta el género a aquellas áreas de la vida que no parecen conectadas con él. En segundo lugar, tanto si la dominación procede de la forma de apropiación por parte del varón de la labor reproductora de la mujer o de ver a la mujer como objeto sexual por parte de los hombres, el análisis descansa en la diferencia física. Una teoría que se apoya en una única variable de diferencia física plantea problemas para los historiadores: asume un significado consistente o inherente para el cuerpo humano y con ello la ahistoricidad del propio género, volviendo inmutable la desigualdad permanente del género (Scott, 1990, pp. 30-31).

La teoría marxista para el análisis de género tiene una perspectiva más histórica, que aborda como los orígenes y cambios en los sistemas del género se plantean al margen de la división sexual del trabajo. Al final; familias, hogares y sexualidad son todos productos de modos de producción cambiantes. Ahora bien, Heidi Hartmann insiste en la importancia de considerar el patriarcado y el capitalismo como sistemas separados pero que interactúan, su razonamiento revela que la causalidad económica tiene prioridad y el patriarcado se desarrolla y cambia siempre en función de las relaciones de producción, Hartmann sugiere que es necesario erradicar la propia división del trabajo para acabar con la dominación del varón, es decir terminar la segregación del trabajo por sexos. Joan Kelly afirma que los sistemas económicos y de género interactúan para dar lugar a experiencias sociales e históricas; que ninguno de ambos sistemas fue causal, pero que “operan simultáneamente para reproducir las estructuras socioeconómicas dominadas por el varón, de un orden social concreto”. Kelly proporcionó una apertura conceptual crucial, pero su compromiso de permanecer dentro de un entramado marxista la llevó a acentuar el rol causal de los factores económicos recalcando más bien la naturaleza social la sexual de esa realidad y el uso que ella hace de lo social se queda en términos de relaciones económicas de producción (Scott, 1990, pp. 33,34).

La teoría del marxismo se centra en el análisis de género como el producto en el cambio de estructuras económicas, o sea en la forma de modificar y reestructurar la división del trabajo dentro de las sociedades occidentales, pero deja de lado algunos otros aspectos que se involucran con el género como lo sexual y lo cultural.

La tercera teoría de relaciones-objeto tiene su origen en dos escuelas la anglo-americana que se sustenta en el pensamiento de Nancy Chodorow de donde arranca Carol Gilligan y la post estructuralista de Freud en términos de teorías del lenguaje (para las feministas, la figura clave es Jacques Lacan). Los teóricos de las relaciones-objeto hacen hincapié en la experiencia real, mientras que los post-estructuralistas recalcan la función central del lenguaje en la comunicación, interpretación y representación del género (por lenguaje, los post-estructuralistas no quieren decir palabras sino sistemas de significados –órdenes simbólicos- que preceden el dominio real del habla, la lectura y la escritura). Otra diferencia entre las dos escuelas de pensamiento se concentra en el inconsciente, que para Chodorow es en el último extremo sujeto de la comprensión consciente y no lo es para Lacan. Para los lacanianos, el inconsciente es un factor crítico en la construcción del sujeto: además, es la ubicación de la división sexual y, por esa razón, de la inestabilidad constante del sujeto con género. En la teoría de Chodorow la división familiar del trabajo y la asignación real de funciones a cada uno de los padres juegan un papel crucial. La consecuencia de los sistemas occidentales dominantes es una neta división entre varón y mujer, es decir el sentido del ser en cuanto a lo femenino está vinculado con el mundo pero sentido del ser con respecto a lo masculino está separado. Por lo tanto, si el padre estuviera más implicado en la crianza y tuviera mayor presencia en las situaciones domésticas, el rol de la madre como elemento primario y el del padre típicamente de mayor lejanía podrían ser diferentes (Scott, 1990, pp. 36,37).

La teoría de relaciones-objeto que plantean los lacanianos es relevante porque retoma un aspecto muy importante dentro de la concepción de género, el lenguaje, que resulta ser la clave para instalar al niño en el orden simbólico. A través del

género se construye la identidad genérica. Según Lacan, el falo es el significante central de la diferencia sexual. Pero el significado del falo debe leerse metafóricamente. Para el niño, el drama edípico se manifiesta en términos de interacción cultural, puesto que la amenaza de castración incluye el poder y las normas legales (del padre). La relación del niño con la ley depende de la diferencia sexual, de su identificación imaginativa (o fantástica) con la masculinidad o la femineidad. En otras palabras, la imposición de las normas de interacción social son inherentes y específicas del género, porque la mujer tiene necesariamente una relación diferente con el falo. La idea de masculinidad descansa en la necesaria represión de los aspectos femeninos e introduce el conflicto en la oposición de lo masculino y femenino, proponiendo que las características de ambos son una construcción subjetivas (o ficticias) (Scott, 1990, p. 38).

La teoría de relaciones-objeto que plantean los lacanianos y los post-estructuralistas por un lado logran una apertura en la noción de cómo se “el sujeto” pero presenta algunas deficiencias. Los lacanianos tienden a universalizar las categorías y la relación entre varón y mujer. Lo que resulta para los historiadores una reducción del testimonio del pasado, aun cuando la teoría toma en consideración las relaciones sociales al vincular la castración con la prohibición y la ley, no permite introducir una noción de especialidad y variabilidad histórica. La teoría de los post-estructuralistas limita el concepto de género a la familia y a la experiencia doméstica, por lo que no deja vía para que el historiador relacione el concepto (o el individuo) con otros sistemas sociales de economía, política y poder. Por supuesto, queda implícito que el ordenamiento social que requiere que los padres trabajen y las madres se ocupen de la mayor parte de las tareas de la crianza de los hijos estructura la organización familiar. No está claro en términos de división sexual del trabajo. Tampoco en oposición a la simetría se plantea la cuestión de la desigualdad (Scott, 1990, pp. 38,39).

Hasta este momento con respecto al género he abordado un poco de cómo este concepto se fue introduciendo en la estructura social, cultural, económica, política

y de poder de las sociedades. He hablado también de las transformaciones y aportaciones a dicho concepto a partir de las ideas de diferentes historiadores, psicoanalistas y antropólogos todo esto con el fin de entender el origen y la importancia de este concepto en esta investigación. A continuación haré mención de algunos conceptos sobre género que sirven de base para el entendimiento de cómo puede ser utilizado el término.

### **3. 1. 1 Género como categoría de análisis.**

El género como categoría de análisis es muy reciente surge sólo a finales del siglo XX. Está ausente del importante conjunto de teorías sociales formuladas desde el siglo XVIII hasta comienzos del actual. A decir verdad algunas de esas teorías construyeron su lógica sobre analogías de oposición entre hombre y mujer, otras reconocieron una “cuestión de la mujer”, y otras, por último, se plantearon la formación de la identidad sexual subjetiva, pero en ningún caso hizo su aparición del género como forma de hablar de los sistemas de relaciones sociales o sexuales (Bourque, et al., 2000, p. 42)

En la categoría de análisis del género es primordial hablar de algunos términos que logran una mirada más amplia con respecto a la temática de género y su relación con lo social, cultural y sexual e incluso la desigualdad entre hombres y mujeres. Comenzaré hablando de la **identidad de género** se establece más o menos a la misma edad en que el infante adquiere el lenguaje (entre los dos y tres años) y es anterior a su conocimiento de la diferencia anatómica entre los sexos. Desde dicha identidad, el niño estructura su experiencia vital; el género al que pertenece lo hace identificarse en todas sus manifestaciones: sentimientos o actitudes de “niño o de niña”, comportamientos, juegos, etc. Después de establecida la identidad de género, cuando un niño se sabe y asume como perteneciente al grupo de lo masculino y una niña al de lo femenino, ésta se convierte en un tamiz por donde pasan todas sus experiencias (Lamas, 1996, p. 220). Lo que acabo de mencionar se complementa con la idea de Bourdieu que argumenta que todo conocimiento descansa en una operación fundamental de división: la oposición entre lo femenino y lo masculino. La manera como las

personas aprehenden esa división es mediante las actividades cotidianas imbuidas de sentido simbólico, es decir, mediante la práctica cotidiana. Establecidos como conjunto objetivo de referencias, los conceptos cotidianos sobre lo femenino y lo masculino estructuran la percepción y la organización concreta y simbólica de toda la vida social (Lamas, 2000, p. 10). Como podemos observar la identidad de género se construye a partir de la división entre lo masculino y femenino partiendo de todo lo simbólico que compone al hombre y a la mujer. Esto da pie a abordar otro concepto que forma parte del género como categoría de análisis el cual es roles de género.

Los **roles de género** se forman con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino. Aunque hay variantes de acuerdo con la cultura, la clase social, el grupo étnico y hasta el nivel generacional de las personas, se puede sostener una división básica que corresponde a la división sexual del trabajo más primitiva: las mujeres paren a los hijos, y por lo tanto, los cuidan; ergo, lo femenino es lo maternal, lo doméstico, contrapuesto con lo masculino como lo público. La dicotomía masculino-femenino, con sus variantes culturales (del tipo el yang y el ying), establece estereotipos muchas veces muy rígidos, que condicionan los papeles y limitan las potencialidades humanas de las personas al estimular o reprimir los comportamientos en función de su adecuación al género. La capacidad de las mujeres de tener hijos es una de las tantas diferencias sexuales que son la base sobre la cual se asienta una determinada distribución de papeles sociales, esta asignación no se desprende “naturalmente” de la biología, sino que es un hecho social. La maternidad sin duda juega un papel importante en la asignación de tareas, pero no por parir hijos las mujeres nacen sabiendo planchar y coser. Y mucha de las resistencias de los hombres a planchar o coser, y al trabajo “doméstico” en general tiene que ver con que se le conceptualiza como un trabajo “femenino”. En casos de necesidad, o por oficio, como el de sastre, los hombres cosen y planchan tan bien como las mujeres (Lamas, 1996, p. 321)

Una reflexión que permite profundizar un poco más en los roles de género es lo que Bourdieu llama *habitus* donde plantea que son “sistemas perdurables y transponibles de esquemas de percepción, apreciación y acción, resultantes de la institución de lo social en los cuerpos”. El *habitus*, es una “subjetividad socializada”, y con él se refiere al conjunto de relaciones históricas “depositadas” en los cuerpos individuales en forma de esquemas mentales y corporales de percepción, apreciación y acción. La cultura, el lenguaje, la crianza, inculcan en las personas ciertas normas y valores profundamente tácitos, dados por “naturales”. El *habitus* reproduce estas disposiciones estructuradas de manera no consciente, regulando y armonizando las acciones. Así el *habitus* se convierte en un mecanismo de retransmisión por el que las estructuras mentales de las personas toman forma (se encarnan) en la actividad de la sociedad (Lamas, 2000, p. 12).

Los roles de género tienen una relación muy estrecha con el *habitus*, pues todo aquello que se ha depositado a lo largo de la historia en hombres y mujeres se ha transmitido por generaciones que la encarnación de esos hábitos, costumbres, roles e idas están bien implantadas y han originado desigualdades económicas, sociales y en salud muy marcadas entre hombres y mujeres.

En el abordaje de los roles de género enuncio los **estereotipos** como un condicionante de los papeles entre hombres y mujeres, que limitan las potencialidades humanas. Los estereotipos resultan de las expectativas de comportamiento generadas en los roles, las personas con esta información generan estereotipos de género; se refieren a las creencias y atribuciones sobre cómo debe ser y cómo debe comportarse cada género. Con frecuencia son simplificaciones excesivas que reflejan prejuicios, clichés e ideas preconcebidas.

Los estereotipos generan dicotomía por tratar a los sexos como diametralmente opuestos y no con características parecidas. El estereotipo de género logra convertirse en un hecho social tan fuerte que llega a creerse que es algo natural (tabla 4.). Sin embargo, las mujeres y los hombres son dos grupos que tienen muchas semejanzas y algunas diferencias (Cardiel, 2008, p. 19).

**Tabla 4. Estereotipos derivados de las relaciones primarias entre hombres y mujeres por la división sexual del trabajo en el ámbito familiar.**

---

### **Mujeres**

#### **Si es esposa y madre, entre otras cosas, se espera de ella que:**

- Se dedique sólo al hogar.
- Mantenga la casa aseada.
- No asista a lugares donde van mujeres solteras.
- Sea tierna y amorosa con su familia.
- Que se ajuste al presupuesto de su esposo.
- Que sea fiel.

### **Hombres**

#### **Si es esposo y padre entre otras cosas, se espera de él que:**

- Tenga trabajo remunerado.
- Destine todo su sueldo a los gastos familiares.
- Sea responsable.
- Proteja a su familia.
- Que genere un patrimonio estable.
- Que si es infiel, por lo menos sea discreto.

---

Fuente: Manual de sensibilización en perspectiva de género, Inmujeres Jalisco 2008.

Considerando la explicación antes dada sobre los roles de género, estereotipos de género y el habitus se entiende que estos están entrelazados, y que a nivel global determinan las relaciones sociales, económicas, de salud y culturales que se establecen entre hombres y mujeres. En muchas ocasiones estas relaciones son injustas y las mujeres resultan ser las más afectadas.

Para concluir este apartado hablaré de la **perspectiva de género** que implica reconocer que una cosa es la diferencia sexual y otra cosa son las atribuciones. Ideas, representaciones y prescripciones sociales que se construyen tomando como referencia a esa diferencia sexual (Lamas, 1996, p. 325).

La perspectiva de género surge en la segunda mitad del Siglo XX en el ámbito de las ciencias sociales. Responde a la necesidad de abordar de manera histórica y dialéctica, multidisciplinaria e integral, las relaciones entre mujeres y hombres con

sus implicaciones económicas, políticas, psicológicas y culturales en la vida social de los géneros. Desde esta perspectiva el análisis está centrado en las características y en los mecanismos jerarquizados de las relaciones de género, y de manera explícita, critica la condición de las mujeres y su posición de desventaja, debida a la organización social estructurada en la desigualdad, basada en la diferencia sexual y los mecanismos de poder ancestralmente establecidos por los hombres (Cardiel, 2008, p. 10).

Pensar desde la perspectiva de género es rebasar la ancestral concepción del mundo, fundamentada en la idea de la naturaleza y la biología como argumento indiscutible para explicar la vida de los seres humanos, su desarrollo y sus relaciones. Colocar en las relaciones de producción y de reproducción social la construcción del género, es la tarea de esta perspectiva. Visualizar a cada mujer y cada hombre en su dimensión biológica, histórica, social y cultural, y encontrar explicaciones y líneas de acción para desestructurar, reestructurar y así transformar las desigualdades; permite entender que la vida, sus condiciones y situaciones son transformables hacia el bienestar si se construyen desde la equidad y para la igualdad (Cardiel, 2008, p. 10)

Considerando lo que menciono anteriormente podemos establecer que con la perspectiva de género habría que revisar las políticas vigentes para ver si tienen o no un impacto discriminatorio o de exclusión, y para descubrir los prejuicios o suposiciones sobre las posibilidades y limitaciones de los hombres y las mujeres. Aun políticas que parecen “neutrales” pueden ser problemáticas o traer consecuencias discriminatorias. Es importante comprender que una perspectiva de género impacta a mujeres y a hombres, y beneficia al conjunto de la sociedad, al anular obstáculos y discriminaciones, al establecer condiciones más equitativas para la participación de la mitad de la sociedad y al relevar a los hombres de muchos supuestos de género que son también un peso y una injusticia. Sí se lograra la igualdad de oportunidades, se eliminará la ceguera de género y las pautas culturales sean más igualitarias, la perspectiva de género desaparecerá (Lamas, 1996, p. 328).

### **3. 1. 2 La diabetes a través del género**

Anteriormente mencione algunos conceptos relacionados con el género, hable de estereotipos y roles de género; estos conceptos forman parte del desarrollo de este apartado. Aquí abordare cómo es que desde los roles y estereotipos de género se vive la diabetes. Además la importancia de abordar la diabetes desde un análisis de género y no sólo como un proceso médico-biológico.

La diabetes no sólo tiene una connotación biológica sino psicosocial, por lo que desde esta perspectiva forma parte de un proceso complejo de construcción de significados. Entre las consecuencias psicosociales que se pueden presentar en las personas que viven con diabetes están: conflictos en sus relaciones interpersonales, desarrollan o agudizan trastornos psicológicos como depresión, ansiedad y estrés, de tal forma que su propio estilo de vida se convierte en una condición de riesgo (sedentarismo, mala alimentación, conductas y actividades de riesgo). Además de todas estas manifestaciones, es importante resaltar que la diabetes mellitus tipo 2 no puede ser vista sólo desde la mirada biológica o médica, si no que hay que considerar las representaciones sociales donde a partir del conocimiento de la persona se construye la realidad, puesto que los individuos como los grupos contribuyen a la producción social de la realidad percibida y al conocimiento (Reyes, et al., 2015, p. 128). Las representaciones sociales se asocian a un entendimiento del cuerpo, de la salud y de las enfermedades como una matriz de significados que valoriza el conocimiento que emana del sentido común y de perspectiva de las personas, lo que puede promover una reflexión sobre las modalidades y estrategias de tratamiento frecuentemente utilizadas por los profesionales en el contexto del nuevo paradigma de atención a la salud, que destaca la necesidad de cuidados que consideren la integralidad del sujeto (Franco, et al., 2008, pp. 2,3).

En la construcción social interviene todo un sistema de creencias e ideas reguladas por el orden social dominante, que son a su vez estructurantes de las personas y estructuradas por las mismas personas. En otras palabras, si se desconocen los factores contextuales que condicionan el comportamiento de las

personas ante un padecimiento crónico degenerativo es muy probable que las acciones dirigidas a prevenirlas y atenuar sus consecuencias resulten deficientes en cuanto a la prestación de servicios de salud. El género masculino y femenino se define por diversas construcciones sociales por lo tanto, el contexto social en el que adquirieron su forma de ser y pertenecer a una sociedad determinada es el que define las condiciones desiguales para acceder y aceptar acciones de autocuidado cuando se padece una enfermedad que no tiene cura como la diabetes mellitus tipo 2. (Cruz, et al., 2014, pp. 121,122).

Retomando lo anterior podemos entender que la forma de enfermar tiene características que varían de acuerdo con el contexto sociocultural, o sea, las interpretaciones que los sujetos dan a la salud hacen parte de una serie de concepciones, valores y experiencias que son compartidas por las personas que participan de una misma cultura. Las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2 poseen representaciones y prácticas populares de la salud, las que muchas veces, son intercambiadas entre ellos durante la convivencia diaria y fortalece su autocuidado (Franco, et al., 2008, p. 2).

Retomando los datos estadísticos del capítulo 1 donde es claro que el aumento de la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 en mujeres se ha incrementado. No está determinado sólo por la cuestión nutricional o hereditaria. Existe otra relación con múltiples factores como la pobreza, desempeño de múltiples roles (jefa de familia, trabajadora, madre, etc.) e injusticia en la distribución del trabajo del hogar, lo que se traduce en una serie de desigualdades hacia la mujer (Frayre, et al., 2008, p. 78)

Sin embargo, aunque hay representaciones y prácticas populares que favorecen al autocuido o a un mejor control de la diabetes mellitus tipo 2; el género se ve como un factor de vulnerabilidad para quien desarrolla la enfermedad debido a las prácticas de cuidado, a los significados construidos sobre el concepto de enfermedad, considerándose como un problema en torno a la normalidad y anormalidad consensuadas social y culturalmente en relación al género masculino o femenino. Las desigualdades de género, entre otras, son las que ponen en

desventaja a las mujeres para acceder a servicios de salud pública cuando padecen diabetes mellitus tipo 2; aunque ellas tienen a un amplio conocimiento sobre la enfermedad, porque este saber es empleado para desarrollar su papel de cuidadoras o de servicio a los demás (Reyes, et al., 2015, p. 128).

El control y autocuidado de la diabetes se relaciona mucho con el desarrollo de los roles de hombres y mujeres, pues en muchos casos ser mujer implica calidez, conexión a las necesidades de los demás, porque brindar apoyo es parte del estereotipo “de ser para los otros” como identidad femenina, lo cual contrasta con el estereotipo masculino que enfatiza la independencia y la competencia en el cumplimiento de tareas. No es raro entonces que diversos estudios reporten que las mujeres proporcionan más apoyo que los hombres, y que ambos reciben más apoyo por parte de mujeres, tanto madres como hermanas (Frayre, et al., 2008, p. 78).

Aunque los roles de la mujer favorecen a un mejor autocuidado y control de la diabetes mellitus tipo 2; en México se encontró que, en las clases populares, la principal preocupación es satisfacer las necesidades inmediatas, como, por ejemplo, tener que comer. Así, la diabetes pasa a ser un asunto secundario y un problema menor frente a los otros que enfrentan en lo cotidiano de la pobreza. Para las mujeres diabéticas, el dolor constituyó uno de los síntomas que producen mayor incomodidad porque perjudica el rendimiento en el trabajo, lo que engendra una asociación entre dolor y enfermedad (Franco, et al., 2008, p. 7).

Anteriormente hago mención de como la realidad se construye a partir de las personas que integran una sociedad, es lo mismo con las desigualdades pues a partir de las prácticas sociales mediante las cuales construimos y otorgamos significados a diversas situaciones y condiciones de nuestra vida. Por lo que, lo viven de manera diferente hombres y mujeres, reflejando desigualdades que no son naturales sino construidas y mantenidas socialmente, lo cual tiene implicaciones en la salud, ya sea en el cuidado o mantenimiento de la misma. El cómo hablar de su experiencia o vivencia con la enfermedad, la salud o condiciones saludables, implica tomar en cuenta que tiene una historia que va

dando sentido hasta nuestros días de lo que es la diabetes mellitus tipo 2, cómo ha sido considerada, tratada y manifestada (Reyes, et al., 2015, p. 129).

Hago mención de las desigualdades que se viven a través del género porque los roles asignados de forma social o cultural influyen directamente en la forma de enfermar tanto de hombres como de mujeres. En el caso de las mujeres a través de algunos estudios se ha determinado que se olvidan de sí mismas, relativizando su estado de salud o ignorando su enfermedad. En este sentido, las mujeres son quienes tienen más enfermedades agudas, más condiciones crónicas, sufren más de trastornos somáticos y de estrés psicológico (insomnio, nerviosismo, jaquecas, palpitaciones, mareos, pesadillas, temblores y falta de motivación), paradójicamente también son quienes realizan más visitas al médico, pues en comparación con los hombres, usan más los servicios de salud. Lo cual es cuestionable, pues esto no significa que las mujeres tengan un tratamiento adecuado, una buena atención o servicio médico (Reyes, et al., 2015, p. 133).

También se debe considerar que en ocasiones con el fin de conseguir el sustento de la familia para las mujeres diabéticas de clases populares la condición de estar enfermo sólo se percibe cuando aparece una manifestación corporal que les impide ejecutar su rutina de trabajo. Así, para las mujeres diabéticas, la adhesión al tratamiento solamente se da a partir de señales objetivas, lo que es extremadamente grave, ya que a mediano y largo plazo provoca un comprometimiento de varios órganos – complicaciones crónicas – perjudicando su calidad de vida. Así, el proceso doloroso y los síntomas de las mujeres diabéticas están vinculados a la representación social de que la enfermedad solo se manifiesta a través de la capacidad para el trabajo. Si los individuos le prestan poca atención a la dimensión corpórea, entonces más intensamente son llevados a actuar, es tal vez porque el establecimiento de una relación reflexiva con el cuerpo es poco compatible con una utilización intensa del mismo (Franco, et al., 2008, p. 7).

Otro aspecto importante de mencionar es el hecho de que las mujeres en ocasiones ante el primer contacto con la noticia de tener diabetes a través del

diagnóstico, no se consideran merecedoras, preguntándose incluso si fue por haber hecho algo “mal” como para que se les presentará a ellas. Por otro lado, su frustración, al no poder hacer nada, y la imposibilidad de estar bien para cuidar de otros, estar bien para servir, ser una mujer “perfecta” que no da problemas, lo cual está en relación a su rol femenino y que en caso de no actuar de acuerdo a lo que se espera de ellas podrían ser sancionadas o criticadas por la sociedad y en muchas ocasiones por ellas mismas. Estos cuestionamientos, llevan a identificar la presencia del recurso ideológico de la religión para tratar de encontrar una respuesta al por qué a ellas se les diagnostica con esa enfermedad, y desde esa reflexión y recurso psicológico analizar su coincidencia con el mandato social de dependencia al decir “dejar en manos de Dios” su salud; de sumisión o resignación pues aun cuando se cuestionan por qué a ellas, “lo viven como un castigo”, asumiendo sus consecuencias. Llevándolas a resignarse, a manifestarse de pasivas, poniéndolas en riesgo al no actuar asertivamente ante su nueva condición física por la diabetes mellitus tipo 2 (Reyes, et al., 2015, pp. 136, 137).

Además, cabe mencionar que la forma de afrontar la diabetes mellitus tipo 2 por parte de las mujeres, en muchas ocasiones es con normalidad, asumiendo que la vida sigue, que han aprendido a vivir con ella, que toda su vida van a vivir con diabetes mellitus tipo II. Manifestando una actitud estereotipada de una mujer tradicional: pasiva, obediente, rutinaria, es decir se comportan como se espera que lo hagan según el estereotipo femenino. Su respuesta es más una actitud de resignación que se adopta ante este evento que no se comprende (que en este caso es el diagnóstico de tener la enfermedad). No querer luchar contra ella, aceptando y viendo esto como su destino aun cuando le cause un mal o perjuicio a su integridad como persona y a su estado de salud. Resignarse al “castigo”, forma parte de la aceptación de esa nueva realidad (Reyes, et al., 2015, p. 138).

Como se puede observar el género como categoría de análisis permite observar como el comportamiento de las personas que viven con diabetes es condicionado por las representaciones sociales y culturales, lo que influye en su autocuidado y prevención de complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2. Factores como su

historia cultural, sus creencias, menor satisfacción en su calidad de vida y percepción de menor apoyo social contribuyen a una falta de autocuidado y favorecen el desarrollo de complicaciones por diabetes mellitus tipo 2 (Cruz, et al., 2014, p. 136).

Me gustaría agregar a esta sección que tanto hombres y mujeres con la finalidad de cumplir con el mandato social según género, los ponen en desventaja y riesgo en el cuidado de su salud, lo que puede influir en su acceso a recursos materiales, simbólicos o interpersonales, en las posibilidades de acción respecto a sus prácticas cotidianas en relación a su salud con respecto a la diabetes mellitus tipo 2 (Reyes, et al., 2015, p. 141)

## **6. METODOLOGÍA**

La metodología empleada en la presente investigación fue cualitativa, debido a que a través de ella pude profundizar en la propia realidad que enfrentan las personas con diabetes, en su sentir, lo que piensan sobre su enfermedad y lo que conlleva. Así de esta forma obtuve información más allá de números o respuestas pre establecidas. Para profundizar un poco más en esta metodología a continuación hago mención a detalle sobre sus características.

### **6. 1 Metodología cualitativa**

Este tipo de metodología hace referencia en su más amplio sentido a la investigación que genera datos descriptivos, es decir, las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable, la metodología cualitativa a diferencia de la metodología cuantitativa nos acerca al mundo empírico o sea a la propia realidad de las personas a su día a día (Bogdan & Taylor, 1987, pp. 19,20).

La metodología cualitativa cuenta con ciertas características que describiré a continuación y que además fueron consideradas para el desarrollo del trabajo, sirviendo de orientación para el manejo de la entrevista y el testimonio personal.

#### **1. La investigación cualitativa es inductiva: Así, los investigadores (Bogdan & Taylor, 1987, pp. 19,20):**

- Comprenden y desarrollan conceptos partiendo de pautas de los datos, y no recogiendo datos para evaluar hipótesis o teorías preconcebidas.
- Siguen un diseño de investigación flexible.
- Comienzan un estudio con interrogantes vagamente formulados.

#### **2. Entiende el contexto y a las personas bajo una perspectiva holística (Bogdan & Taylor, 1987, pp. 19,20):**

- Las personas, los contextos o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo.

- Estudia a las personas en el contexto de su pasado y en las situaciones en las que se hallan.

**3. Es sensible a los efectos que el investigador causa a las personas que son el objeto de su estudio (Bogdan & Taylor, 1987, pp. 19,20):**

- Interactúan con los informantes de un modo natural. Aunque no pueden eliminar su influencia en las personas que estudian, tratan de controlarla y reducirla al mínimo. En la observación tratan de no interferir en la estructura; en las entrevistas en profundidad, siguen el modelo de una conversación normal, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas.

**4. El investigador cualitativo trata de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas (Bogdan & Taylor, 1987, pp. 19,20):**

- Trata de identificarse con las personas que estudia para comprender cómo experimentan la realidad. Busca aprehender el proceso interpretativo permaneciendo distanciado como un observador objetivo y rechazando el papel de unidad actuante.

**5. El investigador cualitativo suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones (Bogdan & Taylor, 1987, pp. 19,20):**

- Ha de ver las cosas como si ocurrieran por primera vez, nada se ha de dar por sobrentendido.

**6. Todas las perspectivas son valiosas (Bogdan & Taylor, 1987, pp. 19,20):**

- No se busca “la verdad o la moralidad”, sino una comprensión detallada de las perspectivas de otras personas.

**7. Los métodos cualitativos son humanistas (Bogdan & Taylor, 1987, pp. 19,20):**

- Los métodos con los que se estudia a las personas influyen en cómo se las ve. Si reducimos las palabras y los actos a ecuaciones estadísticas, se pierde el aspecto humano. El estudio cualitativo permite conocer el aspecto personal, la vida interior, las perspectivas, creencias, conceptos..., éxitos y fracasos, la lucha moral, los esfuerzos.

**8. Los estudios cualitativos dan énfasis a la validez de la investigación (Bogdan & Taylor, 1987, pp. 19,20):**

- Aseguran un estrecho ajuste entre los datos y lo que realmente la gente hace y dice. Observando a las personas en su vida cotidiana, escuchándoles hablar sobre lo que tienen en mente, y viendo los documentos que producen, el investigador cualitativo obtiene un conocimiento directo, no filtrado por conceptos, definiciones operacionales y escalas clasificatorias.
- Subrayan la validez, frente a los cuantitativos que hacen hincapié en la confiabilidad y reproductividad de la investigación. El estudio cualitativo es una investigación sistemática y rigurosa, no estandarizada, que controla los datos que registra. No obstante, al pretender producir estudios válidos del mundo real no es posible lograr una confiabilidad perfecta.

**9. Todos los contextos y personas son potenciales ámbitos de estudio (Bogdan & Taylor, 1987, pp. 19,20):**

- Todos los contextos y personas son a la vez similares y únicos. Son similares en el sentido que entre cualquier escenario o grupo de personas se pueden encontrar algunos procesos sociales de tipo general. Son únicos por cuanto que en cada escenario o a través de cada informante se puede estudiar de mejor modo algún aspecto.

**10. La investigación cualitativa es un arte (Bogdan & Taylor, 1987, pp. 19,20):**

- La investigación cualitativa es flexible en cuanto al modo de conducir los estudios. Se siguen lineamientos orientadores, pero no reglas. Los métodos

están al servicio del investigador; el investigador no está supeditado a un procedimiento o técnica.

Por otro lado se pueden definir como criterios definitorios de la investigación cualitativa los siguientes (Castaño & Quecedo, 2002, pp. 8,9):

- Es un proceso empírico (no una mera especulación, interpretación o reflexión del investigador).
- Estudia cualidades o entidades cualitativas y pretende entenderlas en un contexto particular. Se centra en significados, descripciones y definiciones situándoles en un contexto. Por lo que: Busca conocer procesos subjetivos.
- Muestra gran sensibilidad al contexto: Los datos se interpretan desde un contexto -no generalizaciones-, estudia la forma en que los procesos se desenvuelven en tales contextos y relaciona lo que quiere estudiar con los contextos que le influyen como fenómeno.
- Al estudiar el hecho en su escena, entiende el hecho de forma compleja de manera que no se puede anticipar lo suficiente como para seleccionar uno o varios significados para elaborar un constructo operativo de manera uniforme, por lo que hace poco énfasis en los protocolos estandarizados de investigación.
- El método, no tiene como función básica garantizar la verdad, sino ser utilizado de forma creativa y a medida de cada situación, por ello, la diversidad de técnicas y estrategias que utiliza.

He mencionado las características de la metodología cualitativa de forma general pero dentro de la metodología cualitativa encontramos algunos tipos, por las cualidades de este trabajo la variante de la metodología cualitativa que utilice fue “el estudio de caso”.

## **6. 2 Estudio de caso.**

El estudio de caso es el examen intensivo y en profundidad de diversos aspectos de un mismo fenómeno o entidad social. Es decir, es un examen sistemático de un fenómeno específico, como un programa, un evento, una persona, un proceso, una institución o un grupo social. Un caso puede seleccionarse por ser

intrínsecamente interesante se estudia para obtener la máxima comprensión del fenómeno o unidad social y proporcionan una descripción intensiva y holística del mismo. Su propósito fundamental es comprender la particularidad del caso, en el intento de conocer cómo funcionan todas sus partes que los componen y las relaciones entre ella para formar un todo (Monje, 2011, p. 117).

El estudio de caso es un proceso que intenta describir y analizar no pocas veces alguna entidad a medida que se desarrolla a lo largo de un tiempo en términos cualitativos, complejos y comprensivos. Se caracteriza por (Monje, 2011, p. 117):

- Descripción intensiva, holística y un análisis de una entidad singular, un fenómeno o unidad social, enmarcado en el contexto social donde se produce.
- Analiza a profundidad la interacción de los factores que producen cambio, crecimiento o desarrollo de los casos seleccionados.
- Utiliza primordialmente un enfoque longitudinal o genético.
- Los casos pueden ser grupos (familias, comunidades, etc.) o personas (historias de vida), un programa, un evento, un proceso, una institución.
- Utiliza particularmente la observación, las historias de vida, las entrevistas, los cuestionarios, los diarios, autobiografías, documentos personales o colectivos, correspondencias, informes, etc.
- Su objetivo básico es comprender el significado de una experiencia.
- Aunque hace énfasis en el trabajo empírico, exige un marco de referencia teórica para analizar e interpretar los datos recolectados de los casos estudiados.

El estudio de caso forma parte de la metodología cualitativa y fue el idóneo para realizar esta investigación porque permitió considerar los sentimientos, ideas y concepciones de las mujeres que viven con diabetes, como se menciona anteriormente es una metodología flexible, que permite improvisar, el lenguaje es libre sin juicio y espontánea. Todo esto facilitó que las mujeres que viven con diabetes se expresaran de una forma muy natural y con mucha confianza.

### 6. 3 Selección de participantes.

Conforme a la metodología cualitativa la selección del caso para nuestro estudio, estuvo fundamentado en las mujeres con las siguientes características:

- Ser derechohabientes de la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro.
- Ser mujeres con una edad promedio de 55 a 65 años.
- Ser mujeres que tuvieran como mínimo 5 años viviendo con diabetes.

A continuación se muestran los datos de las mujeres que viven con diabetes y que participaron en esta investigación.

**Tabla 5. Datos de participantes**

<b>NOMBRE</b>	<b>NÚMERO DE ENTREVISTA</b>
Julia Mora Nava	Entrevista 1
Celia Suárez Orozco	Entrevista 2
Rosa María González Orozco (Seudonimo)	Entrevista 3
Aideé Valdespino Marín	Entrevista 4
Sandra Muñoz García	Entrevista 5
Elpidia Mora Nava	Entrevista 6
Ma. Amparo Arias Ávila	Entrevista 7

Fuente: Elaboración propia.

### 6. 4 Instrumento para recolección de información.

El instrumento que se manejo con las mujeres que viven con diabetes fue “la entrevista dirigida”. Este tipo de entrevista es semiestructurada y en ella se usa una lista de áreas hacia las que hay que enfocar las preguntas, es decir, se utiliza una guía de temas. El entrevistador permite que los participantes se expresen con libertad con respecto a todos los temas de la lista y registra sus respuestas (con frecuencia mediante grabadora). En lugar de hacer preguntas tomadas directamente de un cuestionario, el investigador procede a un interrogatorio

partiendo de un guión de tópicos o un conjunto de preguntas generales que le sirven de guía para obtener la información requerida (Monje, 2011. p. 149).

Se utilizó la entrevista dirigida porque el interés de esta investigación se centro en cuatro categorías que se relacionan con los objetivos planteados. Asimismo las preguntadas planteadas para la obtención de información giraron en torno a las temáticas que fueron:

1. Representaciones sociales de la diabetes.
2. Género y diabetes.
3. Servicios de salud.
4. Proyección del futuro como mujeres que viven con diabetes.

La categoría “Representaciones sociales de la diabetes” se relaciona con el objetivo específico que establece: Indagar las representaciones sociales de las mujeres relacionadas a la diabetes. Las preguntas en esta categoría tuvieron la finalidad de profundizar en el estado emocional y físico de las mujeres que viven con diabetes, así como, los conocimientos y creencias que tienen sobre la diabetes.

El tema “Género y diabetes” se entrelaza con el objetivo específico: Estudiar la relación diabetes-mujer y su impacto en la vida de las participantes. En este caso las preguntas se formularon en base a las apreciaciones entre cómo una mujer y un hombre viven la enfermedad, el impacto en los roles que desempeña la mujer, la perspectiva familiar y social en la que viven las mujeres, y el apoyo referente a información, medicamentos y recursos.

La categoría “Servicios de salud” enlaza con el objetivo específico: Conocer la satisfacción que tienen con respecto al servicio otorgado por la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro. Las preguntas hicieron referencia a la atención que brinda el personal de la Clínica, su parecer ante los servicios que otorga la clínica a personas que viven con diabetes, la información y orientación es suficiente, y que propuestas tenían para mejorar la atención hacia las personas que viven con diabetes.

El último tema “Proyección del futuro como mujeres que viven con diabetes” permitió identificar algunos aspectos como: sus necesidades, preocupaciones y la relación con su enfermedad a futuro. Al tener conocimiento de todo esto se pueden plantear propuestas para mejorar su forma de vivir y de relacionarse con la diabetes.

Por otra parte el análisis de los resultados de esta investigación se elaboró a partir de las categorías antes descritas y se fundamentaron teóricamente desde los conocimientos de diversos autores. Cada respuesta obtenida en las entrevistas realizadas a las mujeres que viven con diabetes fue comparada y sintetizada, al mismo tiempo se argumentó con ideas y conocimientos de diferentes autores que hacían alusión al tema tratado en cada categoría.

En el siguiente apartado se muestra el análisis de los resultados obtenidos en las diferentes entrevistas realizadas a las mujeres que viven con diabetes.

## 7. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En esta parte de mi trabajo recepcional llevaré a cabo la interpretación de las respuestas obtenidas, a través de las entrevistas realizadas a las mujeres que viven con diabetes de la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro. Con este análisis pretendo exponer y argumentar teóricamente las respuestas de las mujeres que viven con diabetes. Así de esta manera, entender un poco más la realidad de como las mujeres de la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro hacen frente a la diabetes.

### 7. 1 Representaciones sociales de la diabetes.

Debido a que la diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica, provoca fuerte impacto en la persona que la presenta y en sus familiares. Una vez que se acepta su presencia, que se logra recuperar la sensación de bienestar y seguridad al confirmar que se puede controlar y que es posible prevenir el desarrollo de problemas a futuro, es entonces cuando todo parece retornar a la normalidad. En términos generales, la diabetes producirá mayor tensión en algunos momentos. La clave es la comunicación, expresar los sentimientos de frustración, coraje y angustia (Lerman, 2012, p. 19)

Al respecto las mujeres que viven con diabetes comentaron lo siguiente:

*Yo lo acepté, lo acepté con tanta naturalidad que hasta la fecha yo lo sigo aceptando... yo lo sigo aceptando no guardo nada, mis hijos tampoco, mi esposo me apoya mucho en todos los sentidos. ¡Claro! yo me cuido en cuanto a la alimentación, lo que sí he dejado... sí he dejado es el ejercicio, por la farmacia que acabo de instalar, dentro de mis planes es volverme a integrar al ejercicio (Entrevistada 1).*

*Pero pus yo esta enfermedad no la tomé como si fuera algo malo o algo pues, no es una enfermedad que me torture que yo la tengo y no, simplemente pues hora sí que lo tome como vino y sí ya la tengo pus así, la tomo bien. No, no me apasiono de que me va pasar esto, me va pasar aquello no, no... yo no le tengo miedo a esa*

*enfermedad simplemente me cuido y trato de llevar una alimentación adecuada para no tener... pues casi siempre que me hacen estudios, casi siempre no la tengo muy alta; tengo que 140 o 145 cuando mucho, nunca me ha subido a más pero, sí trato de tener una alimentación bien, asistir hacer mis ejercicios (Entrevista 2).*

*Pues eso hasta eso, allí en ese momento no... ay dije -pus ora sí que, ya mis hijos están formados, yo ya hice mi vida, pus lo qué queda es cuidarme- no me sorprendí ni sentí feo; más bien cuando empecé a sentir los síntomas de la enfermedad, entonces sí ya sentí feo. Unos días se me quitaron las ganas ora sí que, ni de platicar, ni de nada pero luego digo sí sigo con esta actitud, a lo mejor eso contribuye a que me sienta más mal no, no, no... voy a seguir mi vida normal, voy hacer los quehaceres de aquí de la casa y todo, en esos días ya me jubile y ahora sí, con más ganas voy hacer lo que no hice cuando trabajaba, a tener la casa limpia, la comida a sus hora y a vivir mi vida normal, no seré ni la primera ni la última pero me voy a cuidar más (Entrevistada 3).*

*Pues yo siento que no me afecto en un grado fuerte, porque ya había visto que todas mis hermanas eran diabéticas a lo mejor yo no... no sé, sí inconscientemente yo estaba predispuesta a que algún día me dieran esa noticia. Yo lo que pensé –me tengo que cuidar porque quiero lo mejor de calidad vida que pueda tener dentro de mi diabetes- porque estoy sola, porque mis hijos ya están fuera, yo vivo en esta casa solita y yo tengo que ser responsable... y yo me tengo que cuidar, porque si no me cuido yo, quién me va cuidar (Entrevista 6).*

La diabetes tipo es un trastorno que resulta de la combinación de las alteraciones en la secreción de insulina y la resistencia a ella. Los síntomas clásicos de la diabetes mellitus tipo 2 incluye un exceso en la eliminación de orina (poliuria), un

aumento de la sed (polidipsia) y pérdida de peso (cuando el déficit de insulina es importante) y polifagia (Dvorkin, et al., 2010, p. 773).

La diabetes es más común después de los 45 o 50 años y con cierta frecuencia se presentan problemas óseos, como osteoporosis o pérdida de los minerales del hueso o de las articulaciones con trastornos dolorosos e incluso fracturas de la columna lumbar, cadera, piernas, rodillas y pies. También repercute en los tejidos blandos, en los tendones, en los músculos, etc. Generalmente hay dolor, impotencia funcional, artritis, sensaciones de adormecimiento, hormigueo y frialdad (Pardo, 2006, p. 58).

Las entrevistadas que viven con diabetes con respecto a los cambios físicos que presentan al viviré con esta condición mencionan:

*Primeramente en cuanto a mi lo personal, la vista sí, porque la azúcar que no digiere el páncreas anda en el torrente sanguíneo entonces poco a poco sino nos cuidamos esa diabetes, esa azúcar que anda en el torrente sanguíneo acaba con todos los órganos obviamente, verdad que sí... el corazón, los riñones... los riñones, el torrente sanguíneo. Hay que cuidarnos de todo eso, de sabernos cortar todas las uñas, las uñas no se deben cortar ovaladas, se tiene que aprender uno a cortarse todas sus uñas tanto de los pies como de las manos, cuadradas y estar al pendiente de que no se nos vaya a disparar porque esos disparos así tan drásticos, lo primero que afectan son los riñones con insuficiencia renal o bien que terminan en diálisis y posteriormente en hemodiálisis (Entrevistada 1)*

*Pues para mi es una enfermedad, a lo mejor como cualquier otra verda, que te llega a tu cuerpo y que pues probablemente, sí tenga algunas repercusiones o algún algo que te va atrofiar tu cuerpo verda por como todas las enfermedades. Pues para mi... yo he sabido y tengo información pues que se puede ir perdiendo la vista verda, que a veces se enferman de sus pies, que ha habido veces en que les*

*han cortado hasta sus dedos y eso es lo único que he escuchado pues de la diabetes (Entrevistada 2)*

*Yo sé ya que con la diabetis todos nuestros organismos se afectan y pus no sabemos cuándo, ora sí que cuando va ser uno fuerte para que falle verda. Pero pus aquí hasta ahorita allí vamos, hay la llevamos (Entrevistada 4)*

*Yo como sé de qué se trata, es una enfermedad metabólica en la cual tu páncreas deja de funcionar adecuadamente y no controlas tu nivel de azúcar en la sangre. Pues casi todas retinopatía diabética, pie diabético, insuficiencia renal, problemas cardiaco, problemas estomacales y todo lo que ocurre a partir de la diabetes (Entrevista 5).*

*Yo desde que me enteré que era diabética me forme una idea en que... al doctor le da risa cuando le comenté pero yo me la imagino como un gusanito, que ese gusanito va carcomiendo a lo mejor de momento no se ve que ya me afecto los ojos, que ya me afecto el corazón, que ya me afecto los riñones, que ya me afecto la circulación pero a la larga sí. Yo sé que a la larga me puede afectar los ojos, el corazón, los riñones, la circulación sobre todo (Entrevista 6).*

*Mmm... pus es privarse de muchas cosas, es privarse de muchas cosas que ya no puede uno comer... como por decir, a mí me encantan las cosas dulces y pus ya, ahora que, ya no las puedo comer ... para mí a veces pus sí es triste de quedarme con ganas de cosas dulces. Sé que afecta la vista, porque cuando siento que tengo la azúcar un poco alta como que veo todo nublado (Entrevista 7).*

Hay estudios que muestran como el factor genético participa en el desarrollo de la diabetes tipo 2, sin embargo el modo de vida es determinante en la aparición de la enfermedad. La excesiva ingesta de

alimentos con alto índice de calorías y la disminución de la actividad física predisponen el desarrollo de ella. La importancia del modo de vida como desencadenante de la diabetes tipo 2 ha emergido de múltiples estudios que han encontrado que individuos con el mismo componente genético desarrollan diabetes dependiendo del modo de vida (Laguna, et al., 2013, p. 652).

Las emociones pueden influir en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por parte de quienes la padecen, pero más por la actitud que las acompaña que por el estrés mismo (Almeda, et al., 2010, pp. 11,12).

En cuanto a las posibles causas del desarrollo de la diabetes las mujeres que viven con diabetes mencionaron:

*Sí, por herencia pero este... yo pienso que la diabetes, que la diabetes. Yo realmente no estoy así al 100 documentada sí es hereditaria o malos este... o malos hábitos de comer, de vivir, qué se yo no, no, no sé (Entrevistada 1).*

*En ese tiempo, así que teníamos algo de problemas mi viejo y yo, y hacía corajes y yo ahora sí que no me tomaba ni un amargo. Uno tiene esta creencia de que cuando uno hace un coraje y tomándose un amargo como que es una vacuna para evitar las enfermedades y yo pues hacía los corajes y me quedaba muy serena y al poco tiempo fue cuando me resultó (Entrevista 3)*

*Pues yo pienso, es mi pensamiento qué porque yo me excedí en comer muchos productos con azúcar, porque a mí me gustaba mucho el licuado todas las mañanas y ponerle mucha azúcar, no me conformaba con la azúcar que tienen las frutas sino todavía le ponía más azúcar. En la escuela me tomaba mi cafecito con mucha azúcar. En la otra escuela vendíamos dulces y también me echaba mis 3 o 4 dulces al día, entonces yo siento que la diabetes por eso me dio (Entrevista 2).*

*Pues mira... yo de mi familia de mi familia no hubo diabéticos. Pero yo siento, que yo me enferme porque donde trabajaba, pues había este, muchas barrancas y eso. Y pus hubo dos ocasiones en que nos andábamos yendo a la barranca con el profesor que iba del carro y lleve como 2 o 3 sustos muy fuertes y siento que de eso se ocasionó mi... mi problema de la diabetes, digo porque he oído que eso o una impresión o un susto te provoca eso, por eso precisamente el doctor me dijo -vamos estarla checando, estar viendo y ya vamos a ver sí es diabetes o no le afectaron estos sustos- presiento yo, que eso fue (Entrevista 4).*

*Por mi descuido. Mi falta de ejercicio, de tener una dieta inadecuada. Aunque en realidad yo no comía dulces, no comía este... muchas cosas pero, mi dieta era irregular en cuanto horarios, en cuanto a veces no desayunaba, comía muy tarde; irregular en horarios o comía mucho de más, no hacía ejercicio (Entrevista 5).*

*Pus yo siento que... pus mucha gente dice que es porque uno hace muchos corajes y yo siento que sí por los corajes. No soy muy enojona pero pus a veces aunque uno no quiera hacer corajes pus lo hace. Viví una etapa sí de mucho estrés, de mmmuuuchichichisimo estrés (Entrevista 7).*

*Sé que a lo mejor sí hay una parte, algo genético por parte de mi papá pero son también los malos hábitos, los malos hábitos, la mala forma de comer pienso que eso, a lo mejor lo genético es mínimo más bien para mí son los malos hábitos que tenemos de comer porque a lo mejor cuando yo ya tengo una diabetes me sujeto, a que yo anteriormente había días que yo hasta me tomaba 2 refrescos al día o a veces hasta 3 refrescos al día, pero cuando ya resulto que tengo diabetes digo –no- (Entrevistada 6).*

Presentar una condición crónica de salud envuelve diversos cambios en los hábitos y en la vida cotidiana de los individuos, lo que puede ser extremadamente penoso y difícil de aceptar. Recibir el diagnóstico de una enfermedad crónica como la diabetes despierta diversos sentimientos, reacciones emocionales y fantasías, que necesitan ser conocidos y comprendidos por los profesionales de la salud (Franco, et al., 2008, p. 3).

Es importante que las personas que viven con diabetes examinen sus sentimientos y traten de reconciliarse de una vez por todas con su diabetes. No es culpa de nadie que la padezca; definitivamente no es fácil padecerla, pero la diabetes se puede controlar y con cuidados se previenen las complicaciones asociadas a ella. Por lo tanto, se debe asumir la responsabilidad de la enfermedad y con ellos mimos (Lerman, 1999, p. 17).

En cuanto al impacto emocional que la diabetes a tenido en las mujeres que viven con diabetes ellas compartieron:

*No, para nada incluso me comentan mis compañeras, me comentan vecinos, me comenta incluso mi esposo, mis hijos –ay mami tú no estás diabética- porque yo todo el tiempo, todo el tiempo bien contenta, yo siempre bien pues de buen humor de buen humor (Entrevista 1).*

*Pus sí, sí tengo algo de miedillo a que me ponga mal (Entrevistada 3).*

*No para nada, no para mí yo no me sentí mal ni sentí nada de que dijeran pus ya eres diabética, no pus eso se venía pues yo sabía que a lo mejor iba a llegar ese día y más que nada mmmm... no me asuste, ni le tengo miedo a la diabetes. Porque ahorita gracias a Dios que me enteré de eso ya tengo ya casi 7 años y no he tenido pues ningún problema (Entrevista 2).*

*¡Ay! fue tristeza, no dolor, me dio tristeza y angustia porque yo he visto a mi marido como la lleva... ¡verda! como sufre y eso, que la falta de circulación y esto; y o sea que yo viéndolo a él, claro que me puse a llorar, porque lo veo a él y digo yo que -ahora yo voy estar igual- pero gracias Dios mira ay la llevo ahorita (Entrevista 4).*

*Eeehhh ¡Sí! Depresión (Entrevista 5).*

*Para mí no, como yo ya había visto que todos eran diabéticos, dije -me va tocar a mí también-. Yo jamás he renegado de haberme hecho diabética. Yo no, porque yo dije -ya la tengo y qué tenemos que hacer-. Como yo les llegué a decir a mis hermanos a Julia, a Marcos ya no podemos hacer nada, ya no podemos hacer nada, porque ya la tenemos pero ¿Qué tenemos que hacer? aprender a vivir con ella, aprender a vivir con la diabetes (Entrevistada 6).*

La diabetes presenta alteraciones del sistema asociadas con la hiperglucemia favorecen la aparición de infecciones mucocutáneas (bacterianas o micóticas), acompañadas por picazón (prurito) y grados variables de cansancio o debilidad (astenia). Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 pueden presentar complicaciones agudas (hipoglucemias por el tratamiento con insulina o fármacos hipoglucemiantes, descompensación cetoacidótica o crónicas asociadas con hiperglucemia persistente retinopatía, nefropatía, enfermedad cardiovascular, enfermedad cerebrovascular y enfermedad vascular periférica, neuropatía y pie diabético (Dvorkin, et al., 2010, pp. 773,776).

Respecto a las manifestaciones físicas de la diabetes las entrevistadas comentaron:

*Tuve un daño visual y tengo una neuropatía... tengo una neuropatía en la espalda pero me este... asistí al ISSSTE y tomo la pregavalina de 75 mg (Entrevistada 1).*

*No, ninguno (Entrevistada 2).*

*No, físicamente no (Entrevistada 3).*

*Los efectos así... son nada más de los piquetes que me dan de la piel, sí esos, son los que me afectan y pus ahorita como ya tengo un problema de mi columna Así que, ya no sé sí es el dolor de mis piernas por la diabetis o por la columna, porque no me dan medicina para eso y me duele pero, ora sí que ya no sé sí es por la columna o es por la diabetes, pero yo siento que es por la columna porque yo ya estando bien, y que me hace efecto la medicina y que ya estoy más tranquila puedo caminar más con más confianza, más derecha porque me doblo pero no sé sí es de la columna o de la diabetis, allí ya no puedes distinguir (Entrevista 4).*

*No, aún no (Entrevista 5).*

*No, yo ahora los cambios que veo es por la edad (Entrevista 6).*

*La vista, porque cuando siento que tengo la azúcar un poco alta como que veo todo nublado (Entrevistada 7).*

La mejor forma de auxiliar a una persona que tiene diabetes es mostrarle apoyo y comprensión, así como permitir una comunicación abierta. Es importante contribuir a que se logre la aceptación de la diabetes y favorecer una actitud positiva hacia ella. Se debe intentar entender la dificultad que implica cambiar hábitos de toda una vida por eso la disciplina que exige esta enfermedad, para muchas personas no resulta un proceso sencillo (Lerman, 1999, p. 20).

Acerca de como las mujeres que viven con diabetes hacen frente a los impactos físicos y emocionales ellas compartieron:

*Yo soy bien desmadroza, bien desmadroza... Así de sencillo jajajajajajaja (Entrevistada 1).*

*Pues yo pienso que a mí me ayudo, a que yo todo lo que pasa, todo lo que viene, lo tomo de una manera tranquila. Todos los problemas que se presentan, yo sé que tienen soluciones. Y... y este. Y quizás esa tranquilidad este... que tengo me da fortaleza para no preocuparme ni por las enfermedades, ni por los problemas, ni por nada. Yo acepto lo que me depara el destino y lo soluciono sí tiene solución y si no pues... pero yo creo que sí todo tiene solución en esta vida (Entrevistada 2).*

*Trato de borrarle de la cabeza eso, concentrarme en lo que estoy haciendo en mi quehacer, en otras cosas (Entrevistada3).*

*Pus yo te diré... mira este realmente ahora la tomo como cualquier cosa, que me dan los piquetes, que me da esto ya sé que tengo que bajarles a las grasas a la azúcar... pero que crees que lo tomo normal ya me acostumbre a que desayuno me tomo mis pastillas terminando y que es en la mañana y en la noche, normal yo ya no me preocupo, me preocupa cuidarme pero no me preocupa para nada, yo ya lo tomé en mi vida normal (Entrevista 4).*

*Pues aún a pesar del tiempo que tengo con diabetes a lo mejor no la asimilo igual y no llevo aún todos los cuidados que debo de llevar, se me hace difícil hacer una dieta de diabético, tal cual debe de ser, eso es lo que a mí se me dificulta mucho (Entrevista 5).*

*Sí me preocupa pero me preocupa más la manera en que me debo cuidar eso es. Sí me preocupa más en que me tengo que cuidar, cómo me voy a cuidar, que me lleguen las complicaciones pero más largo plazo, entre más se alargue pues mejor. Yo para mí será que me mantengo en actividad, pero que yo diga -yo entre en depresión porque me hice diabética o que me dé tristeza saber que soy diabética- no, yo no (Entrevista 6).*

*Pus tranquilamente... tranquilamente y trato de tomarme mi medicamento como es, y remedios que me dan y es la manera (Entrevista 7).*

La salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen, y cuando en esta lucha logra resolver tales conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vive o modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones. De tal forma, que la salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad, que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos (Ferrera, 1975).

Referente a su salud como mujeres que viven con diabetes ellas dijeron:

*Yo la vivo con tanta naturalidad, con tanta naturalidad. Con que yo me siento sana, yo me siento sana. Sí, sí tengo salud (Entrevista 1).*

*Pues sí, yo me siento bien. Pues te diré que ni me acuerdo que la tengo (Entrevista 2).*

*Yo creo que sí, porque no me duelen mis pies, no me duelen las manos, mi espalda, que mucha gente lava y le duele la espalda, bendito sea Dios no me duele nada, pasa lo de la azúcar pero no me duele nada. Ora sí que yo la vivo contenta, ya es una enfermedad que Diosito me mando y pues ya sé que tengo que vivir con ella pero, vivirla a gusto de la mejor manera que se pueda para no provocar otras enfermedades, verdad porque hay algunas que los pies. ¡cierto! en las tardes ya me duelen los pies pero me sobre pongo, porque digo -sí le voy hacer caso a esto o aquello, no pus me acabo más pronto- (Entrevistada 3).*

*Ahorita sí en este momento me siento bien, nada más mi problema es la cadera pero te digo que ahorita ya ando para allá y para acá, haciendo el quehacer y has de cuenta que no tengo nada. Sí fíjate*

*que sí, será mi carácter pero yo estoy feliz, tranquila y feliz. Con lo que Dios me da, mucha fortaleza y yo sé que él está con nosotros (Entrevista 4).*

*No. Pues porque no puedo hacer todo lo que hace una persona normal, a lo mejor ya no tengo la misma fuerza para hacer ejercicio, ya no tengo este... ya no todo de lo que como me cae mal, me cae bien. Cualquier alteración emocional me descontrola el azúcar (Entrevista 5).*

*Yo creo que no. Porque a medida que ha pasado el tiempo dice uno - por la edad se acabo el tiempo de que yo casi nunca me enfermaba- y yo luego digo -sí es por la edad pero también es por la diabetes porque la diabetes quieras o no, sí tiene molestias-, tiene molestias la diabetes porque aunque yo normalmente manejo mi azúcar normal hay días, no seguido, pero hay días que me siento cansada, hay días en que luego me duelen las piernas pero no seguido de repente, yo no quiero pensar es que ya tengo 64 años no, también implica la diabetes (Entrevista 6).*

*Sí. Porque camino y hago todas mis actividades. También yo sola me doy ánimo porque a veces aunque me sienta mal, yo sola me ánimo y digo ¡no! Tengo que hacer todo lo que tengo que hacer. Pues como que pienso que ni tengo diabetes jajajajaja Como que pienso que no tengo diabetes para no mortificarme.*

## **7. 2 Género y diabetes.**

La forma de enfrentar la noticia desde la condición de mujer en muchas ocasiones, es con normalidad, asumiendo que la vida sigue, que han aprendido a vivir con ella, que toda su vida van a vivir con diabetes mellitus tipo 2. Manifestando una actitud estereotipada de una mujer tradicional: pasiva, obediente, rutinaria, es decir se comportan como se espera que lo hagan según el estereotipo femenino. Sin embargo, esto puede comenzar a dar respuesta de por qué hay una diferencia

en el número de defunciones por diabetes mellitus tipo 2, siendo más mujeres diabéticas las que mueren a consecuencia de sus complicaciones. Su respuesta es más una actitud de resignación que se adopta ante este evento que no se comprende (Reyes, et al., 2015, p. 138).

Por lo que se refiere al impacto de la diabetes desde su condición como mujer las entrevistadas mencionaron:

*En ningún sentido, yo me siento al 100 aaayyyyy jajajajaja (Entrevistada 1).*

*No, pus te digo que no, ningún impacto he tenido hasta ahorita, gracias a Dios. Quién sabe después pero ahorita pues no, no, ninguno (Entrevistada 2).*

*Pues mira yo, como ama de casa la veo bien porque me deja hacer mis labores y todo, pero como esposa sí he fallado en el tema sexual, porque ora sí que en lo sexual éramos muy activos, él y yo y a raíz de que me llegó esta enfermedad como que ya bajo y ni me llama la atención para acabar pronto, no me llama la atención y pues como él también se enfermó de la próstata y también a él pus también yo creo... pus quien sabe que sienta pero no me pide, ni me exige nada, en ese aspecto sí he fallado (Entrevistada 3).*

*Yo lloré para que te voy a negar, sí me senté y me puse a llorar y dije -ahora me va pasar lo de fulana lo de zutana- pero ya mi marido se sentó y me dijo -mira vieja esto no es una diabetes mala llévatela tranquila, así como yo has mis dietas, que yo no como tanta grasa, tanta azúcar y haces tu ejercicio, a ti que te encanta irte a bailar y esto y pues hay que tomarnos las pastillas normal y que la medicina no te falte y ya- (Entrevista 4).*

*No, aún no he tenido ningún impacto ni ninguna dificultad para hacer mis actividades del hogar, ni de mi trabajo, aún sigo trabajando, no me ha impedido realizar mis funciones normales (Entrevista 5).*

*Pues yo creo que bien, sola. Porque mis hijos están al pendiente pero viven lejos, realmente mi enfermedad la he vivido yo sola, yo sola. Mis hijos contribuyen, por ejemplo: Carlos que es el que más contribuye, él me arrima las cosas; zapatos para diabético, calcetines para diabética pero en sí en sí, la diabetes la he vivido yo sola. Porque yo soy la que debo de estar al pendiente de mi alimentación, que sí ya no tengo medicamento pues tengo que comprarlo, que yo me tengo que ir a caminar pues me voy a caminar... pero en sí la diabetes la he vivido sola porque nadie está aquí conmigo (Entrevista 6).*

*No, pus no ninguno (Entrevistada 7).*

La diabetes mellitus tipo 2 afecta de manera diferente y desigual a varones y mujeres. Es diferente por los factores biológicos que determinan el funcionamiento y el riesgo de enfermar de unos y otras, y es desigual porque las normas y valores sociales asignan espacios y roles diferenciados a hombres y mujeres, condicionando sus experiencias vitales y su salud (Arriola, et al., 2011, p. 79)

Con relación a si la diabetes la viven igual los hombres y las mujeres las entrevistadas explicaron:

*Yo creo que aquí depende, porque los hombres son más difíciles para aceptar la diabetes, por qué son más difíciles los hombres para aceptar la diabetes. Porque, en lo primero que los afecta a los hombres la diabetes es en su mmmm... en su relación íntima. Es lo primerito y uno de mujer pues no, a uno de mujer no le afecta, al menos a mí no me afecta. Yo me siento... señorita Sammara me siento al 100, yo me siento al 100 (Entrevista 1).*

*Yo digo que no porque ellos son más desesperados, sí a veces con una gripa se desesperan y están mal humorados, ora imagínate con una diabetis pues yo digo -que no-, ellos se desesperan y pus como que se acaban más pronto. Te digo que el mes pasado que fui por mí*

*medicina al ISSSTE me vine así como deprimida, como un poco asustada, porque todos los compañeros que estudiamos juntos que son diabéticos... están acabadísimos avejentados, canudos, canudos y le dije yo a mi marido de ¿qué está mal? –pues de azúcar y azúcar pero están bien acabados o son más grandes que tú- no ahí vamos con la edad, todos somos de la edad y todos están muy acabados (Entrevistada 3).*

*Yo veo a mi marido que dice que... yo de mi marido sí no es igual, empezando porque ellos pierden su sexualidad, no pueden tener sexo con uno porque ya no, yo veo con mi esposo que el deseo lo tienen normal... uno no, uno no lo tiene o no sé por qué, como él ya lo perdió ya uno también. Si no lo tocan pus ya no, pero pus él sí se desespera porque ya no, ya no puede entonces no es igual (Entrevista 4).*

*En cuanto al trabajo, con los pacientes que veo hombres con diabetes son más renuentes más este... sí uno como mujer es un poco inconsciente en cuanto a seguir la este... las normas de un diabético, yo conozco hombres no cercanos ni mucho menos, que son diabéticos y tomaban, siguen haciendo vida como, así normal como sino la tuvieran. Le dan menos importancia que las mujeres (Entrevistada 5).*

*Yo creo que no, porque yo lo veo con mi hermano, yo me puedo ver como diabética y no sé si es por mi carácter que yo veo las cosas del lado positivo, trato de ver el lado positivo de las cosas, él toda la vida desde que se hizo diabético él siempre renegando y esta maldita enfermedad. Yo hasta ahorita que diga esta maldita enfermedad por qué me dio, yo no, y pienso que les impacta más. Yo tampoco sé y nunca lo he preguntado con un médico, no sé si en realidad a los hombres les afecte en su vida sexual, dicen que al hacerse diabéticos la vida sexual disminuye, yo quiero pensar que a lo mejor*

*por eso mi hermano a renegado tanto y en cambio uno de mujer no, yo creo que uno es diferente porque también creo depende mucho del temperamento (Entrevistada 6).*

*Dependiendo, si no tiene mucha actividad... porque hay hombres que son muy este... muy inactivos o también mujeres pero teniendo uno mucha actividad... no, no tiene tiempo de pensar en la diabetes (Entrevistada 7).*

En muchos casos ser mujer implica calidez, conexión a las necesidades de los demás, porque brindar apoyo es parte del estereotipo “de ser para los otros” como identidad femenina, lo cual contrasta con el estereotipo masculino que enfatiza la independencia y la competencia en el cumplimiento de tareas. No es raro entonces que las mujeres proporcionen más apoyo que los hombres, y que ambos reciben más apoyo por parte de las mujeres, tanto madres como hermanas (Frayre, et al., 2008, p. 78).

Por otra parte las mujeres que viven con diabetes opinaron al respecto del desempeño de sus roles lo siguiente:

*Sí yo seguía haciendo todo igual, yo me sentía al 100 (Entrevista 1).*

*No en nada, en nada me ha afectado, te digo que soy una persona que ni me acuerdo que la tengo. Ni me acuerdo que tengo esa enfermedad, que tanta gente crees que ya tedio eso y ya te vas a morir y no te digo que desde que me detectaron son 7 años y no para mí no (Entrevista 2).*

*Sólo en la parte sexual con mi marido se modifíco. Sí mucho pero como pus él también se enfermo, ora sí que pus él desganado y yo desganada pus apenitas estuvimos (Entrevista 3).*

*No, fíjate que no al contrario fue mucho apoyo, mucha ayuda nunca deje de ser activa. Yo fui persona activa trabajando y cuando se jubila uno pues como mujer se vive con el quehacer y como gracias a*

*Dios yo sí tengo mi familia tengo mi esposo, tengo mi hija que está aquí y con mi nieto, la otra que vive cerca y viene (Entrevista 4).*

*Ninguno, no sé porque yo que llevo 26 años sola, no sé como hubiera sido mi diabetes si a lo mejor también en las mujeres ahí tengo poca información de cómo afecte en el aspecto sexual. No sé, yo porque ahorita en este momento ya pase la menopausia tengo 64 años de edad pero no sé sí cuando yo me hice diabética y hubiera tenido una pareja no sé sí en ese momento me hubiera impactado en ese aspecto, no sé porque yo no la tuve (Entrevista 6).*

*No en ninguno (Entrevista 7).*

Las personas en general, tienen información sobre las consecuencias de la diabetes mellitus tipo 2, que los lleva a pensar en la muerte y/o que les acortará y deteriorará su vida. Mucho de ello, difundido por medios de comunicación, por el sector o porque lo han experimentado (con familiares, amigos o conocidos), dado que hacen referencia a sus consecuencias por ser una enfermedad crónica degenerativa, por lo cual incurable, que se asocia con un deterioro (en muchas ocasiones rápido, por el momento en que es detectada) orgánico y complicaciones que se reflejan en insuficiencia renal, nefropatía, ceguera, neuropatía, amputaciones; con consecuencias graves para la calidad, esperanza de vida o que conducen a una agonía difícil y a la muerte de quien la padece. Este aspecto de su significado está ligado a lo que se considera el aspecto biomédico de la enfermedad, ya que la noticia los hace ver que tienen un desequilibrio, deterioro o alteración orgánica (Reyes, et al., 2015, p. 131).

En relación con las preocupaciones que puede generar el vivir con diabetes las entrevistadas compartieron:

*Sí me preocupa en cuanto a mis hijos, me preocupa algo, muy poco porque ya están grandes, ya ellos ya se defienden de la vida, ya tienen trabajo. Que me llegue a dar un infarto o algo así, porque*

*están grandes pero todavía los estoy disfrutando, eso sí me atemoriza un poco pero de allí para allá como todas las familias tenemos problemas, tenemos penas y este pues hay entre todos los solucionamos (Entrevistada 3).*

*Realmente no me preocupa nada, solamente mi problema este que tengo pero, de allí para allá no me preocupa, no me preocupa porque sí yo me cuido y ya sé que sí me paso de lo que debo me sube la azúcar rápidamente (Entrevista 4).*

*Pes sí, o sea tengo la preocupación de las consecuencias lo que te he dicho, de lo que puede llegar a pasar (Entrevistada 5).*

*Preocupaciones mmm... a lo mejor en algún momento dado lo que me llegara a preocupar es que por un descuido mío tuviera una complicación y no hubiera quien estuviera conmigo pero, eso ya lo hemos platicado con mis hijos, sobre todo con Carlos, entonces por eso lo que te decía hace rato tengo que trabajar en que debe de haber una persona aquí que me acompañe, una señora, una muchacha por alguna cosa que se llegara a ofrecer, que sea un motivo de preocupación que no me deje dormir y esté pensando no. Pero si me ha pasado por la cabeza decir –¡ay, no! que algún día se me infectara así como mi hermana, como a Maruca se me infectará un pie y luego yo aquí solita- ¡aayy no! pero no debo de pensar en eso me voy a cuidar lo más que pueda y no... pero no es una preocupación que me quite el sueño o que me sienta yo nerviosa no, no, no, a lo mejor porque soy previsora y he pensado en un futuro y bueno digo sí en un momento dado llegara a pasar que tuviera alguna preocupación, bueno entonces ya se vería la manera de cómo resolver eso (Entrevistada 6).*

*Yo conozco gente que tenía diabetes les han cortado su pie, pus es lo que más uno teme (Entrevistada 7).*

El deseo y compromiso de las personas con la propia vida son elementos fundamentales en el tratamiento de las enfermedades. La diabetes influencia todas las dimensiones de lo cotidiano del paciente, desde la rutina más trivial hasta el deseo de continuar viviendo y mantener su calidad de vida (Franco, et al., 2008, p. 4).

Referente a si el valor como mujeres había cambiado a partir de vivir con diabetes ellas mencionaron:

*No, al contrario me sentí bien fregona (Entrevistada 1).*

*No te digo que no, para mí no esta enfermedad no ha repercutido en nada de mi vida. Yo me voy de paseo, hago mis cosas, todas mis actividades y no gracias a Dios no me ha pasado nada, porque también me cuido bastante. Sí cuido mi alimentación sobre todo (Entrevistada 2).*

*No Sammarita porque ora sí que esa enfermedad llego cuando ya había dado todo lo que podía dar en mi carrera y en mi vida de aquí de mi casa, no me desvalorice ni nada, porque ya dije ya di allá, aquí casi que apenas lo voy a disfrutar y voy a vivir más tranquila y a echarle ganas aquí en mi casa porque ya no trabajo, así que todo lo voy a concretar aquí en mi casa, pero no yo no me sentí ni más ni menos tampoco, normal (Entrevista 3).*

*La realidad para mí no porque yo llevo mi vida como la empecé, yo ya cuando me jubile... ya te digo, yo ya sabía que era hipertensa y que tenía diabetes y ya iba a jubilarme y yo planeé mi vida, planeé que mi vida no iba estar activa pero me puse activa pero aquí en mi casa (Entrevistada 4).*

*No, porque yo sigo siendo igual. Yo sigo siendo la misma persona y me siento y me doy el mismo valor que me he dado desde siempre. Yo siento que como persona, que como mujer a lo mejor me voy a oír*

*muy vanidosa pero yo pienso que como persona, como mujer primero, como persona, como mamá, como esposa que fui yo valgo mucho. Yo digo, yo soy muy vanidosa porque yo siento que yo valgo mucho (Entrevista 5).*

*No, porque de cualquier manera un día tenemos que enfermarnos de algo y sobre todo que mucha gente dice con la diabetes todo mundo puede vivir siempre y cuando se cuide (Entrevista 7).*

Los factores en la calidad de vida que son importantes para los individuos con diabetes mellitus tipo 2 son las relaciones familiares, los contactos sociales, la salud en general, el estado funcional, la vivienda y la disponibilidad económica. Debido a esto la familia debe adoptar conductas saludables y proporcionarle apoyo social a la persona con diabetes mellitus tipo 2. El individuo debe tener una interacción muy estrecha con su familia, sus amigos y los servicios de salud para obtener el apoyo necesario en su cuidado. Los niveles de apoyo social se asocian con un mejor autocuidado, adherencia a la dieta indicada, programas de ejercicio y mejor control de la glicemia (Benítez, et al., 2014, p. 136)

Las mujeres que viven con diabetes en cuanto a cómo son tratadas por su familia y la sociedad opinaron:

*No creen, no no no creen que soy diabética... -eres diabética Julia- sí – oye pues no se te nota- No es que yo, es que yo (en broma) “estoy buenísima”, no es que los que están diabéticos tienen mal genio, tienen mal carácter de todo se enojan, de todo se agüitan, entran en depresión. A mí la vida la tomo como se me presenta, como se me presenta (Entrevistada 1).*

*Pues mucha gente ni siquiera piensa que yo la tenga, muchos me dicen “aahh cómo crees que vas a ser tú diabética sí ni siquiera se te nota”. Este... pus digo “pus sí, sí soy”. Y no nadie cree que yo tenga esa enfermedad (Entrevista 2).*

*Mira de un principio como que querían –no, no hagas esto porque no te vayas a caer no, no hagas esto- como que me tenían sobre protegida hasta que les dije miren esta enfermedad es muy normal y han visto a mucha gente que está enferma de esto a mí no me hagan eso, yo me sé cuidar solita, déjenme hacer mi vida como es y no, no... nada de que no esto, no aquello, nada, déjenme como si no tuviera nada déjenme... nada más sí ayúdenme porque luego se me olvida y – sí eso no porque te hace mal- recuérdense pero de allí para allá déjenme hacer como si no tuviera nada. Y así fue (Entrevista 3).*

*Pues a mí me tratan bien no hay problema, saben que estamos diabéticos y nadie de mi familia, ni mis amistades... me tratan bien. Yo digo tengo muy buenos vecinos como le decía a mi hijo hace un rato, yo tengo buenos vecinos hijo y no me preocupa si me pongo mal yo les hablo y sé que vienen y me ayudan pero gracias a Dios no he tenido la necesidad de esto (Entrevista 4).*

*Ellos como hemos vivido en un núcleo donde hay mucha diabetes como igual ya esperaban que en algún momento, algún día me iba a dar diabetes a mí, algún día les pude dar a ellos, ellos se cuidan un poco más que yo no hacen todo lo que... hacen ejercicio y eso pero sí este son muy estrictos conmigo en cuanto que me ven haciendo cosas que no debo hacer o me exigen que hagas cosas por ejemplo: ponte hacer ejercicio, ya bájale a la comida, estás subiendo de peso, no debes de comer esto, en reuniones y todo me están mucho cuidando en cuanto pues con eso (Entrevista 5).*

*Me tratan normal por la misma forma que tengo de vivir, la actitud que tengo yo porque al contrario, sí yo soy la más chica de la familia y las más grandes son las que me deberían de decir que debo hacer yo; yo soy las que les digo oye haz esto, no comas esto, come bien oye esto, oye aquello. Yo soy las que les estoy diciendo a ellas y por*

*eso a mí ni siquiera que me traten como una persona diabética, y mis amistades así con las que, no tengo mucha vida social pero con mis compañeras de generación y todo ellas ya sane que llegamos a donde tengamos que ir a comer, ya saben que yo tomo mi agua mineral, ni preguntan y las que saben tampoco preguntan pero como si nada, yo soy como todas. Me ven como una persona sana (Entrevista 6).*

*Muy bien... Me tratan muy bien y sí tratan de no darme dulces ni chocolates (Entrevista 7).*

Aunque hay estudios que han demostrado que cuando las personas tienen un buen nivel de conocimientos sobre la enfermedad están motivadas a cuidar su salud de manera permanente, hay otros que mencionan que el saber o conocer no es suficiente para que las personas practiquen en los términos esperados los comportamientos que disminuirán la probabilidad de que una enfermedad como la diabetes mellitus tipo 2 se complique. Aceptar la enfermedad permite establecer una relación positiva entre la persona y su nueva situación y por lo contrario, una actitud de no aceptación tiene consecuencias sobre algunos comportamientos en el autocuidado para un adecuado control de la diabetes (Benítez, et al., 2014, p. 135).

En cuanto al apoyo que reciben las mujeres que viven con diabetes ellas compartieron:

*Hasta ahorita sí, hasta ahorita sí. Porque también soy hipertensa, después de 5 años se me disparo la hipertensión (Entrevista 1).*

*Pues yo creo que sí por el apoyo que tenemos pues del ISSSTE que es ahí donde nos están atendiendo, donde nos dan los medicamentos y yo pienso que allí me pueden atender (Entrevista 2).*

*Pues mira la información es muy poca y es que en el ISSSTE necesita uno ir hasta allá y yo la verdad digo sí tengo tanto que hacer aquí en mi casa e ir hasta allá al ISSSTE. Ya ves que hay grupos que dan allí ejercicio en la mañana temprano me dice mi viejo –vete temprano a hacer el ejercicio allá- y me pongo a pensar, me voy pon tu que empiece a las 8 a las 9 o 9:30 ya venga, yo en ese tiempo alcanzo a recoger la casa, toda la recojo y ya me quedo para que para que aiga un espacio de entre las 10 a 12 que voy hacer la comida en ese espacio, riego las plantas que recojo esta ropa, que tengo re te harta ropa agarro la ropa la pongo en un lugar, ya en la tarde que tengo tiempesito agarro mis trapitos los plancho y ya. O sea que me doy tiempo a todo y sí me voy allá al ISSSTE pus ya perdí ese tiempo, no tengo más actividad de la que yo tengo aquí de sube y de baja mejor déjame aquí (Entrevista 3).*

*Pues sí, sí lo tengo (Entrevista 4).*

*Sí (Entrevista 5).*

*Sí, porque yo me intereso a todo lo que se refiera a la diabetes, voy a la vanguardia en saber, que dicen que ahora para las ulceras que se hacen en los pies y que esto y otro y que ya salieron unos parches y que la UNAM tienen unos parches que para ponérselos, que el pie diabético. Estoy informando porque sí un día llegara a necesitar saber que puedo hacer, a lo mejor mis hijos no estén tan empapados pero yo hasta cierto caso sammy veo a mis hijos despreocupados en ese aspecto, despreocupados de que digan –mi mamá está diabética, oye que tu medicamento- como saben que yo voy a la orden con mi medicamento con mi comida, o sea no, como que hasta se les olvida que tienen una mamá diabética (Entrevista 6).*

*Pues sí, sí siento que sí (Entrevista 7).*

### 7. 3 Servicios de salud.

Entre los objetivos del programa de acción específico en prevención y control de la diabetes mellitus 2013-2018 es: Mejorar los estándares de calidad en el primer nivel de atención en cuanto a abasto de insumos y personal de salud capacitado para la atención del paciente con diabetes mellitus (PROPESA 2013-2018, p. 42).

Una de las estrategias del programa de acción específico en prevención y control de la diabetes mellitus 2013-2018 es: Garantizar el acceso a medicamentos e insumos para la salud de calidad (PROPESA 2013-2018, p. 37).

Las mujeres que viven con diabetes de la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro opinaron lo siguiente sobre el servicio que les brindan:

*Ayyy señorita Sammara pues con todo respeto los médicos una: los médicos en sector salud nos estamos refiriendo al ISSSTE raro es el que da una atención de calidad y calidez con mis 5 dedos no me alcanzan los dedos para decir fulano, fulano, fulano excelente médico (Entrevista 1).*

*Pues para mí yo siento que es bueno porque los doctores nos dan las recetas y todo, nada más a veces como ves allí en el ISSSTE nos dan los medicamentos y hay veces que si no vas o no te toca pues ya te quedas sin medicamento o a veces los que están en ventanilla que te dicen que no hay y sabes tú que sí hay (Entrevista 2).*

*Pus que te dijera... pus regular porque ora en el caso de que no hay medicamento, que esperece para tal día vas tal día y hay veces queda uno, meses sin ese medicamento porque no llevo, porque se acabo y nos esperamos hasta el otro. Hay un medicamento que ese sí procuro que no me falle, uno que es especialmente para los pies... ¡ay! porque hubo un tiempo que me dolían los pies pero de eso de que ya en la tarde hasta le cojeaba pero el doctor me dio un medicamento que sí ha de ser mucho muy bueno, porque se me quito pero es carísimo y hubo un mes que llegamos tarde y ya no*

*alcance –véngase para tal fecha- fuimos y no más nada volví a ir nada todo ese mes; entonces fuimos acá a las farmacias afuera y 1300 entonces les dije vamos a buscar en las similares de nada eso, y ame costo 700 y sí me compre una cajita, en ese aspecto como que les falla mucho al ISSSTE (Entrevistada 3).*

*Pues te diré que en cuanto al medicamentos pues sí pero que yo sepa que nos hablen para una reunión para explicarnos y eso, nunca nos han dicho no. Nosotros vamos por el medicamento y nos venimos porque en la tele te dicen, buscas en la tele. En la tele hay un programa de eso y ha salido mucho de la diabetes allí te llenas de lo que dicen porque del ISSSTE nunca nos han reunido (Entrevista 4).*

*Pues aquí en Zitácuaro los considero deficientes, pienso que la persona que está encargada de los diabéticos aquí no tiene la capacidad de atender ese tipo de enfermedad porque su especialidad es otra. Siento que aquí deberíamos de tener un diabetólogo, no sé si existe esa carrera o qué alguien que se especialice nada más en la diabetes de los pacientes. Este... porque el médico que está no es su especialidad para atendernos a nosotros, el que atiende los diabéticos es neurólogo, no se enfoca... He visto como trabajo ahí a veces muchas deficiencias en sus tratamientos. Nos hace falta un buen especialista, un especialista en esa enfermedad (Entrevista 5).*

*No lo considero muy bueno, ahora sí porque yo voy actualizada con medicamentos y yo veo que en el ISSSTE lo único que te dan es lo que hay, glivenclamida y la metformina cuando hay más que sólo esos medicamentos (Entrevista 6).*

Es necesario que el personal médico y el equipo de salud en el cual se apoya el paciente estén sensibilizados en cuanto a considerar las condiciones de vida que

tienen tanto hombres como mujeres, derivadas del género, para adaptar las medidas de carácter no farmacológico, con el fin de favorecer el control de la enfermedad y retraso de complicaciones (PROY-NOM-015-SSA2-2018, p. 17).

*Es un trato es inhumano, no al 100 pero el 50 % sí. Desgraciadamente sector salud es este, pues su gente es de bajos recurso, es de bajos recurso y eso de que llegue el pacientito y ya mero que el médico ya tiene la receta elaborada como que no, no ní siquiera la voy a revisar como antes; como antes que los médicos -a ver pácele señora, pácele señor cómo se siente a ver siéntese, platíqueme- con mucha humildad. Por qué la humildad, no porque el médico va ser humilde le van a quitar el título (Entrevista 1).*

*Pues sí fíjate que sí, yo allí en el ISSSTE como siempre he asistido yo, yo no tengo ningún doctor que sea fuera del ISSSTE yo siempre he tenido muy buena atención en el ISSSTE (Entrevista 2).*

*Pues sí porque ahora sí que nada más voy al mes una vez a la medicina y sí tengo otra enfermedad como la gripe pues voy y sí está bien, sí el servicio ese está bien (Entrevista 3).*

*Pues del trato de ellos no me quejo, lo que me molesta es que ahora no tenemos un médico, antes teníamos un médico y como sea nos tomaban la presión, el azúcar en ayuna y ya allí nos daba la receta y el doctor nos atendía de todo, ya vaya y hágase un estudio de esto y ahora ya no tenemos, tenemos que estar con el montón acá, hora con las recetas de la medicina no podemos estar allí como decía yo, una fila de los jubilados y otra de los normales ellos aguantan. Uno no aguanta ya cuando llega uno y ve la cola hasta allá mejor se regresa uno porque sabemos que no vamos aguantar estar allí parados (Entrevista 4).*

*Sí es adecuado (Entrevista 5).*

*Malos, los siento muy insensibles, siento que ya perdieron esa sensibilidad porque a lo mejor cuando hay un paciente Sammy; yo cuando me pongo como paciente en ese momento tengo ganas de que el médico, a lo mejor no sea cariñoso conmigo pero que me ponga atención, que me ponga atención a lo que yo lo estoy platicando a mis dolencias que en ese momento, a mis molestias; pero los veo tan mecanizados de que –qué le pasa- o sea perdieron la sensibilidad. Perdieron la sensibilidad, están completamente perdidos de sensibilidad (Entrevista 6).*

Entre las líneas de acción que propone el programa de acción específico en prevención y control de la diabetes mellitus 2013-2018 estan:

- Otorgar orientación/consejería de diabetes mellitus.
- Fomentar el autocuidado de las personas con diabetes mellitus.
- Proporcionar la atención integral de diabetes mellitus.
- Promover la orientación nutricional y actividad física en la atención primaria.

Estas Líneas de acción deberán ser implementadas por todas las instituciones públicas de salud.

Ahora bien, las mujeres que viven con diabetes opinan con respecto a la información y orientación brindada por el ISSSTE lo siguiente:

*Ninguna, ni los cuidados absolutamente; mire usted no debe comer esto, no debe comer aquello, mire la fruta que tiene más azúcar, sí come sandía nada más un pedacitito o puede comer de todo pero poquitito, no hay ninguna información. Por eso el gobierno está en la calle. A parte de lo que se roban, pus también gastan mucho en medicamentos de enfermedades degenerativas como la diabetes como la hipertensión como hay muchas, entonces como queremos un México diferente cuando que no hay personal de calidad que da la información como debe de ser (Entrevista 1).*

*Pus no nos avisan, nosotros tenemos muchos conocidos jubilados, que van al ISSSTE y que digan hay una reunión, nos van a platicar esto, pero nunca han dicho. Ya te digo yo me entero y sé hasta dónde porque encontré en la televisión porque encontré un programa donde hablan de enfermedades y han estado hablando mucho de la diabetes, mucho están hablando de la diabetes, las consecuencias y como cuidarse, y todo está muy bien y por eso me enterado. Ya te digo yo no me he enterado del ISSSTE que haya una reunión o algo (Entrevista 2).*

*Yo te voy a decir, yo no me he atendido mi diabetes allí pero por ejemplo; que yo diga que allí en mis 17 años que yo he ido que algún día algún médico en estos 17 años me diga –mire usted está diabética, mire usted se debe cuidar por esto- o sea contestan a las preguntas que yo en su momento he hecho por ejemplo: yo un día tenía una duda de que Julia tenía mucho dolor de espalda durante muchos meses y todavía lo tiene. Yo le preguntaba a uno de los doctores, oiga doctor lo que tiene mi hermana Julia será una neuropatía diabética y me dice escribiendo – Sí puede ser- pero en sí doctor qué es una neuropatía diabética –no pues es que una neuropatía diabética es cuando los nervios se inflaman- así como que dije bueno como que esa no es una información, como para que yo me tengo que cuidar para no tener neuropatías diabéticas. Entonces yo pienso que él debió de haberme dicho –mire maestra una neuropatía es esto, a esto, de esta manera, se puede evitar así y así- pero no (Entrevista 6).*

**Primer nivel de atención:** a las unidades médicas de primer contacto del paciente con los servicios de salud, que llevan a cabo las acciones dirigidas al cuidado del individuo, la familia, la comunidad y su ambiente; sus servicios están enfocados básicamente a la promoción de la salud, a la

detección y al tratamiento temprano de las enfermedades (PROY-NOM-015-SSA2-2018, p. 9).

Las mujeres que viven con diabetes realizaron las siguientes propuestas que forman parte de la atención de primer nivel:

*Qué más sugeriría señorita Sammara, que se hiciera un grupo, un grupo de pero masivo y que se les hiciera la invitación, yo las veces que ido al ISSSTE jamás, jamás de los jamases me ha dicho –oiga ¿Usted qué come? ¿Cuál es su alimentación? ¿Qué ejercicio practica?- entonces todo eso es bien importante (Entrevista 1).*

*Pues nada más que tengan los medicamentos a tiempo para que las personas no dejen de tomar sus medicamentos adecuadamente (Entrevista 2).*

*Pues ahora sí, que el medicamento no falle, que vaya uno y encuentre su medicamento y no salgan con que véngase tal día, que vayamos y no ha llegado o no hay, entonces a que tuvieras el medicamento bien, en la fecha que le toca su cita a uno, porque uno no dice para no quedarme sin mi medicamento me voy a ir los primero días del mes cuando a mi me toca como el día 13, ya esas fecha ya llevo el medicamento y hasta se acabo (Entrevista 3).*

*Yo quisiera que hubiera otra vez nuestro médico particular para los jubilados. Sí porque él ya se hacía cargo de todos y sí sabía “tiene usted este problema y va tener que pasar con tal médico”. Un especialista acá o tal médico, un estudio, unas radiografías y acá pus no todo el tiempo a la carrera (Entrevista 4).*

*Yo creo que sí, mira en realidad como te estoy diciendo que sea un médico de verdad especialista en la diabetes, que sean enfermeras que se capaciten en esa situación o trabajadoras sociales que asistan a las casas de las personas; que vean cómo viven, cómo se*

*alimentan, no sé... que den una información adecuada de la enfermedad (Entrevista 5).*

*Yo creo que debería haber pláticas donde convocaran a nosotros como diabéticos para a medida de información, para que nos dijeran qué medidas preventivas; ya tenemos la diabetes sí es cierto, ya la tengo pero si viene alguien y me dice –la diabetes es y se pueden evitar las neuropatías diabéticas- pero cómo se pueden evitar, que nos den esa información. Que nos llamaran a reuniones para explicarnos. Porque a lo mejor sí a mi me dicen va venir fulano doctor que es especialista en pie diabético, yo soy le primera en estar allí para saber que va haber, qué información van a dar sobre un pie diabético, sí mmmja... que va venir un especialista en neuropatías diabéticas, ay no pues allí voy estar porque yo quiero saber qué son las neuropatías diabéticas porque yo que soy diabética como le puedo hacer para evitar que pronto me lleguen las neuropatías. Yo pienso que así estaría bien que nos dieran esa información, sí que nos orientaran (Entrevista 6).*

*Sí, que no necesariamente tuviéramos que pasar con el doctor, sino que fuera algo de cada 15 días o cada 8 días lo que ellos consideren pertinente, pero que no tuviéramos que pasar con el doctor para que nos ordene los estudios sino que así sin pasar con el doctor y ellos mismos valoraran si era necesario que el doctor nos revisara (Entrevista 7).*

#### **7. 4 Proyección a futuro como mujeres que viven con diabetes.**

El mero hecho de aceptar que debo tener una relación positiva con mi cuerpo y mis síntomas implica que, de una u otra forma, ya se acepta el tener esa relación. Aún con la admisión de que algunas de las cosas que se han hecho no han funcionado tan bien como se esperaba y, por eso, debo aprender nuevas formas de vivir con estos problemas. Y eso lleva consigo trabajo y esfuerzo personal (Pelechano, 2012, p. 9).

Con respecto a la visualización en un año como mujeres que viven con diabetes ellas compartieron:

*Yo me siento perfectamente bien y así me veo en un año, en toda mi vida, en todo lo que me resta de vida bien fregona. Ay sí señorita Sammara, ay sí a mí la diabetes me hace los mandados. Solamente que de plano ya me toque pus ni modo (Entrevista 1).*

*Yo creo que me visualizo normal igual como hasta ahora porque tengo tantos años, que dicen que era pre diabética y al menos yo no he visto yo que tenga algo que me haiga hecho cambiar mis actividades siguen siendo las mismas. Yo salgo, hago aquí mi casa y todo lo que tengo que hacer y no que diga hay porque soy diabética ya hoy no voy a levantarme, me voy a quedar allí en la cama pues no o que ya me paso algo y pues no, nada (Entrevista 2).*

*Pues fíjate que yo me considero que bien, porque nos hemos encontrado mis hermanas y yo, y el otro día acá yo entre mí –mmm están más jodidas que yo que estoy enferma- sí con esas palabras y me quede, bueno sucede como la zorra con su retoño, ay que estaba re feo el zorrillo, que ay qué bonito tan hermoso; ella lo veía bonito. Pues así yo también me veo bien pero quién sabe cómo me vea la gente (Entrevista 3)*

*Pues mientras me siga cuidando así, bien. Porque me quiero ver bien y sé que eso está dentro de mí, sí yo me sigo cuidando como hasta ahorita he hecho yo pienso que en un año me voy a ver bien, claro con más edad porque voy a tener 65 años pero en cuanto a mi enfermedad, sí yo sigo como hasta ahorita voy a estar bien (Entrevista 6).*

*Pues sí sigo así como voy, siento que bien porque o sea trato de cuidarme... trato de cuidarme un poquito y además yo como muchas verduras sin necesidad de que me estén diciendo a mí me gusta*

*más comer verduras que carne y pan también no lo acostumbro mucho. Siento que también son buenas bases... bases para uno seguirse sintiendo bien (Entrevista 7).*

Las personas que padecen diabetes se enfrentan cotidianamente al deterioro de su calidad de vida productiva y años de vida potencial, ante la posible incapacidad y muerte, sobre todo si no tienen un tratamiento y atención integral y oportuna. Sin embargo, si las personas que padecen diabetes mellitus tipo 2 recibieron su diagnóstico oportunamente y llevan un tratamiento y cuidados adecuados, “medicamente se sabe” que pueden vivir y convivir el resto de su vida con ese padecimiento y con calidad de vida, aunque ello no implique que se puede evitar el dolor y sufrimiento de manera definitiva, por la cronicidad de esa enfermedad (Benhumea, et al., 2011, p. 270)

Las mujeres que viven con diabetes opinaron que es lo que les preocupa en un futuro con respecto a su condición:

*De mi enfermedad no, sé que me sigo cuidando, que me voy a morir sí me voy a morir de qué, quién sabe (Entrevistada 1).*

*Yo creo que me visualizo normal igual como hasta ahora porque tengo tantos años, que dicen que era pre diabética y al menos yo no he visto yo que tenga algo que me haiga hecho cambiar mis actividades siguen siendo las mismas. Yo salgo, hago aquí mi casa y todo lo que tengo que hacer y no que diga hay porque soy diabética ya hoy no voy a levantarme, me voy a quedar allí en la cama pues no o que ya me paso algo y pues no, nada (Entrevistada 2).*

*Pues ora sí que no pueda valerme por mi misma y que tenga que estar dándole trabajo a los hijos de párala, llévala al baño. Yo le pido a mi Dios que con esta enfermedad yo solita me valga, que yo misma me haga que me pueda bañar, cuando menos yo comer yo solita, ir al baño yo solita o sea que todo lo pueda hacer yo aunque esté*

*viejita y aunque nada más eso haga pero que no les de trabajo a mis hijos, porque sigo eso de tener una persona mayor, requiere muchos cuidados (Entrevista 3).*

*Yo me preocupa, que me vaya yo a perder alguna parte, la vista, ya ves que el oído pus algo que sí nos afecta a uno, que me afecte algún órgano, pus es que también los medicamentos le afectan a uno. A la larga pus estamos tome y tome medicamento diario, diario medicamento y luego a veces los ocupa uno otra clase de medicamento y pus ahí hay que echárselo también, es mucho medicamento para uno y pus te imaginas ya un año más y que poco a poco va perdiendo uno la vista y el oído y pus sí (Entrevista 4).*

*Mi complicación a la larga son todas las complicaciones que se generan, que ya conozco por ser enfermera (Entrevista 5).*

*Pues mientras me siga cuidando así, bien. Porque me quiero ver bien y sé que eso está dentro de mí, sí yo me sigo cuidando como hasta ahorita he hecho yo pienso que en un año me voy a ver bien, claro con más edad porque voy a tener 65 años pero en cuanto a mi enfermedad, sí yo sigo como hasta ahorita voy a estar bien (Entrevista 6).*

*Pues nada más que me llegara a preocupar que no me vayan nunca a dializar (Entrevista 7).*

Como ser vivo, y humano que presenta una enfermedad crónica pero que sigue con su vida y relaciones con los demás, debo mantenerme abierto a la vida, a las ideas y modos de hacer distintos. Y ello, como una forma de ayuda personal y para ayudar a los demás. Esa apertura implica mantener los avances logrados, debo de estar preparada para poder superar las dificultades, y debo recordar los avances y los pequeños logros alcanzados (Pelechano, 2012, p. 23).

Esto fue lo que opinaron las mujeres que viven con diabetes con respecto a su relación con la diabetes:

*Yo estoy al 100 señorita Sammara, yo me siento perfectamente bien (Entrevista 1).*

*Pues sí como dices tú sí le gusta a uno estar bien y este, lo único que tengo que hacer es alimentarme bien, hacer mis ejercicios y seguir adelante, porque es lo único que podemos hacer, ya tenemos la enfermedad encima pus ni modo de regresarla, ya no se puede (Entrevista 2).*

*Pues me imagino que va estar más avanzada la enfermedad, pero sí ahorita la he sabido sobre llevar... con más ganas después a navegar hora sí yo misma con esa enfermedad, y a tratar de hacer lo que me diga el médico, con los medicamentos que me dé tomármelos como hasta ahora y estar al cuidado y al pendiente de todos esos detalles, de la medicina sobre todo tomármela, como ahorita con estás fuerzas que tengo así estar cuando ya esté más avanzada mi edad, yo misma sobre ponerme. Porque luego digo –no, no, tú no me vas a gar a mí yo te voy a ganar- (Entrevista 3).*

*Pues yo pienso que el cambio es el que te digo que yo teng aun médico con el cual poder ir hablar con él, que él me diga -Mire esta así cuídese, le voy a dar esto, o le voy a mandar hacer estos estudios, pus ya sabemos que es una enfermedad que no tiene cura pero usted lleve su dieta- que él diga -Sus alimentos, aquí esta su recetita hay le voy a poner lo que debe de comer, sus tres o cinco comidas son- pero ya te está explicando y tienes tu confianza con tu médico, eso es lo que yo quiero, porque así a un futuro él te va viendo y va viendo, cómo vas tú , cómo vas decayendo y cómo va acabándose tu vida, porque aunque este uno con el medicamento no*

*nos vamos a curar y está diabetes sí afecta tus riñones te afectan tantas cosas (Entrevista 4).*

*No sé, no me he puesto a pensar en esa parte (Entrevista5).*

*Yo voy a estar bien y me proyecto y me visualizo bien, porque soy consciente de lo que hago porque a lo mejor por el trato que tengo, por el cuidado que tengo de mi persona y de mi enfermedad pues de una buena calidad de vida, porque ahorita me considero que tengo una buena calidad de vida pero también tengo algo en mente que no creo que alguien me lo hiciera cambiar y a lo mejor eso es lo que me hace que me cuide yo, yo siempre he pensado que sí alguien me dijera que me van a dializar no me dejaría, sí un día por un descuido de los pies me dijeran que me van a amputar un dedo o me van a amputar un pie o una pierna jamás me dejaría, porque yo soy una persona que me considero independiente y como yo tengo tantos años de vivir sola y ser independiente en todos los aspectos; pienso que para mí ya no tendría ningún sentido, no podría vivir yo bien si me dejara amputar una pierna, que me dijeran la vamos a dializar no lo permitiría a lo mejor eso hace una de las partes esenciales de que yo me cuide (Entrevista 6).*

*Sí nomas estar atendiéndose para que el riñón no se afecte (Entrevista 7).*

La educación para el manejo de la diabetes puede ser de gran beneficio para las personas, un conocimiento insuficiente respecto a la enfermedad puede afectar su salud física. A parte de la educación es importante la observación directa de las conductas de la vida cotidiana y las acciones que asuma el individuo ante la enfermedad, que permite al equipo de salud en coordinación con otras disciplinas proponer estrategias de intervención preventiva orientadas a modificar creencias, actitudes y comportamientos para mejorar la salud individual, familiar y colectiva (Benítez, et al., 2014, pp. 135,136).

Por otra parte las mujeres que viven mencionan qué deben fortalecer para continuar con su condición:

*No señorita Sammara porque sé que poco a poco mi organismo yo tengo 69 años voy a cumplir 70 el 23 de agosto de 2018, voy a cumplir 70 años y sé que ya no, sí hasta ahorita y siempre toda mi vida he comido poquito poquitito, sé que poco a poco voy ir comiendo menos, voy a ir comiendo menos (Entrevista 1).*

*Pus a lo mejor sí reforzar un poquito más mis ejercicios, ir más al ejercicio y seguir la alimentación adecuada, más que nada porque qué otra cosa puedo hacer (Entrevista 2).*

*Me gustaría estar así como estoy, estar bien entretenida en el quehacer y todo para no dar lugar a pensar que estoy enferma pero no darle duro aquí en mi trabajo, antes hemos pensado que mi viejo se va ir al rancho, pus irme con él y ayudarle que a sembrar verdura, a sembrar algo útil para entonces ayudarlo, cosecharlo, venderlo y ya estar yo activa yo también (Entrevista 3).*

*Pus no fíjate, que no estoy bien así yo, bendito Dios estoy bien así yo, se lo principal lo básico y hasta ahorita allí la llevo (Entrevista 4).*

*Pues mi alimentación, quitarme del sedentarismo en el que estoy porque ejercicio no hago, pero sí yo me pongo hacer ejercicio me canso, me duelen los pies. Ya me da la flojera porque sí yo camino en la noche no puedo dormir porque me duelen mucho los pies. Sí yo hago algo brusco de repente me lastimo, me duele el lugar, donde, donde y a veces amanezco como sin ganas de hacer nada, con mucha flojera, no me dan ganas ni de levantarme ni de hacer nada. Entonces algo que me tuviera motivada para hacer las cosas, no sé sí sea medicamento u otro tipo de, alguna terapia psicológica algo (Entrevista 5).*

*Sí el de el deporte, el de hacer ejercicio, porque ahí en mi diabetes eso es en lo que yo he fallado, eso es lo que me hace falta, porque sí lo hago pero no como debería ser, allí en esa parte sí, porque sí ponemos 3 cosas medicamento, alimentación y ejercicio, en medicamento y alimentación sacaría el 100 pero en el ejercicio vendría sacando como un 70 allí es donde me hace falta a mi Pilla fortalecer ese, hacer más ejercicio porque en esa parte sí me daría un 70 (Entrevista 6).*

*Sí nada más de ir a caminar al jardín (Entrevista 7).*

## 8. CONCLUSIONES.

Figura 15. MATRIZ DE ENFERMEDAD



Fuente: Elaboración propia.

1. DISCURSO DE CULPABILIZACIÓN SOCIAL Y POR ESTILOS DE VIDA. Las mujeres reconocen la ingesta de productos procesados (pan, dulces, refresco, pasteles, etc) y se culpabilizan al atribuir su consumo a un “mal hábito” sin tomar en cuenta todo el entramado mercadológico al rededor de los productos procesados. El consumo de los alimentos con alto contenido calórico que ellas ingerían antes de ser diagnosticadas con diabetes, se ve prohibido por indicaciones del médico y además son enjuiciadas por llegar a consumir alguno de

estos alimentos. Aunado a esto tienen la indicación precisa de realizar ejercicio constantemente y de no hacerlo son regañadas o señaladas, generando culpa en ellas por no cumplir con las indicaciones dictadas. A partir de este discurso las mujeres resumen su cuidado a sólo la alimentación y el ejercicio.

## 2. LA DIABETES TIENE SU ORIGEN EN LA REPRESIÓN DE SENTIMIENTOS.

Las mujeres que viven con diabetes refirieron haber sido diagnosticadas después de presentar una situación de mucho estrés o un sentimiento muy intenso de coraje, esto significa que hay una represión de sentimientos que al final son atribuidos al origen de la diabetes. A esta situación se suma que al recibir el diagnóstico de diabetes, en ellas surgen sentimientos de tristeza, depresión y desamparo que fortalecen una construcción social que estigmatiza el padecimiento.

## 3. DISCURSO DE CULPABILIZACIÓN Y REPRESIÓN HACIA EL CUERPO DE LAS MUJERES.

Las mujeres tienen la creencia de que deben cumplir con la satisfacción de las necesidades sexuales de su pareja, pero la diabetes ocasiona alteraciones en su cuerpo y su vida sexual se ve afectada, esto origina en ellas la idea de que su cuerpo no funciona y a la vez culpa por no poder cumplir dichas necesidades.

## 4. LA MUJER DEBE SER LA CUIDADORA Y LA RESPONSABLE DE LA SALUD DE LA FAMILIA.

La mujer es la encargada de cuidar la alimentación y la salud de la familia, por lo tanto la familia no se involucra en este rol asignado exclusivamente a ella y de hecho en ocasiones la familia actúa como un “observador moral del diabético” donde juzga lo que come y el cuidado con respecto a su salud. Ella debe hacerse cargo del cuidado de los demás anteponiendo su salud o socialmente puede ser señalada como una mala mujer que no cumple con su deber.

## 5. EL CUERPO DE LAS MUJERES DESCALIFICADO POR NO PODER CUMPLIR CON LA FUNCIÓN DE ATENDER A LOS DEMÁS.

Socialmente algunas de las mujeres que viven con diabetes comienzan a ser limitadas en el

desempeño de sus funciones, descalificando sus cuerpos debido a que ahora viven con una enfermedad crónica y degenerativa que conlleva múltiples complicaciones que impiden atender a los demás y a ellas mismas.

6. CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE ACEERCAMIENTO A LA MUERTE AL PADECER DIABETES. Una vez que las mujeres son diagnosticadas con diabetes de inmediato se ven en un panorama desolador, que lo único que les ofrece es una vida de complicaciones que las limita y por ende las acerca más a la muerte. Ocasionando en ellas miedos y frustraciones que les impide vivir con bienestar, tranquilidad y felicidad.

7. LA SOLEDAD Y SU RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES Y EL CUIDO REFERENTE A SU CONDICIÓN. Las complicaciones propias de esta enfermedad crónica degenerativa ponen a pensar a las mujeres en la situación de no poder valerse por sí mismas y de depender de alguien más. Varias de ellas viven solas y les resulta preocupante porque visualizan su futuro con la diabetes en soledad y haciendo frente a las complicaciones de la enfermedad sin ningún apoyo.

8. LA DIABETES ES UN CASTIGO. Las mujeres al ser diagnosticadas con diabetes creen que merecen la enfermedad debido a sus excesos alimenticios y a la falta de realizar ejercicio. En el momento en que la diabetes es interpretada desde la idea del merecimiento, su relación con la enfermedad es a través del castigo y el sacrificio generando un sentido negativo alrededor de lo que conlleva vivir con diabetes.

Es relevante mencionar que en la teoría presentada a través de los programas de salud que ofrece el ISSSTE, se puede observar una estructura que oferta y resuelve todas las necesidades en salud de las personas que viven con diabetes. Sin embargo, en la realidad de la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro existe una notable deficiencia en el surtimiento de medicamentos, en la orientación y educación con respecto a complicaciones, en la nutrición, cuidados y atención de los médicos. Además de que el servicio médico es inadecuado y no existe un seguimiento continuo de las personas que viven con diabetes.

La atomización de los centros de salud en el caso particular de la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro, ha generado en los pacientes un gran descontento y desacuerdo en los servicios de salud que se les ofrece.

Considerando las conclusiones anteriores en los siguientes puntos hago mención de algunas propuestas que surgen de todas las necesidades observadas a partir de esta investigación (Tabla 6).

Tabla 6. Propuestas desde la mirada de la Promoción de la Salud.

**Personas que  
viven con  
diabetes**

1. Esta investigación da la pauta para en un futuro retomar temas en educación en salud para el control y cuidado físico de las personas que viven con diabetes, abordando la sintomatología inicial y persistente de la enfermedad. Manejo de complicaciones y afrontamiento de las mismas.
2. Fortalecer la difusión e integración de las personas que viven con diabetes a los Grupos de Ayuda Mutua con los que cuenta la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro.
3. Resinificar los discursos generados alrededor de la diabetes y todo lo que conlleva vivir con ella.
4. Inclusión de los familiares en el cambio de los estilos de vida de las personas que viven con diabetes. Entendimiento y acompañamiento por parte de los familiares de las mujeres que viven con diabetes.
5. Resinificar los discursos generados alrededor de la diabetes y todo lo que conlleva vivir con ella.

**Grupo de  
Ayuda Mutua**

1. Fortalecimiento de los Grupos de Ayuda Mutua de la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro, a través de talleres de integración, manejo de emociones, resignificación de la diabetes, creación de redes de acompañamiento y cuidado para las personas que viven con diabetes.
2. Fortalecer la difusión e integración de las personas que viven con diabetes a los Grupos de Ayuda Mutua con los que cuenta la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro.
3. Resinificar los discursos generados alrededor de la diabetes y todo lo que conlleva vivir con ella.

**Clínica Hospital  
ISSSTE  
Zitácuaro**

1. Sensibilización y capacitación del personal del área médica (médicos y enfermeras) para que proporcionen un servicio de calidez y calidad a las personas que viven con diabetes.
2. Profundizar en la problemática referente a la falta de medicamentos e insumos requeridos por las personas que viven con diabetes, para lograr un surtimiento eficiente y garantizado de los medicamentos.
3. Formación de promotores de la salud que lleven un monitoreo continuo de la integración, avances, logros e inquietudes de las personas que viven con diabetes.
4. Gestionar la formación de redes sociales que fortalezcan la atención y la calidad de la salud de las personas que viven con diabetes.

Fuente: Elaboración propia.

Por último me gustaría mencionar que esta investigación realizada a mujeres derechohabientes de la Clínica Hospital ISSSTE con un enfoque desde de la Promoción de la Salud, sirvió para reconocer las necesidades que persisten en ellas con respecto al aspecto emocional, atención médica e insumos médicos, información con la que cuentan, el trato que reciben por las personas que las rodean y como viven su condición desde género. Es la primera vez que en la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro se realiza una investigación con un enfoque desde género y desde la Promoción de la Salud, lo cual resulta novedoso y resalta que hay muchas posibilidades para seguir explorando este campo.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

Aguilar S. C., Almeda V. P., Cuevas R. D. & Tusié L. M. (2009). *Genética de la diabetes tipo 2*. (Ed.), *3ra Reunión Internacional Sobre Diabetes*. (pp. 224-227). Ciudad de México, México. Editorial: UNAM.

Alianzasalud, 2016. *A 3 años de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes, debe ser revisada para lograr sus objetivos*. Ciudad de México: alianza por la salud alimentaria. Recuperado en 7 de junio de 2018, de:

<http://alianzasalud.org.mx/2016/10/a-3-anos-de-la-estrategia-nacional-para-la-prevencion-y-el-control-del-sobrepeso-obesidad-y-diabetes-debe-ser-revisada-para-lograr-sus-objetivos/>

Almeda V. P., Alviride G. U., Andrade Z. V., Brito C. G., Díaz P. A., Gallegos M. J. (2010). *Viviendo con diabetes. Un manual práctico*. Ciudad de México, México. Editorial: Alfil, S. A. de C. V. (pp. 11-13).

Arriola, Larraitz; Escolar-Pujolar, Antonio; Espelt, Albert; Larrañaga, Isabel; Sandín, María. (2011). *Desigualdades de género y diabetes mellitus tipo 2: la importancia de la diferencia*. Elsevier España 27(3), 78-87. Recuperado en 16 de julio de 2018, de:

<http://www.elsevier.es/es-revista-avances-diabetologia-326-item-herramientas-rif>

Barrera S. (2014). Encargado del departamento de vigencia de derechos de la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro.

Benhumea G. L., González G. N. & Tinoco G. A. (2011). Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Espacios Públicos*, 14(32), 258-279. Recuperado en 30 de junio 2018, de:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67621319013>

Bourque S. C., Butler J., Conway J. k., Cucchiari S., Lamas Marta, Orther S. B., Rubin G., Scott J. & Whitehead, H. (2000). *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. Ciudad de México, México. 2 da., Editorial: UNAM. (pp: 327-364).

Benítez A. A., Cruz B. P., Kaufer H. A., Valdés R. R. & Vizcarra B. M. (2014). *Género y autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 en el Estado de México*. Revista Papeles de Población, 20(80), 119-144. Recuperado en 21 junio del 2018:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11231067005>

Burr C., Piñó A., Quiroz L. & Martín E. (2011). *La Guía para el paciente participativo: Atrévete a saber, atrévete a exigir*. Ciudad de México, México. Editorial: LID Editorial Mexicana (pp. 60-63).

Cardiel R. M. (2008). *Hombres y Mujeres ¿Qué tan diferentes somos? Manual de Sensibilización en Perspectiva de Género*. Jalisco, México. 3 ed., Editorial: Instituto Jalisciense de las Mujeres (pp. 7-18).

Castaño C. & Quecedo R. (2002). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de Psicodidáctica*. España. n.14, (pp. 5-39). Recuperado 3 de agosto del 2018:

[file:///C:/Users/Acer/Downloads/art%C3%ADculo\\_redalyc\\_17501402.pdf](file:///C:/Users/Acer/Downloads/art%C3%ADculo_redalyc_17501402.pdf).

Córdoba, J., 2008. *Programa de Acción Específico 2007-2012. Diabetes Mellitus..* Primera ed. Ciudad de México: Secretaría de Salud (pp. 22,23).

Dvorkin A. M., Cardinali D. P. & Iermoli R. H. (2010). *Best & Taylor: Bases Fisiológicas de la práctica médica*. Buenos Aires, Argentina. 14 ed., Editorial: Medica Panamericana (pp. 773-779).

ENSANUT. (2012). Instituto Nacional de Salud Pública. *Resultados por entidad federativa. Michoacán*. Cuernavaca, Morelos. (pp: 60,61).

ENSANUT MC. (2016). Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos. (pp: 46,47).

Ferrara F. (1975). Definiciones de Salud-1. Recuperado 23 Julio 2018:  
[https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas\\_defsalu.pdf](https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_defsalu.pdf).

Franco Laércio Joel, Peres Denise Siqueira, Santos Manoel Antônio dos y Zaneti Maria Lúcia. *Representaciones sociales de las mujeres diabéticas de clases populares en lo referente al proceso salud y enfermedad*. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2008, vol.16, n.3, pp.389-395. Recuperado en 15 de mayo de 2018, en:  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000300009>.

Frayre T. B., García de Alba G. M., López C. B. & Salcedo R. A. (2008). *Género y control de diabetes mellitus 2 en pacientes del primer nivel de atención*. Revista Instituto Mexicano del Seguro Social, 46(1). 73-81. Recuperado en 24 de mayo del 2018, de:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2008/im0811.pdf>

Frenk, J., 2001. *Programa de Acción: Diabetes Mellitus*. Primera ed. Ciudad de México: Secretaría de Salud. (pp: 35-37).

Hurd R. (2017). *Diabetes y enfermedad renal*. Medlineplus. Recuperado 22 de enero 2018, de:  
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000494.htm>

INEGI. (2016). *Dinámica. Michoacán de Ocampo*. Recuperado en 09 de febrero de 2018, de:  
<http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/mich/poblacion/dinamica.aspx?tema=me&e=16>

ISSSTE (2016). *El MIDE se amplía a los consultorios de medicina familiar en 11 delegaciones estatales*. Recuperado en 17 de febrero de 2018, de:

<https://www.gob.mx/issste/prensa/el-mide-se-amplia-a-los-consultorios-de-medicina-familiar-en-11-delegaciones-estatales>

Juan, M., 2013. *Estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes*. Primera ed. Ciudad de México: IPESA (pp. 55,57).

Laguna J., Martínez M. F., Piña G. E., Pardo V. J., & Riveros R. H. (2013). *Bioquímica de Laguna*. Ciudad de México, México. 7 ed., Editorial: El manual moderno, S. A. de C. V. (pp. 643-657).

Lamas M. (1996). *La perspectiva de género. La Tarea, Revista de Educación y Cultura de la Sección 47 del SNTE*. 1(8), 216-229. Recuperado en 26 de febrero 2018, de:

[https://www.ses.unam.mx/curso2007/pdf/genero\\_perspectiva.pdf](https://www.ses.unam.mx/curso2007/pdf/genero_perspectiva.pdf)

Lamas, Marta (2000). *Diferencias de sexo, género y diferencia sexual Cuicuilco*, vol. 7, núm. 18, enero-abril, (1-25). Escuela Nacional de Antropología e Historia Distrito Federal, México. Recuperado en 03 de abril 2018, de:

<http://www.redalyc.org/pdf/351/35101807.pdf>

Ledón Llanes, Loraine. (2012). *Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad*. Revista Cubana de Endocrinología, 23(1), 76-97. Recuperado en 08 de febrero de 2018, de:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S156129532012000100007&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156129532012000100007&lng=es&tlng=es).

Lerman G. I. (1999). *Aprenda a vivir con diabetes. Guía práctica para el manejo de la diabetes*. Ciudad de México, México. Editorial: Multicolor S. A. de C. V. (pp: 16-20, 96, 97).

López R. C. & Ávalos G. M. (2013). *Diabetes mellitus hacia una perspectiva social*. Revista Cubana de Salud Pública, 39(2), 331-345. Recuperado en 08 de febrero de 2018, de:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086434662013000200013&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662013000200013&lng=es&tlng=es).

Lyra R., Rosas J., Cavalcanti N. (2014). *Diabetes Mellitus: visión latinoamericana*. Sao Paulo, Brasil. 2 ed., Editorial: A. Araújo Silva Farmaceutica. (pp: 70, 445-449, 562, 563, 569).

Monje A. C. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica*. Colombia. Editorial: Universidad Surcolombiana. (pp: 109-129, 149,150).

Organización Mundial de la Salud (2018). *Temas de salud: diabetes*. Recuperado en 17 de enero 2018, de:

[http://www.who.int/topics/diabetes\\_mellitus/es/](http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/)

Palma Campos, Claudia. (2001). *Mujeres con diabetes mellitus e hipertensión, la vivencia de su salud, y el autocuidado a partir de la construcción de la identidad femenina*. Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social, 9(2), 95-107. Recuperado en 10 de febrero 2018 de:

[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S140912592001000200009&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140912592001000200009&lng=en&tlng=es)

Pardo H. C. (2006). *El arte de vivir con diabetes*. Ciudad de México, México. 2 ed., Editorial: Trillas (pp. 58,59).

Pelechano V. (2012). *Intervención psicológica en enfermos crónicos: sentido común y sabiduría popular*. Revista análisis y modificación de conducta, 38(157-158),1-26. Recuperado 16 de junio 2018 de:

<https://core.ac.uk/download/pdf/60653053.pdf>

Péres, Denise Siqueira, Franco, Laércio Joel, Santos, Manoel Antônio dos, & Zanetti, Maria Lúcia. (2008). *Representaciones sociales de las mujeres diabéticas de clases populares en lo referente al proceso salud y enfermedad*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 16(3), 389-395. Recuperado en 5 de marzo 2018 de:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692008000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692008000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=es)

Pérez Rodríguez, Arnoldo, & Berenguer Gouarnaluses, Maritza. (2015). *Algunos determinantes sociales y su asociación con la diabetes mellitus de tipo 2. MEDISAN, 19(10)*, 1268-1271. Recuperado en 08 de febrero de 2018, de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102930192015001000012&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192015001000012&lng=es&tlng=es).

PROPESA (Programa Sectorial de Salud 2013-2018). (2014). *Programa de Acción Específico. Prevención y control de la diabetes mellitus 2013-2018*. Ciudad de México, México. Editorial: Secretaría de Salud. (pp.17-43).

PROY-NOM-015-SSA2-2018. (2018). *PROYECTO de Norma Oficial Mexicana, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus*. Ciudad de México, México. Diario Oficial de la Federación. (pp.16-23).

Quintino P. F. (2015). *Unidad II. El sistema de salud en México*. Curso impartido en séptimo semestre. UACM.

Reyes L. A., Salguero V. A. & Tena G. O. (2015). *Diagnóstico de diabetes mellitus tipo II: significado y diferencias de género en hombres y mujeres*. Revista semestral Alternativas en psicología, 18(32), 125-144. Recuperado en 10 de junio del 2018, de: <http://alternativas.me/20-numero-32-febrero-julio-2015/82-diagnostico-de-diabetes-mellitus-tipo-ii-significado-y-diferencias-de-genero-en-hombres-y-mujeres>

Sánchez D. L. (2011). *MIDE. Introducción al Manejo Integral de Diabéticos por Etapas*. ISSSTE. Ciudad de México, México. (pp:1-12).

Sánchez D. L. (2012). *MIDE. Introducción al Manejo Integral de Diabéticos por Etapas*. ISSSTE. Ciudad de México, México. (pp: 7-11).

Scott J. (1990). *El género: una categoría útil para el análisis histórico*". En Nash y Amelang (eds.) *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*. Valencia: Alfonso el Magnanim. (pp: 23-54).

Tena, C., 2008. *Guía Técnica para la Integración de Grupos de Ayuda Mutua*. Ciudad de México, ISSSTE (pp: 11,17,21).

Vega F. O. (2018). Encargada de la farmacia de la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro.