



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA  
DOCTORADO PATOLOGÍA EXISTENCIAL  
E INTERVENCIÓN EN CRISIS**

**PERSPECTIVA INTEGRAL DEL EQUILIBRIO METABÓLICO EN  
MUJERES DIABÉTICAS EN EDAD REPRODUCTIVA:  
LA DIABETES DESDE DENTRO**

**Autora:** Nancy Oñate de Gómez

**Director:** Dr. José Luis González de Rivera y  
Revuelta

**Madrid, Mayo 2010**



**Facultad de Medicina  
Departamento de Psiquiatría**

**JOSÉ LUÍS GONZÁLEZ DE RIVERA y REVUELTA**, Profesor del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid.

**CERTIFICA:**

Dña. Nancy Oñate de Gómez, ha realizado bajo mi dirección la Tesis Doctoral: **PERSPECTIVA INTEGRAL DEL EQUILIBRIO METABÓLICO EN MUJERES DIABÉTICAS EN EDAD REPRODUCTIVA: LA DIABETES DESDE DENTRO**, considerando que reúne los méritos suficientes de calidad y originalidad para optar al grado de Doctora en Medicina.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, expido el presente Certificado en Madrid, abril de 2010.

***Prof. Doctor José Luís González de Rivera y Revuelta***

## **DEDICATORIA**

**A mi esposo y a mis hijos quienes pacientemente me han acompañado en mi vida académica**

**A mis padres ausentes, quienes continúan siendo estímulo incesante en mis propósitos**

## **AGRADECIMIENTOS**

**A Dios Ser Supremo, Creador y razon de ser de nuestra existencia**

**A las sujetos pacientes - seres existentes - razon de nuestro trabajo**

**Al Director de Tesis por su estímulo y apoyo en la producción del conocimiento**

**A los profesores de este doctorado por transmitirnos sus saberes**

**Al Doctor Jesus Leal por mostrarme lo complejo e inacabado de la ciencia**

**Al Doctor Jose Maria Poveda alma de este doctorado**

**Al Doctor José Soria por haber sembrado en nosotros lo trascendental de la fenomenología**

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
Índice.....	v
Índice de Tablas.....	vii
Índice de Gráficos.....	viii
Índice de figuras.....	ix
Resumen.....	x
Abstract.....	xi
Introducción.....	1
 <b>CAPÍTULO I. CONTEXTUALIZACIÓN TEMÁTICA: LA MUJER DIABÉTICA COMO OBJETO DE ESTUDIO O COMO SUJETO DE ENFERMEDAD.....</b>	 <b>9</b>
1.1. Nuevos aspectos en la valoración de la mujer diabética.....	9
1.2. Dimensión integradora.....	15
1.3. Justificación.....	16
1.4. Propósitos de la investigación:	19
1.4.1. Propósito General.....	19
1.4.2. Propósitos Específicos.....	19
1.5. Delimitación del estudio.....	20
 <b>CAPÍTULO II. MARCO TEORICO REFERENCIAL.....</b>	 <b>22</b>
2.1. Una concepción heredada.....	22
2.2. Paradigma biomédico.....	24
2.3. Dimensión epistemológica:	42
2.3.1. La Complejidad.....	46
2.3.2. Fenomenología.....	56
2.4. Dimensión filosófica:	60
2.4.1. El ser.....	60
2.4.2. La existencia.....	62
2.4.3. Lo existencial.....	66
2.4.4. El existencialismo.....	69
2.4.5. La conciencia.....	72
2.5. Dimensión axiológica:	74
2.5.1. La condición humana.....	76
2.5.2. La dignidad humana.....	77
2.6. Dimensión psicológica.....	78
2.6.1. Las emociones.....	78
2.6.2. Crisis emocionales.....	79
2.7. La salud, la enfermedad, el enfermo: visiones paradigmáticas.....	84
2.8. La diabetes mellitus: ante una nueva perspectiva: .....	90
2.8.1. Estilos de Vida.....	99
2.8.2. La actividad física.....	101
2.8.3. El estrés.....	102

2.8.3.1. Índice de reactividad al estrés.....	110
2.8.4. La hiperglicemia.....	114
<b>CAPÍTULO III. ORIENTACIÓN METODOLÓGICA.....</b>	<b>129</b>
3.1. Postura Epistémica.....	129
3.2. <b>PRIMER MOMENTO METODOLÓGICO:</b> El pensamiento concreto, lo empírico analítico.....	132
3.3. Índice de reactividad al estrés.....	140
3.4. Calculo del IRE.....	142
3.5. Interpretación del IRE.....	142
3.6. De lo empírico analítico a la fenomenológico.....	143
3.7. <b>SEGUNDO MOMENTO METODOLÓGICO:</b> Lo fenomenológico hermenéutico.....	148
3.5. De la entrevista, los informantes y criterios de selección.....	150
<b>CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....</b>	<b>161</b>
4.1. Momento Empírico Analítico.....	161
4.2. Índice de reactividad al estrés.....	171
4.3. Hallazgos del momento empírico analítico.....	172
4.4. Momento Fenomenológico Hermenéutico.....	174
4.5. Hallazgos del momento Fenomenológico Hermenéutico.....	180
4.6. Triangulación y hallazgos de la investigación.....	181
<b>CAPÍTULO V. CONSTRUCCIÓN DE LA TEORÍA.....</b>	<b>209</b>
5.1. Deconstruyendo y construyendo una nueva visión: Teoría preliminar.....	209
5.2. Construyendo la teoría.....	214
Bibliografía.....	234
Anexos.....	

## ÍNDICE DE TABLAS

N° Tabla	TITULO	Pág.
1	Características estudiadas en mujeres edad reproductiva con DM2 .....	163
2	Significación e Interpretación del fenómeno por categoría para los sujetos de estudio.....	177
3	Significación e Interpretación del Fenómeno por Categoría, para los agentes externos.....	179

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
<b>GRÁFICO 1.</b> Distribución del grupo en estudio según estilos de vida .....	<b>164</b>
<b>GRÁFICO 2.</b> Distribución de mujeres en edad reproductiva con DM2 según el “índice de masa corporal” .....	<b>166</b>
<b>GRÁFICO 3.</b> Distribución de las mujeres en edad reproductiva con DM2 según la circunferencia abdominal.....	<b>167</b>
<b>GRÁFICO 4.</b> Distribución de las mujeres en edad reproductiva con DM2 según la Presión Arterial.....	<b>168</b>
<b>GRÁFICO 5.</b> Distribución de las mujeres en edad reproductiva con DM2 según los valores de Glicemia.....	<b>169</b>
<b>GRÁFICO 6.</b> Distribución del grupo en estudio, según las fracciones Lípidica.....	<b>170</b>



## ÍNDICE DE FIGURAS

N° Tabla	TITULO	Pág.
1	Relación de Unidad psicosomática humana con su medio ambiente .....	107

**Universidad de Carabobo  
Dirección de Postgrado  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Convenio Doctorado UAM - UC**

**RESUMEN**

**Perspectiva Integral del Equilibrio Metabólico en Mujeres Diabéticas  
en Edad Reproductiva: La Diabetes desde Dentro**

**Autora:** Nancy Oñate de Gómez

**Tutor:** Dr. José Luis González de Rivera y Revuelta

**Asesor Metodológico:** Dr. Jesús Leal Gutiérrez

Año 2010

La presente investigación tiene como propósito estudiar los aspectos cualitativos, psicosociales, culturales y espirituales del equilibrio metabólico de la mujer diabética tipo2 en edad reproductiva, desde una perspectiva integral: la diabetes desde dentro. La matriz epistémica que la orienta es la complejidad; el referencial teórico revisado fue: la complejidad, la fenomenología existencial, el paradigma biomédico, la diabetes mellitus y el control metabólico. Se realizó en dos momentos; partiendo de un primer momento empírico analítico, se estudió una realidad cuantificable, tangible - el equilibrio metabólico - mediante una evaluación clínica: estilos de vida, medidas antropométrica, presión arterial y una evaluación bioquímica: glicemia en ayunas y postprandial, hemoglobina A1c y lípidos en los sujetos de estudio. También se determinó el índice de reactividad al estrés (IRE). En un segundo momento, fenomenológico hermenéutico se estudió, mediante entrevistas a profundidad, otra realidad no cuantificable, no tangible- el paciente como persona - sus vivencias, sus significaciones. De esta investigación, emergió la siguiente teoría: "En el proceso de restitución del equilibrio metabólico de la mujer diabética en edad reproductiva, hay que conocer su estructura dialogal, sus creencias y motivaciones, su cultura, ir más allá de lo biológico abarcando lo psicológico para tener una visión más compleja, más amplia de la enfermedad y poder así tratarla desde una perspectiva integral, lo que implica no sólo tratarla desde fuera sino también desde dentro"

**PALABRAS CLAVES:** Diabetes, Edad Reproductiva, Equilibrio Metabólico, Índice de Reactividad al Estrés, Complejidad, Fenomenología, Estudio de Género.

**Universidad de Carabobo  
Dirección de Postgrado  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Convenio Doctorado UAM - UC**

**ABSTRACT**

**A Holistic Perspective of Metabolic Balance in Diabetic Women of  
Reproductive Age: Diabetes from Within**

**Authora:** Nancy Oñate de Gómez

**Tutor:** Dr. José Luis González de Rivera y Revuelta

**Methodologic Asesor:** Dr. Jesús Leal Gutiérrez

**Year:** 2010

The aim of this research was to study the qualitative, psychosocial, cultural and spiritual aspects of metabolic balance of type-2 diabetic women of reproductive age, from a holistic perspective: diabetes from within. Complexity is the epistemic matrix that orients it. The theoretical framework revised includes: complexity, existential phenomenology, the biomedical paradigm, diabetes mellitus, and metabolic control. The study was conducted in two stages: In the first or empirical and analytical stage we studied the measurable, tangible reality —metabolic balance— by a clinical evaluation: lifestyles, anthropometric measures, blood pressure and biochemical assessment: fasting and postprandial glucose, hemoglobin A1c and lipids, as well as the rate of stress reactivity (IRE). In a second or hermeneutic phenomenological stage, another non-quantifiable intangible reality was studied from in-depth interviews: the patient as a person, their experiences and meanings. From this research, the following theory emerged: "In the process of restoring the metabolic balance of diabetic women of reproductive age, we must know their dialogic structure, beliefs and motivations, and their culture; we must go beyond the biological sphere to encompass psychological aspects in order to have a more complex, more comprehensive picture, and thus treat the disease from a comprehensive perspective, which involves treating it not only from the outside but from within".

**KEY WORDS:** Diabetes, reproductive age, metabolic balance, Stress Reactivity Index, Complexity, phenomenology, gender studies.

## INTRODUCCIÓN

“Si fuéramos objetos seríamos objetivos, como somos sujetos somos subjetivos”.

***José Bergamin***

El tema de estudio surge de una profunda preocupación por lograr el equilibrio metabólico en los pacientes que presentan Diabetes Mellitus (DM). Las personas entrenadas en el manejo de esta patología observan con frecuencia, que la gran mayoría de los pacientes no siguen de una manera constante y regular, las instrucciones o recomendaciones terapéuticas indicadas por el médico y el equipo de salud.

Existe una gran dificultad para que ellos incorporen a su vida cotidiana las indicaciones médicas, especialmente las relacionadas al estilo de vida que deben adoptar, que le permitirían a corto, mediano y largo plazo alcanzar y mantener un adecuado control metabólico. Esto es lo que va a garantizar la prevención y retardo de las lesiones vasculares microangiopáticas y macroangiopáticas, que originarán las complicaciones crónicas, responsables de la morbilidad y mortalidad en estos pacientes, quienes ven disminuir progresivamente su calidad de vida o mueren por una cardiopatía isquémica. (Diabetes Control and Complications Trial Research Group, 1993)

Estudios multicéntricos bien conducidos evidencian que si se obtienen y se mantienen ciertas metas de control que han sido propuestas y revisadas anualmente por la Asociación Americana de Diabetes (ADA, 2010) y la Federación Internacional de Diabetes (IDF, 2010), habrá una mayor probabilidad de que los pacientes reduzcan las complicaciones, en especial los factores de riesgo cardiovascular y la incidencia de muerte por esta causa. El paciente diabético tiene el doble del riesgo de la población normal de presentar infarto del miocardio, siendo este riesgo alto en la mujer diabética, quien desde joven, ya puede presentar factores de riesgo cardiovascular. (UKPDS, 1998).

La mujer diabética en edad reproductiva, representa un grupo especial de riesgo no solamente desde el punto de vista biológico, por el elevado riesgo que en ellas se describe, sino desde el punto de vista psicológico y social, si se toma en consideración su condición humana. A este grupo etario de la mujer diabética, especialmente vulnerable, fue a quien estuvo dirigida la presente investigación.

La mujer en edad reproductiva está en la plenitud de su vida, de mayor productividad, con todas sus ilusiones, esperanzas, posiblemente con responsabilidades de una familia, de ser madre, de un trabajo, de un proyecto de vida, con una gran carga emocional que debe aprender a manejar, con mayor razón al sufrir el impacto de la enfermedad

## **ESCENARIO DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente estudio se realizó en la Unidad de Diabetes y Embarazo, la cual fue creada en 1987 para atender a las mujeres diabéticas embarazadas con diabetes gestacional (DG) o con Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) o tipo 2 (DM2) previa, conocida como diabetes pregestacional.

Está integrada por un equipo multidisciplinario formado por médicos endocrinólogos, diabetólogos, internistas y obstetras, enfermeras, nutricionistas, educadores- entre otros-, con especialidad en el área, quienes en conjunto atienden a la mujer durante el embarazo y el parto, decidiendo una conducta acertada para preservar la vida de la madre y del niño; luego de la resolución del embarazo se le hace un seguimiento a la madre con DG previa para ver si se convierte en diabética tipo 1 o tipo 2, si permanece con intolerancia a la glucosa o vuelve temporalmente a la normalidad, evolución natural de la enfermedad.

Desde del año 2002 también se atienden a las mujeres que se tornan diabéticas después del embarazo además de otras pacientes externas que son referidas a la Unidad por ser mujeres diabéticas tipo 2 en edad reproductiva.

Llama poderosamente la atención en estas pacientes jóvenes, que no todas alcanzan un control metabólico adecuado, tal como se refleja en la evaluación de los datos clínicos y bioquímicos que se realizan rutinariamente en ellas y que se utilizan como parámetros de control o metas de logro, en las consultas periódicas a las que ellas asisten.

Otra observación importante en las pacientes diabéticas y las aún no diabéticas, a quienes se les hace seguimiento, es que la mayoría tienen estilos de vida poco saludables, así como alteraciones en el peso. Los hábitos alimenticios no son adecuados por lo que en un futuro próximo se transformarán en diabéticas las que aún no lo son, con todos los riesgos que ello implica. Por otro lado, los daños vasculares y tisulares podrían aparecer más temprano o se acelerarán, afectaciones que conducirán a la retinopatía, la nefropatía y la neuropatía diabética, complicaciones crónicas de la enfermedad. Esto ocurre a pesar de la educación que ellas reciben mediante un programa educativo continuo que le brinda la Unidad, administrado por un equipo de salud, especialmente entrenado para ello.

La presente investigación parte de un estudio empírico analítico para determinar el grado de control metabólico del grupo y el riesgo que ellas tienen de presentar las complicaciones crónicas mencionadas, haciendo énfasis en los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), pues

es la enfermedad cardiovascular su principal causa de muerte. (Khaw, 2004)

En la búsqueda de la metodología para lograr el propósito de la investigación se generaron nuevas ideas y se organizaron, para tratar de entender la verdadera razón de la falta de control. Al revisar la bibliografía, se aprecia que los estudios en este aspecto son siempre numéricos, basados en datos fríos ajenos o lejanos al paciente. La mayoría coinciden en la ausencia de control, pese a los esfuerzos del equipo de salud, pero luce como si la razón fuese externa al paciente; aunque se insiste en el autocontrol de la enfermedad, pareciera que la recuperación del equilibrio continúa siendo responsabilidad absoluta del médico, quien conoce la enfermedad, pero no conoce bien al enfermo. Él no conoce lo suficiente sobre su vida, su realidad interna, el por qué no asume su enfermedad, el por qué no asume su control. Esto me permitió ir consolidando el pensamiento, abrir mi mente hacia otro abordaje del problema, menos cuantitativo, menos frío, más humano y cercano a la realidad de la paciente, al considerarla persona.

Este evolucionar en el pensar, me condujo a la apertura del pensamiento a otro paradigma, al paradigma cualitativo con la visión de entender la realidad interior de las pacientes, conocer su estructura interna para establecer una verdadera relación dialógica e iniciar en



ellas el proceso de darse cuenta. Considero que esto podría moldear su actitud hacia una conducta positiva en cuanto a la aceptación y una mayor participación en la conducción de su enfermedad, en los cambios de sus estilos de vida, en la adherencia a su tratamiento, en su autocontrol, en la toma de conciencia de todas las medidas necesarias que les permitirían el logro del equilibrio metabólico, objetivo final del estudio.

Esto además le conferiría relevancia al estudio, porque al obtenerse el control metabólico se reduciría en ellas la morbilidad ocasionada por la enfermedad. El hecho de conocer la parte oculta del problema, la parte no positivista, la parte humana de estas mujeres en edad reproductiva - hasta el momento no estudiada - le imprime originalidad al mismo.

Se trata de una investigación compleja, que comprende dos momentos, uno cuantitativo o empírico analítico y otro cualitativo, fenomenológico-hermenéutico; está enmarcada en la línea de investigación Diabetes y Complicaciones Crónicas que se desarrolla en la Unidad.

La presente investigación fue organizada en seis capítulos, de la siguiente manera:

En el *Capítulo Primero* se refiere el *Problema de Investigación*; se identifica el problema y se describen de manera detallada las razones por las cuales se plantea la presente investigación. Se formula el problema con claridad y precisión. Incluye además los propósitos, la justificación y delimitación del estudio.

El *Capítulo Segundo*, presenta el *Marco Teórico Referencial* o las bases que sustentan el tema investigado. Se hace referencia a las teorías, conceptos, modelos y enfoques relacionados con la investigación. Se incluyen los antecedentes o estudios previos relacionados con el tema investigado, se destaca su importancia y el aporte que ella representa en el enriquecimiento de los conocimientos existentes, haciendo énfasis en lo novedoso u original del tema estudiado, tomando en cuenta los aspectos éticos y legales.

El *Capítulo Tercero* explica la *Orientación Metodológica*, el diseño y tipo de investigación. En la orientación metodológica se describen los momentos y procedimientos metodológicos, así como los estadísticos empleados. También se hace referencia a la población, muestra seleccionada y los criterios de su selección.

El *Capítulo Cuarto*, se presentan los *Resultados obtenidos* en los dos momentos metodológicos. Los resultados del primer momento

empírico- analítico se presentan en tablas y gráficos. En el segundo momento, fenomenológico- hermenéutico, los resultados de las entrevistas realizadas a los sujetos de estudio y a los agentes externos, se presentan en tablas, luego de su análisis y de ser sometidos a un riguroso filtro epistémico, hasta conseguir la esencia del fenómeno. Posteriormente estos resultados se discuten, comparan y contrastan con otros y se da una explicación a los propios. Se presenta la significación de las categorías encontradas y los hallazgos derivados de los resultados expuestos, haciéndose una triangulación de los mismos.

El *Capítulo Quinto*, se dedica a la *Construcción de la Teoría* sobre los elementos empírico- analíticos y fenomenológico-hermenéuticos surgidos en la investigación, así como su influencia o no, sobre el control metabólico de las pacientes diabéticas Tipo 2 en edad reproductiva.

## **CAPÍTULO I**

### **CONTEXTUALIZACIÓN TEMÁTICA: LA MUJER DIABÉTICA COMO OBJETO DE ESTUDIO O COMO SUJETO DE ENFERMEDAD**

“Lo que está delante de nosotros  
y lo que está detrás, es poco  
importante, comparado con lo que  
reside en nuestro interior”

***Oliver Wendell Holmes***

### **NUEVOS ASPECTOS EN LA VALORACIÓN DE LA MUJER DIABÉTICA.**

El pensamiento que guió a los científicos en el transcurrir del siglo XX y lo que ha transcurrido del siglo XXI ha sido el pensamiento positivista, el cual abrió paso al avance de la ciencia y sus magníficos logros, principalmente tecnológicos.

El progreso de la ciencia bajo esta visión está basado en lo objetivo, lo verificable, lo medible. No obstante los físicos del siglo pasado cuestionaron esta mensurabilidad; ellos señalaron que la mensurabilidad de los fenómenos tiene límite, especialmente cuando se trata de la naturaleza y más aún cuando se refiere al ser humano (Jasper, 1988).

Una de las áreas que se ha beneficiado de este cientificismo es el área de la salud, entre ellas la medicina, la cual ha asimilado los conocimientos de todas las ciencias madres incluyendo la física, química y hasta las matemáticas para el avance en la etiología, patogenia, métodos diagnósticos y terapéuticos de las enfermedades.

Gracias a la ciencia tradicional hoy se pueden visualizar microorganismos de dimensiones muy pequeñas , medir sustancias presentes en los líquidos corporales en concentraciones ínfimas, observar el interior del más mínimo recodo del cuerpo, visualizar los órganos, manipularlos, obtener imágenes normales o patológicas sin o con la inyección de contrastes cuando éstas pueden ser percibidas.

Igualmente, por la ciencia tradicional se ha podido describir e interpretar funciones, mecanismos de defensa o agresión del cuerpo, y hasta conseguir reproducir fuera del organismo eventos relacionados con lo más sagrado que puede existir en el universo como la génesis y origen de la propia vida, generándola en un laboratorio o devolviéndola en una sala de emergencia y cuidados intensivos.

Se puede concluir que la lógica formal le ha conferido un inmenso poder al hombre, poder que éste no se habría imaginado jamás. Es innegable su aporte en el control de las enfermedades agudas, como las

infecciosas que diezmaban gran parte de la población a comienzos del siglo pasado y finales del anterior a éste. Mediante la vacunación se ha podido prevenir la gran mayoría de ellas y tratarlas mediante la utilización de antibióticos.

Como consecuencia ha ocurrido un aumento en la expectativa de vida de la población, siendo en la actualidad afectada principalmente por enfermedades crónicas, entre ellas la Diabetes Mellitus Tipo (DM2).

La DM comprende un grupo de enfermedades metabólicas caracterizada por un aumento de la glucosa sanguínea o hiperglicemia, producto de un defecto en la secreción y/ o en la acción de la insulina o a ambas. Simultáneamente a este trastorno en metabolismo glucídico, existen además trastornos en el metabolismo lipídico y proteico, lo cual origina una ruptura del equilibrio interno u homeóstasis (Oñate de G N, 1999).

Esta disfunción metabólica que tienen lugar en la diabetes, se puede evidenciar tanto clínica como bioquímicamente; estos factores bioquímicos se pueden medir, por lo que son consideradas factores tangibles. Sus valores deben mantenerse dentro de ciertos límites, considerados rangos normales de acuerdo a los criterios establecidos por la Asociación Americana de Diabetes y la Federación Internacional de

Diabetes, en cuyo caso se dice que existe equilibrio metabólico y son las metas ideales de control ( ADA e IDF, 2010 ).

Obtener y mantener estas metas implica cambios en el estilo de vida de las pacientes, quienes deberán adquirir hábitos alimenticios adecuados, realizar actividad física periódica y controlar el estrés.

Se ha observado en la población general, tanto en los países desarrollados como los que están en vía de desarrollo, modos de vida no saludables. Los hábitos nutricionales inadecuados, la inactividad física y el estrés han sido corresponsables en la aparición de la Diabetes Mellitus tipo 2 y su creciente incidencia. De allí que una modificación en los estilos de vida señalados, es necesaria para prevenir la diabetes o para lograr un control metabólico adecuado en las personas que ya la presentan.

La experiencia clínica de los profesionales a cargo del cuidado del diabético, deja ver claramente la gran dificultad que existe para obtener en ellas cambios en los estilos de vida (GRANT, 2005).

Son pocas las pacientes que se adhieren y cumplen las indicaciones hechas por el equipo de salud para alcanzar las metas propuestas, que indican si existe o no equilibrio metabólico. Hay por lo tanto una brecha que aún no se ha salvado entre el equipo de salud y

la población diabética y que, a mi juicio, está relacionada con el abordaje que actualmente se hace de la enfermedad, pues es en ella donde se focaliza la atención y no en el enfermo.

Surgen así las siguientes interrogantes:

¿Se está tomando en cuenta al paciente como persona, como ser humano integral, como un ser bio-psico- social y espiritual que, en un momento de su existir, se encuentra en una situación que le exige un cambio en su modo de vivir?

¿Cuáles son las barreras que obstaculizan su cambio de actitud e impiden su adherencia al tratamiento indicado, incluyendo los cambios en su estilo de vida?

¿Se conoce el impacto emocional que produce esta enfermedad en el individuo, en su familia y en su entorno social?

¿Se le brindan a estas pacientes un soporte psicosocial, para que ellas tengan una nueva visión de su control y les facilite la aceptación de los cambios en sus estilos de vida, al comprender que el autocuidado es determinante para su bienestar y calidad de vida?



¿Cuál es la significación que tienen los sujetos de estudio respecto a su nueva condición de salud, que les plantea un cambio en su sus estilos de vida, en su modo de vivir?

¿Cuáles son los sentimientos que emergen, cómo se modifica su estructura dialogal para afrontar esta nueva condición de vida?

Estos cuestionamientos permiten pensar que la corriente epistémica newtoniana de la ciencia, ha sido incompleta para estudiar al hombre. Es por ello que tampoco ha sido suficiente para estudiar al paciente diabético, considerándolo más como objeto que como sujeto de enfermedad.

Ya, algunos autores como Marturana, habían señalado que el hombre no es una máquina homeostática, que debe mantener algunas variables de su medio interno dentro de un rango limitado de valores; este autor enfatiza que el hombre está más allá del encadenamiento de deducciones, (Marturana, 2004).

Las respuestas a estas interrogantes hechas, inherentes a la condición humana, permitirán exponer aspectos fundamentales en el estudio de la mujer diabética que, hasta el momento, han permanecido ignorados. Estos aspectos nuevos que han de tenerse presente en la valoración de la mujer diabética, permitirán tener una visión diferente,

una visión multidimensional y por lo tanto más amplia del problema, al ser consideradas como sujetos pacientes.

## **DIMENSIÓN INTEGRADORA**

“La ciencia no solo es racionalidad, es una expresión integral de la vida humana”

***Leal, 2009***

Lo anteriormente expuesto, me hizo pensar que la investigación debería ir más allá de lo puramente biológico, que además de esta dimensión objetiva se deberían explorar otras dimensiones, como la subjetiva, relacionada con el ser, para estudiar a la mujer diabética desde una dimensión integradora.

El positivismo, es cierto, ha permitido el avance de lo verificable, de lo medible, de lo que nuestros sentidos han podido percibir de esa realidad externa, asumiendo que ésta es acabada, que va a ser eterna, que no va a cambiar, ni se va a modificar.

Pero en la medida que la tecnología se ha ido desarrollando y creciendo, la realidad interna que no es verificable, ni medible y que nuestros sentidos tienen dificultad en percibir, no se ha abordado completamente,

ni se ha estudiado y mucho menos comprendido e interpretado. Esa realidad interna no ha sido objeto de estudio.

Este aspecto interno no tangible, ha sido descuidado por la ciencia positivista y es lo que me ha motivado a hacer un abordaje diferente del paciente diabético. Conocer internamente sus inquietudes, sus sentimientos podría facilitar el proceso de orientación y educación en estas pacientes y les permitiría adoptar estilos de vida saludables para lograr el equilibrio metabólico tan difícil de alcanzar en ellas, esto constituye uno de los objetivos en este estudio.

Comprender e interpretar el mundo interior de las pacientes diabéticas, su mundo de la vida, el “Lebens Welt” de Husserl, la estructura psíquica vivencial en estas mujeres jóvenes con diabetes mellitus- a través del método fenomenológico hermenéutico - y si este mundo influye o no en el logro del equilibrio metabólico, es el propósito central de la presente investigación (Alvarez, 2003).

## **JUSTIFICACIÓN**

El marcado incremento de la población diabética a nivel mundial, las proyecciones que en este sentido ha dado a conocer la ADA, la IDF y otras organizaciones de salud, quienes afirman que existirán más de 300

millones de diabéticos para el año 2025.( Ref) La elevada morbilidad en este grupo de pacientes y las dificultades encontradas en el cuidado de las mismas son –entre otros aspectos-, los que invitan a la reflexión acerca de lo que se debe hacer desde una nueva perspectiva para lograr un mayor bienestar y calidad de vida en estas personas.

Lograr un control metabólico adecuado es un desafío, pues existe una resistencia marcada para alcanzar estas metas y es por ello que la diabetes continúa siendo un problema de salud pública. Tanto su morbilidad como mortalidad merece una atención especial principalmente en las mujeres diabéticas en edad reproductiva quienes podrían ver comprometida la salud materno-fetal, es por ello que, tanto la diabetes pregestacional como la gestacional, ocupan los primeros lugares en las causas de embarazo de alto riesgo.

Por otro lado, se ha reportado que mujeres con DM2, algunas antes de los 40 años de edad ya pueden presentar aterosclerosis y por ende un riesgo de muerte precoz por enfermedad cardiovascular, según se informara en Mexico, durante el Forum de Educación Cardiometabólica (2006).

La mujer diabética en edad reproductiva constituye por lo tanto un grupo de riesgo especial; en ella se conjugan una serie de aspectos

propios de su condición de mujer en etapa productiva y reproductiva, aspectos que podrían verse afectados por la enfermedad. A esta mujer en esta etapa de su vida debe prestársele una atención especial para evitar la falta de control, que podría comprometer su salud al acelerarse la aparición de los factores de riesgo cardiovascular o el resto de las complicaciones; también podría afectarse su salud sexual, reproductiva y mental. Estudiar algunas características específicas del género femenino de esta compleja afección fueron razones que privaron al delimitar el presente estudio.

Develar significados, metas, concepción de vida. Comprender lo que para ellas representa la enfermedad, las barreras que impiden su aceptación y adherencia al tratamiento; descubrir su realidad interna, su espiritualidad o alguna convicción profunda que al conjugarse con sus costumbres, con su cultura le impida lograr un cambio en su actitud y en su estilo de vida, permitiría comprender mejor a la paciente e interpretar el por qué de sus acciones.

Al entenderla como persona y colocarnos en su lugar, se podría construir una teoría desde una perspectiva diferente a la actual. Una perspectiva, que tome en consideración aspectos no tangibles, poco investigados por no ser mensurables, pero que podrían tener una influencia determinante en la obtención del equilibrio metabólico y

facilitarían el autocontrol. De esta manera se contribuiría a prevenir o retardar la aparición de las complicaciones crónicas, importante causa de morbimortalidad en la mujer diabética joven.

## **PROPÓSITOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **PROPÓSITO GENERAL**

Construir una teoría sobre el equilibrio metabólico de la mujer con Diabetes Mellitus tipo2 en edad reproductiva, desde una perspectiva integral. Lo biológico lo psicológico y socio-cultural: La diabetes desde dentro.

### **PROPÓSITOS ESPECÍFICOS**

- Evidenciar el grado de equilibrio metabólico en este grupo de mujeres con Diabetes Mellitus tipo 2.
- Analizar los estilos de vida: hábitos nutricionales, actividad física, control de las emociones negativas en el grupo estudiado

- Determinar el índice de reactividad al estrés en las mujeres diabéticas estudiadas.
- Describir las características psicosociales, culturales y espirituales de las mujeres diabéticas en edad reproductiva.
- Buscar la significación, los sentimientos que emergen en los sujetos de estudio, en relación a su nueva condición de vida.
- Interpretar si hubo o no modificación de la estructura dialogal para afrontar su nueva condición de vida.
- Asociar los aspectos psicosociales, culturales y emocionales identificados con los estilos de vida.
- Relacionar el índice de reactividad al estrés con los otros elementos de control metabólico estudiados.
- Relacionar el grado de control metabólico con las variables estudiadas.
- Comprender el sentir de este grupo de mujeres con relación a la diabetes y su asociación sobre el logro o no del equilibrio metabólico.

- Generar un conocimiento sobre el sentir de la mujer con diabetes en edad reproductiva, a través de sus experiencias vividas, que sirva para comprenderlas y acompañarlas en el logro de su equilibrio metabólico.

## **DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO**

La presente investigación fue realizada en la Unidad de Diabetes y Embarazo de la Universidad de Carabobo, ubicada en la Valencia, Estado Carabobo, Venezuela, durante el período 2004-2010. Está dirigido a médicos internistas, diabetólogos, endocrinólogos, médicos de familia, al equipo de salud que interviene en el manejo de esta enfermedad, a los familiares de los pacientes diabéticos y a los diabéticos en general.

Este estudio invita a la reflexión, para un cambio en la conducta del terapeuta que facilite el abordaje, diagnóstico y tratamiento de la diabetes.



## CAPÍTULO II

### MARCO TEORICO REFERENCIAL

#### UNA CONCEPCIÓN HEREDADA

“Los grandes  
conocimientos generan  
las grandes dudas”

***Aristóteles***

La inestabilidad ha caracterizado a los siglos XIX, XX y lo que ha transcurrido del XXI. Esto se debe en gran parte al avance desbordado en los conocimientos tecnológicos, constituyendo un nuevo mundo denominado mundo de la tecnología, el cual ha provocado una ruptura del equilibrio del universo, desencadenando una crisis ecológica, una crisis social, una crisis de la humanidad.

En esta crisis ocurrida en el macrocosmos, se aprecia una pérdida de la conexión con la naturaleza, una pérdida de la armonía que debería existir entre todas las cosas que conforman el universo. La pérdida del equilibrio ocurrida en el macrocosmos, se ha proyectado al microcosmos y en consecuencia al hombre, quien progresivamente ha sufrido una ruptura

del equilibrio en su medio interno como consecuencia del desorden ocurrido en el medio externo.

Como ejemplo de la ruptura del equilibrio de ambos cosmos, producto de la industrialización, están los cambios importantes ocurridos en los estilos de vida; la alimentación se aleja cada vez más de lo natural, de lo fresco, de lo no procesado, consumiéndose en su defecto alimentos congelados, que se procesan y conservan con aditivos químicos. También gracias a la tecnología el hombre se ha transformado en sedentario; la comodidad ha ido desplazando la actividad física que realizaba anteriormente de manera cotidiana como caminar, utilizar las escaleras, o substituir la práctica deportiva por la televisión, los videojuegos, el internet o la computación en general.

Por otro lado, lo apresurado de la vida en esta época moderna, los múltiples compromisos adquiridos para poder subsistir, ha sometido al hombre a una agitación, a un estrés permanente que si no lo canaliza le perjudicaría su salud.

Estos cambios indiscutibles, acaecidos en el macrocosmos han repercutido negativamente en el organismo del ser humano, rompiendo el equilibrio de su microcosmos, de su medio interno, emergiendo de esta

manera una serie de enfermedades propias de esta era tecnológica que están diezmando en la actualidad a la humanidad.

Para restituir esta ruptura del equilibrio, han surgido muchas interrogantes las cuales se han tratado de responder a través de la ciencia tradicional, pero no ha sido posible por su unidimensionalidad, de allí que en esta investigación se aborde el problema desde otra perspectiva, desde otra dimensión. En ella se deconstruye el paradigma biomédico predominante y se construye- sobre las bases de sus elementos- una nueva visión paradigmática multi e interdimensional.

## **PARADIGMA BIOMÉDICO**

“Ese conjunto de ideas llamado ciencia, puede caracterizarse como conocimiento racional, sistemático, exacto, verificable y por consiguiente falible”

***Mario Bunge***

El conocimiento brindado por la ciencia, como ha sido concebida hasta ahora, ha sido una ciencia basada en la capacidad de demostrar, de poder probar lo que afirma, tal como la definió la filosofía griega hace muchísimos años. Sin embargo, esta manera de hacer ciencia ha sido cuestionada desde la centuria anterior principalmente por los físicos,

especialmente en lo que respecta a la explicación de los fenómenos naturales. Ya Descartes señalaba que ninguna ciencia estaba capacitada para demostrar científicamente la solidez de su propia base, de la base que la apoya y que está determinada por el enfoque epistemológico y metodológico seleccionado para estudiar los problemas que se investigan (Stevenson, 1987).

A través de la historia de la ciencia occidental, se ha observado que el desarrollo de la biología ha sido paralelo al de la medicina, por lo cual no sorprende que la visión mecanicista de la vida, ideada por Descartes en el siglo XVII y que predominó en el campo de la biología, también lo hiciera en el campo de la medicina, en lo que respecta a la actitud del médico ante la salud y la enfermedad.

Descartes, concibió a los organismos vivos como sistemas mecánicos y estableció un esquema conceptual rígido, que fue utilizado prácticamente en todas las investigaciones en el área de la medicina, en especial la fisiología. Varias fueron las explicaciones fisiológicas exitosas dadas por los fisiólogos en términos mecanicistas, entre ellos Giovanni Borelli, discípulo de Galileo y William Harvey quienes aplicando leyes físicas y matemáticas a sus conocimientos anatómicos, describieron con claridad procesos biológicos, relacionados con la circulación, la hemodinámica y los movimientos del corazón (Capra, 1992).

Fuera de estos éxitos de la medicina mecanicista, hubo otros intentos de los fisiólogos para explicar algunas funciones orgánicas como la digestión y el metabolismo, pero los resultados fueron poco satisfactorios.

De esta influencia cartesiana en el pensamiento médico, que data del siglo XVII, surgió el paradigma biomédico, que constituyó la base conceptual de la medicina científica moderna en los siglos posteriores.

La medicina moderna deja a un lado la humanidad del paciente para concentrarse en el hombre fragmentado en sistemas, aparatos y órganos, reduciéndolo cada vez más a tejidos, células, moléculas hasta el punto de tratar de explicar hoy en día muchos mecanismos por la biología molecular. Esta visión fragmentada y reduccionista del paciente, ha sido la visión del paradigma biomédico predominante.

Esta forma de ver la medicina, ha llevado a considerar el cuerpo como una máquina, que puede ser analizada desde sus partes; ha conducido a ver la salud como una función mecánica y a la enfermedad como el funcionamiento defectuoso de esos mecanismos biológicos desde el punto de vista de la biología celular y molecular; la función del médico es reparar la avería de esa máquina.

De acuerdo a este abordaje, se dificulta no solamente la relación médico paciente, sino también el diagnóstico, tratamiento y hasta la curación, aspecto esencial de la medicina y principal defecto atribuible a este enfoque.

Antes de Descartes, la curación estaba orientada a la interacción entre cuerpo y alma, el paciente era tratado dentro del contexto de su entorno social y espiritual. La rigurosa separación que hiciera Descartes entre cuerpo y alma, condujo a los médicos de esa y de épocas subsiguientes, a dedicar toda su atención a la máquina del cuerpo, olvidándose de los aspectos psicológicos, sociales y ambientales de la enfermedad.

Aunque la revolución cartesiana introdujo el cambio más importante en la medicina occidental al establecer una separación entre cuerpo y alma; sin embargo el propio Descartes consideraba la interacción de ambas como un aspecto esencial de la naturaleza humana y conocía las repercusiones que esto tenía en la medicina. Ante el padecimiento ajeno en su actuar como médico, él tomaba en consideración la influencia de la mente sobre el cuerpo, indicando además de remedios físicos, reposo y meditación, lo que lo muestra menos cartesiano que muchos médicos que siguieron, representando su pensamiento años posteriores.

La biología continuó siendo cartesiana en un sentido más amplio, al tratar de reducir los organismos a las interacciones físicas y químicas de sus componentes más pequeños. La fisiología estrictamente mecanicista halló su máxima expresión en La Mettrie, quien escribió un tratado que tituló “El Hombre Máquina”. Este autor, refutaba el dualismo mente - cuerpo, propone el monismo materialista, siendo materialista al extremo, además de polémico y controvertido; para él la materia ya está animada; Su pensamiento fue seguido por otro biólogo francés, Needhman, quien publicó un libro con el mismo nombre e identificándose con el mismo pensamiento; llegó a escribir: “En ciencia el hombre es una máquina y si no lo fuese no sería nada”. Él era de la opinión que el mecanicismo y el materialismo constituían las bases del pensamiento científico.

El mayor auge de la medicina moderna ocurrió en el siglo XIX; para esta época se había avanzado muchísimo en el conocimiento de la anatomía, a principios de siglo se sabía casi todo lo referente a las estructuras anatómicas del cuerpo humano; iguales avances se habían hecho en el conocimiento de los procesos fisiológicos, sobre los cuales ejercieron gran influencia, los experimentos de Claude Bernard.

Los médicos y los biólogos, centrados en el enfoque reduccionista, dirigieron sus investigaciones hacia las pequeñas estructuras. Dos investigadores se disputaron la causalidad de las enfermedades. Uno de ellos, Rudolf Virchow, pretendía establecer a la biología celular como la

base de la medicina, él suponía que las enfermedades tenían su origen en defectos estructurales a nivel celular. Otro investigador, Louis Pasteur, dedicado al estudio de los microorganismos, atribuía a las bacterias la responsabilidad de la aparición de las enfermedades, él relacionó varias enfermedades con determinados microbios, logrando demostrar correlación entre ellos.

Un aspecto ampliamente discutido en ese tiempo, fue el determinar si las enfermedades eran originadas por un factor único o si por el contrario era el resultado de la interacción de múltiples factores. Puntos de vista que fueron debatidos por Bernard y por Pasteur. Bernard hacía énfasis en los factores ambientales externos e internos, afirmando que la enfermedad era producida por una pérdida del equilibrio del medio interno, que suponía la concurrencia de otra serie de factores.

Pasteur abogaba por su teoría de la influencia de las bacterias en la aparición de las enfermedades. Al final se impuso la teoría de los gérmenes, se creó la doctrina según la cual cada enfermedad era causada por un microbio específico, esta doctrina fue aceptada por los científicos y médicos de la época.

Poco después se introdujo el concepto de “etiología”, propuesto por Koch en sus postulados. Mediante ellos pretendía probar que, sin



lugar a dudas, un microbio determinado causaba una enfermedad también determinada. Esto dio lugar a la doctrina de la causión, la cual se ajustaba perfectamente al esquema de la biología del siglo XIX.

René Dubois, citado por Capra, señaló que la visión reduccionista de la ciencia, fundamental en la ciencia básica moderna no permitió ver a los médicos de la época, que la visión pasteuriana de la vida era fundamentalmente ecológica. El objetivo primordial de Pasteur, fue determinar el poder causativo de los microbios, pero él además tuvo un marcado interés en los factores ambientales, los cuales ejercían su influencia dependiendo si la persona era, o no, vulnerable.

(Capra, 1992).

Pasteur, además opinaba que la actitud mental del paciente podría afectar la susceptibilidad o resistencia a los gérmenes e influía en su curación; también era de la opinión que el médico podría favorecer la curación, si restituía las condiciones fisiológicas coadyuvantes de la resistencia natural.

Esta época, además se caracterizó por un gran auge en la farmacología; se descubrió la penicilina en el año 1928, iniciándose la era de los antibióticos contra una amplia gama de bacterias, lográndose el

control de las enfermedades infecciosas, vista como un gran logro de la medicina moderna

El énfasis que se le dio a las bacterias en la teoría de los gérmenes desvió la visión de la medicina hacia lo microbiológico, tanto las investigaciones médicas como la atención del enfermo, se centró en las bacterias, en el uso de los antibióticos olvidándose del organismo humano como huésped de ellas, así como de su entorno familiar y social.

El descubrimiento de los microorganismos, ejerció también su influencia en el campo de la cirugía; al descubrirse que las heridas podían infectarse surgió la asepsia y la antisepsia, estos descubrimientos junto con el desarrollo de la anestesia, revolucionaron la práctica quirúrgica. De esta manera se redujeron las infecciones, complicaciones frecuente en el post operatorio.

Otro de los descubrimientos considerado como uno de los grandes triunfos de la ciencia biomédica fueron las vitaminas; su amplia utilización ha permitido evitar las enfermedades originadas por sus deficiencias.

También se avanzó bastante en los trasplantes de órganos y tejidos, o en su defecto el uso de materiales inertes que evitan el rechazo.

El desarrollo de la biología fue de la mano con el de la tecnología médica. La invención de instrumentos médicos y quirúrgicos como el estetoscopio y el tensiómetro, primeros entre muchos otros que aparecieron a posteriori, hizo que la atención médica se desplazara del paciente a la enfermedad.

La clasificación de las patologías, el afinamiento en el diagnóstico y la creación de los hospitales que sustituyeron a las llamadas “casas de la misericordia”, también se cuentan dentro de los avances de la época.

Las casas medievales, como solían llamarse, se convirtieron desde entonces en hospitales, verdaderos centros diagnósticos, de terapia y de enseñanza de la medicina. Como centros diagnósticos utilizaban los recursos diagnósticos disponibles para la época, los medios diagnósticos de laboratorio para la identificación de los gérmenes causantes de enfermedades y los rayos X.

La concepción biomédica de enfermedad es “estar enfermo”, el tratamiento médico se resume prácticamente a las afecciones biológicas

aunque la enfermedad puede estar afectando emocionalmente al paciente y de no tratarse estos problemas la persona puede continuar estando o sintiéndose enferma. Por otro lado un desequilibrio emocional podría afectar la salud biológica, siendo todavía más difícil su tratamiento y por ende su curación. Es, por ello, que el proceso curativo ha de ser integral, tomar en cuenta tanto lo físico como lo emocional, para de esta manera poder restituir la salud.

Este desequilibrio continuó con el avance de la farmacología, el uso de los digitálicos en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca, el de la quimioterapia en los procesos malignos, entre otros, se logró aliviar los síntomas en muchas enfermedades, sin negarle su valor en este aspecto, se debe reconocer los efectos colaterales de los fármacos.

Se debe mencionar entre otro de los progresos acaecidos en esta época, el interés que surgió en el estudio de las enfermedades mentales, dando así origen a la psiquiatría, sin embargo ésta no se escapó de la corriente cartesiana; en lugar de tratar de comprender los aspectos psicológicos de la enfermedad mental, se centró en la búsqueda de las causas orgánicas de éstas: como infecciones, lesiones del cerebro o nutrición deficiente.

Durante los años cincuenta hubo, además una gran producción de fármacos psicoactivos, que le permitió a los psiquiatras controlar mejor los síntomas y el comportamiento de los pacientes psicóticos, reducir el tiempo de permanencia durante las hospitalizaciones y en algunos casos tratar a los pacientes de manera ambulatoria, lo que indudablemente, permitió un avance importante en la atención del paciente psiquiátrico.

Durante este periodo se consolida la perspectiva positivista de las enfermedades, donde las causas se ven desde fuera del organismo, como la visualización de los gérmenes y no desde dentro del mismo.

Fritjof Capra (1992), refiriéndose a una afirmación de Lewis Thomas, señala:

Mirando la televisión uno podría suponer que vivimos acorralados, en peligro constante, rodeados por todos los lados de gérmenes hambrientos ávidos de carne humana, y que la tecnología química es nuestra única protección contra las infecciones y la muerte, al ser quien los extermina. Se nos enseña a pulverizar desinfectantes por todas partes.....Aplicamos fuertes antibióticos a rasguños sin importancia que después tapamos con plásticos: el plástico es la protección moderna. Envolvemos en plástico los vasos plásticos de los hoteles; precintamos los asientos de los retretes como si fuesen secretos de estado después de irradiarlos con luces ultravioleta. Vivimos en un mundo donde los microbios están siempre tratando de atacarnos, de desgarrarnos célula a célula y sólo podemos seguir viviendo si nos mantenemos en estado de alerta. Lewis Thomas, tomado de "El punto crucial", de Fritjof Chopra, pág. 171.

En esta descripción, que puede ser interpretada como una sátira, en ella se resume la realidad científica de los últimos tiempos, la realidad vivida en el mundo de la ciencia y en la enseñanza de la medicina. Nos preparamos, actuamos y formamos para proteger al cuerpo sólo externamente sin percatarnos que en muchas ocasiones el daño y la curación residen en su interior.

La enseñanza de la medicina, ha estado centrada en el paradigma biomédico. Cuando a comienzos del siglo anterior la Asociación de Médicos Americanos, con el objeto de proporcionar una sólida base científica a la enseñanza médica, mandó a hacer una encuesta de cuyos resultados surgió el informe Flexner; éste transformó primero la enseñanza y luego la praxis médica desde su publicación en 1910, hasta nuestros días. El enfoque flexneriano es el que ha predominado en las Escuelas de Medicina, desde entonces (Hasbrouck1996).

En este informe se concluyó que solamente el 20% de las escuelas de medicina de los estados unidos cumplía con los requisitos científicos para permanecer abiertas razón por la cual fueron cerradas. Del mismo se derivaron una serie de medidas rígidas adoptadas por las facultades de medicina modernas. Debían pertenecer a una universidad y contar con una planta profesoral y de investigadores; su objetivo principal era la

educación de los alumnos, el estudio de las enfermedades y no la curación de los enfermos.

La enseñanza de la ciencia y la investigación fueron separadas de lo social, lo cual era considerada fuera del ámbito médico. La medicina científica, a partir de este informe se orientó cada vez más hacia lo biológico, la especialización y la hospitalización.

En los hospitales el estudiante se dedicó a estudiar las enfermedades graves que comprometían la vida del paciente, que corresponden solo al 5% de las patologías que el médico ve en su ejercicio médico cotidiano. Es así, como éste no se prepara debidamente para atender las enfermedades más frecuentes de la comunidad. Se centra más en la medicina hospitalaria que es principalmente biologicista, orientada en lo curativo y en la especialidad.

En un segundo plano, queda la medicina preventiva y la medicina social, existiendo por lo tanto una distorsión en la enseñanza y de la práctica médica, los médicos se forman en el paradigma biomédico, adquiriendo una visión tergiversada o no contextualizada de la realidad.

La especialización médica llegó al máximo de su desarrollo en el siglo XX, la medicina general casi desaparece, más del 75% de los

médicos son especialistas limitando su atención a una determinada enfermedad o a una parte del cuerpo y a una edad específica.

La visión reduccionista de las ciencias persistió en el siglo XX; la base científica de la medicina estaba dada por la biología molecular la cual explicó muchos fenómenos biológicos y permitió un avance en las ciencias biomédicas.

Un avance importante de esta época moderna, fue el amplio desarrollo de la endocrinología el estudio de las glándulas endocrinas y de las hormonas que ellas secretan, la identificación de su estructura bioquímica y su mecanismo de acción lo que permitió un mejor diagnóstico y tratamiento de los problemas endocrinológicos.

En este campo, uno de los hallazgos importantes fue el descubrimiento de la insulina por Banting y Best, salvándole la vida a muchos pacientes diabéticos que no la producían ( diabetes tipo1 ); a partir de este momento constantemente aparecen en el mercado insulinas cada vez más puras, más parecidas a la humana, con menores reacciones colaterales, como los análogos de insulina, las insulinas bifásicas- dentro de una diversa gama de ellas-, lo que ha permitido seleccionar la que mejor se adapte a cada paciente de acuerdo a sus necesidades, lográndose así un mejor manejo del paciente con diabetes.



A esto se suma la aparición de drogas hipoglicemiantes, o antihiperglicemiantes que ayudan a mantener el control glucémico y por ende un mejor control metabólico. No obstante, éste continúa siendo difícil de alcanzar. La diabetes no es solamente ausencia de insulina o dificultad en su acción a nivel de los órganos o tejidos blancos, sino que además involucra otra serie de factores externos e internos, que interactúan de manera compleja y que al conocerlos, conseguiría el tan deseado equilibrio metabólico.

La diabetes es un ejemplo clásico de cómo la gran mayoría de los problemas biomédicos se redujeron a fenómenos biológicos moleculares; con el objeto de encontrar el mecanismo central del problema, los investigadores se avocaron solamente en un aspecto de la enfermedad, sin abordar siquiera otros involucrados. Esta visión parcial del problema, facilitaría su resolución total.

Como se puede apreciar, la tecnología médica no sólo alcanzó un grado de complejidad sin precedente, sino que se convirtió en parte esencial de la asistencia médica moderna.

En los últimos doscientos años ha aumentado la esperanza de vida en los países desarrollados, lo cual ha sido utilizado como indicador de los efectos beneficiosos de la medicina moderna. Pero este razonamiento

puede inducir a error ya que la esperanza de vida es un dato estadístico útil, pero no suficiente para medir la salud de una sociedad.

En la esperanza de vida se debe tomar en consideración una serie de factores como la reducción de la mortalidad infantil, los relacionados con la pobreza, la disponibilidad de una alimentación adecuada entre otros muchos aspectos sociales, económicos y culturales.

La salud también tiene varias dimensiones, que surgen de la compleja interacción entre las condiciones físicas, psicológicas y sociales de la naturaleza humana. Sus diferentes facetas reflejan todo el sistema social y cultural; nunca se le puede medir por el promedio de vida o por el índice de mortalidad.

Es por ello que se cuestiona el sistema de salud, quedando en el ambiente la pregunta ¿Hasta qué punto, la medicina occidental ha logrado curar las enfermedades, aliviar el dolor y el sufrimiento? Las respuestas son conflictivas, pero si se ha notado insatisfacción por parte de la población.

Existe una queja general por la falta de accesibilidad a los servicios médicos, la falta de comprensión y de una buena relación médico

paciente, de cuidado por parte del médico, sin dejar de mencionar la negligencia que existe en algunos de ellos.

Por otro lado en las últimas décadas ha habido un incremento en los costos médicos sin que la salud haya mejorado de manera efectiva en la población; esta apreciación pudiera no ser verdadera porque las estadísticas reflejan sólo una parte de la realidad. Debe, además, tomarse en consideración todas las enfermedades incluyendo las mentales y la patología social. Ambas patologías se han transformado en problemas de salud pública. Hasta el 25% de la población tiene problemas psicológicos que ameritan atención médica adecuada.

Los accidentes, el alcoholismo, los suicidios, y hasta los homicidios o crímenes violentos se han incrementado enormemente y todos ellos son síntomas de malestar social, junto al aumento del delito y del terrorismo político.

El análisis previo nos lleva a la conclusión de que los mecanismos biológicos no son causa exclusiva de enfermedad, hay otras razones importantes, las psicológicas y sociales, entre otras.

El paradigma biomédico ha permitido el avance de la ciencia, de la medicina en cuanto a conocimientos bio y físicoquímicos,

métodos diagnósticos, instrumental y equipos médico- quirúrgicos, además de otros aspectos relacionados con lo tecnológico; pero en cuanto a curación, exceptuando la medicina intervencionista, el progreso de la medicina basado en este paradigma ha sido realmente pobre.

La tecnología biomédica ha sido excelente en cuanto a las intervenciones y operaciones del corazón, cerebro, cirugía laparoscópica, por nombrar algunas. También ha sido excelente en la medicina de urgencia como traumas por accidentes, infecciones agudas, atención obstétrica, neonatal incluyendo partos y prematuridad.

La biomedicina ha dado sus frutos, pero se ha constituido un reto, lograr mayor eficacia en los tratamientos de algunas patologías, principalmente en lo que se refiere a enfermedades crónicas, conocidas también como emergentes, propias de los últimos años.

Como se puede observar, el paradigma biomédico, no es el más indicado para estudiar al hombre, para estudiar el ser. Quizás porque nunca nos hemos detenido a pensar en ello y por eso no se tenga muy claro qué es el ser o no se tenga presente para el momento de la evaluación del paciente, focalizándonos sólo en la enfermedad. En consecuencia surge la pregunta ¿Qué es el ser?, aspecto que considero importante revisar en los contenidos filosóficos.

## DIMENSIÓN EPISTEMOLÓGICA

“Cuanto más nos dicen los físicos dedicados a partículas elementales acerca de las leyes fundamentales, tanto menos pertinencia parecen tener para los problemas reales del resto de la ciencia, y aun menos para los problemas de la sociedad”

***Philip Anderson***

En la búsqueda de soluciones a las preguntas planteadas, la ciencia newtoniano–cartesiana preponderante, no ha dado aún una respuesta contundente. Así lo afirma Martínez- Miguélez en su libro nuevos métodos de investigación para estudiar el comportamiento humano, publicado en 1989. Este autor al referirse a la investigación, señala que en los últimos años se ha desarrollado una revolución silenciosa en la metodología de las ciencias humanas y sociales; existe un interés por la investigación cualitativa que rechaza la pretensión de cuantificar toda realidad humana, destaca la importancia que tiene el contexto, la función y la significación de las acciones del hombre.

El método cualitativo identifica la naturaleza profunda de la realidad en el ser, su estructura interna, lo que nos permite comprender la estructura dinámica del comportamiento humano.

La metodología cualitativa es por consiguiente humanista, descriptiva, interpretativa, ecológica y holística. Trata de comprender a las personas, su razón de ser, su realidad vivida y como se percibe esta realidad; le da importancia a sus ideas, sus sentimientos y sus motivaciones (Martínez, 1989).

Lo cualitativo es el todo unificado, no se opone a lo cuantitativo sino que lo implica y lo integra; no estudia cualidades separadas o separables, estudia a un todo integrado que constituye una unidad de análisis y que hace que algo sea lo que es. Ese todo integrado identifica en el hombre su cualidad, distinguiéndole de los demás, haciéndolo único. Esto había sido considerado - desde el punto de vista filosófico - por Aristóteles, para quien una de las acepciones de la palabra cualidad es la diferencia o característica que distingue una substancia o esencia de las otras; la cualidad permite diferenciar a un ser humano del otro.

De allí que el método cualitativo sea perfectamente aplicable a los humanos, para llegar a comprenderlos mejor: desde su esencia (Martínez, M.1998).

Ya lo decía Morin, los humanos deben reconocerse en su humanidad común y al mismo tiempo reconocer la diversidad cultural

inherente a todo cuanto es humano. Hay que concebir la pluralidad en lo uno; lo uno como principio fundamental devalúa lo diverso como apariencia fenoménica. Quien privilegia lo diverso, como realidad concreta, devalúa lo uno como principio abstracto. Esto, por lo tanto debe entenderse como la *unitas multiplex*, la unidad en la diversidad (Morin, 1977)

Conocer lo humano es situarlo en el universo, pero al mismo tiempo separarlo. Interrogar la condición humana es interrogar primero nuestra si-tua-ción en el mundo. La afluencia de conocimientos concomitantes en la biología, ecología, cosmología, ciencias de la tierra han permitido un conocimiento diferente sobre el Universo, la Tierra, la Vida y el Hombre; pero estos conocimientos continúan desunidos, por lo que lo humano permanece fragmentado, dividido. Aquí se enuncia un problema epistemológico: es imposible concebir la unidad compleja de lo humano por medio del pensamiento disyuntivo o reductor. Lo humano permanece fragmentado, la unidad humana se reduce a un substrato netamente bio- anatómico.

La complejidad humana se vuelve invisible y el hombre se desvanece como una huella en la arena. Hay una creciente ignorancia del todo, mientras se conocen cada vez más las partes. Se debe, por

consiguiente, religar los conocimientos dispersos que se tienen del hombre para retomar la complejidad humana.

Comprender lo humano, es comprender su unidad en la diversidad, su diversidad en la unidad. (Morín, 1999).

Por ello cuando la investigación está dirigida a resolver problemas o situaciones propias del hombre, de su comportamiento, encaja bien en el paradigma cualitativo, éste es apropiado pues está dirigido al estudio de la cualidad, al estudio de la esencia de las personas.

Es así como mediante la metodología cualitativa se puede llegar a conocer el por qué de las acciones de las pacientes diabéticas, el por qué de su conducta ante la enfermedad, ante el tratamiento indicado, su falta de adherencia a éste y en consecuencia la dificultad en el logro del equilibrio metabólico.



## LA COMPLEJIDAD

“Lo simple no existe, solo existe lo simplificado. La ciencia construye su objeto extrayéndolo de su ambiente complejo, para ponerlo en situaciones experimentales no complejas. La ciencia no es el estudio del universo simple, es una simplificación heurística necesaria para extraer ciertas propiedades, ver ciertas leyes”.

***Bachelard***

La complejidad es el tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares que conforman nuestro mundo fenoménico.

La investigación de la mayoría de los problemas, a través del tiempo, ha estado basada en la ciencia acabada, tiene un enfoque único, abordado solamente por una de sus caras. Este enfoque unilateral del problema ha permitido avanzar en algunos aspectos, más no en todos; cuando unos se resuelve aparecen otros que continúan sin resolverse, porque no fueron contemplados en el enfoque multidimensional; esto conduce a pensar que la solución real de la mayoría de los problemas no es simple, sino que su solución es compleja (Morín, 1994).

Para aproximarnos a la solución de los problemas - principalmente cuando atañen al hombre y a su comportamiento- éstos deben ser abordados con una visión holística, con una visión compleja, no conformarse con una visión simplista, en cuyo caso las soluciones

terminan también siendo simples a través de respuestas exclusivamente parciales.

La parcelación y la compartimentalización de los saberes, ocurrida en su máxima expresión en el siglo XX, ha minimizado la comprensión y la reflexión originando, como dice Morin, una ceguera hacia los problemas fundamentales y complejos, hacia lo trascendente, ha dejado a un lado lo que está tejido en conjunto.

La idea no es sustituir el conocimiento de las partes por el conocimiento de la totalidad, ni el análisis por la síntesis, sino de conjugarlos. Se trata de comprender un pensamiento que separa y que reduce, con un pensamiento que distingue y que religa. La conjunción de pensamientos nos permitirá afrontar los retos de la complejidad, a los cuales estamos sometidos, día a día (Morin, 1999).

Si consideramos al hombre como un ser complejo, que realmente lo es, no podremos estudiarlo fraccionado en compartimientos: lo biológico, lo psíquico, lo social, lo cultural y lo espiritual. No se pueden considerar solamente sus actos, lo ostensible, sino que se debe ir más allá, considerar el por qué de su actuación, de su conducta, lo no ostensible. Esto se puede lograr, a mi manera de ver, por medio de la complejidad.

La complejidad trata de superar el deslinde entre el objeto y el sujeto, trata de explicar las razones de su actuar. No se puede aislar el objeto de estudio para analizarlo, ni reducirlo a sus componentes para examinarlo. No se debe descomponer en partes el objeto de estudio, éste debe examinarse en el contexto en el cual está inserto, buscando el papel que ejerce ese todo mayor del que se hace parte. Se refuerza, de esta manera la visión holística, compleja de los problemas y como tal deben ser abordados.

El conocimiento pertinente debe enfrentar la complejidad. Se dice que hay complejidad cuando no hay separación entre los elementos diferentes que constituyen un todo. Existe un tejido interdependiente, interactivo, inter- retroactivo entre el objeto del conocimiento y su contexto, las partes y el todo, el todo y las partes, las partes entre ellas. La complejidad es la unión entre la unidad y la multiplicidad.

Lo uno es complejo, la identidad es compleja. En la lógica de la identidad hay brecha y hay sombra; no solamente hay diversidad en lo uno, también hay relatividad de lo uno, alteridad en lo uno, incertidumbre, ambigüedad, dualidades, escisiones, antagonismos. Lo uno se ha vuelto relativo en relación a lo otro. No puede ser definido solamente de forma intrínseca, para emerger necesita de su entorno.

Los desarrollos propios de nuestra era planetaria nos enfrentan cada vez más a los desafíos de la complejidad. La complejidad viene del vocablo *complexus*, que significa lo que está tejido en conjunto, se puede definir como un tejido de constituyentes heterogéneos inseparablemente asociados; presenta la paradoja de lo uno y lo múltiple (Morin, 2003).

La complejidad está allí donde parece estar; está allí en la vida cotidiana, donde cada quien juega múltiples roles sociales: puede estar en soledad, en compañía, en su casa, en su trabajo, con amigos o con desconocidos. Cada quien tiene múltiples identidades, una multiplicidad de personalidades, en sí mismo. El ser humano en su totalidad es por tanto complejo; no sólo cada molécula, cada átomo, cada célula que lo constituye es compleja, sino también lo es la sociedad donde se mueve, la interrelación con los otros seres. Él se mueve en, con y para la complejidad.

Al estudiar al hombre, ser eminentemente biológico, se debe tomar en cuenta que también es un ser cultural, un ser meta –biológico que vive en un universo de lenguaje, de ideas y de conciencia. Si el hombre se estudia desde el paradigma de la simplicidad nos obliga a desunir sus partes, a reducirlas de las más complejas a las menos complejas.

No se puede estudiar al hombre biológico desde el departamento de biología, ni al hombre cultural desde el departamento de ciencias sociales. Esto no es posible pues el hombre es un todo, una parte no existe sin la otra, al contrario, una es al mismo tiempo la otra. Por lo tanto no pueden ser tratadas con conceptos diferentes, aisladamente; ambas partes deben tratarse como un todo, como un holos.

La complejidad se presenta con los rasgos de lo enredado, de lo inquietante, del desorden, de la incertidumbre. El conocimiento al contrario trata de organizar, desenredar los fenómenos, simplificar y eliminar la ambigüedad, ordenar, buscar certezas, descartar lo incierto. Pero al hacer esto se está simplificando y al mismo tiempo eliminando otros caracteres complejos. En el afán de explicar los fenómenos, de hacerlos intelegibles, se corre el riesgo de eliminar elementos que nos permiten observar la verdadera realidad, por ello se ha afirmado que la ciencia se ha vuelto ciega. La complejidad nos permite ver lo que si se viera, se vería lo que se debe ver, lo que verdaderamente es: **lo real**.

La ciencia ha recorrido el mismo camino, lo ha desandado, ha vuelto por la misma senda por la que se había ido. La misma física, la que reveló el orden perfecto del mundo, su organización, su simplicidad, esa misma física se ha abierto al desorden, al caos, a la complejidad. Esa misma física que no se pudo sustentar en los propios principios o leyes

que promulgó y que al final llegó al convencimiento de que la realidad no es reductible, no es simple: **es compleja.**

La aceptación de la complejidad es la aceptación de una contradicción, es la idea que no podemos reconciliar. Como decía Heráclito, hay armonía en la disarmonía y viceversa. Nuestro mundo incluye a la armonía y esa armonía está ligada a la disarmonía.

Morin (1990), al disertar sobre la necesidad del pensamiento complejo, hace énfasis en las patologías del pensamiento actual. Una de ellas es la hipersimplificación que ciega a la complejidad de lo real. La patología de la idea está en el idealismo, en donde la idea oculta a la realidad. La enfermedad de la teoría está en el doctrinarismo y en el dogmatismo, que cierra a la teoría sobre ella misma y la petrifica. La patología de la razón está en el racionalismo, que encierra a lo real en un sistema de ideas coherente pero parcial y unilateral, sin saber que una parte de lo real es irracional y que la racionalidad tiene justamente como objeto dialogar con lo irracional.

Este autor señala que aún se continúa siendo ciegos al problema de la complejidad, que aún no se toman en cuenta las discusiones epistemológicas entre Popper, Kuhn, Lakatos y Feyerabend. Insiste que esta ceguera es parte de nuestra barbarie pues estamos en la era bárbara

de las ideas. Si se toma conciencia de estas patologías contemporáneas del pensamiento se podrá civilizar el conocimiento que, según Morin, continúa en la prehistoria del espíritu. (Morin, 1994).

Al hablar de la complejidad Morin, decía que estaba en la búsqueda de una posibilidad de pensar trascendiendo la complicación, trascendiendo las incertidumbres, trascendiendo las contradicciones. El principio de complejidad incluye la imperfección, la incertidumbre y el reconocimiento de lo irreducible. Él admite que la simplicidad es necesaria pero debe ser relativizada, él acepta la reducción a sabiendas o consciente de que es reducción y no la reducción arrogante que cree poseer la verdad simple, por detrás de la aparente multiplicidad y complejidad de las cosas.

En su libro *La Vida de la Vida*, Morin (1983 ), dice que la complejidad es la unión de la simplicidad y la complejidad; es la unión de los procesos de simplificación que implican selección, jerarquización, separación, reducción, con los otros contra- procesos que implican la comunicación, la articulación entre lo que está disociado y distinguido.

Es escapar de la alternativa entre el pensamiento reductor que no ve más allá de los elementos y el pensamiento globalista, que no ve más allá del todo. Recordemos lo que decía Pascal: “Tengo por imposible

conocer las partes en tanto partes sin conocer el todo. Tengo por no menos imposible la posibilidad de conocer al todo sin conocer singularmente las partes” (Morin, 1990).

El pensamiento de Morin no se ubica buscando el ideal del pensamiento soberano que engloba todo, sino que más bien el reconoce la deficiencia que tiene la humanidad del conocimiento, al aceptar la contradicción y la incertidumbre y es esta misma conciencia de la deficiencia la que lo mueve a luchar por esa carencia. Este autor dice que existe una deficiencia congénita del conocimiento y la conciencia de esa deficiencia es la que lo llama a luchar contra esa mutilación (Morin, 1990).

La complejidad no es solamente la unión de la complejidad con la no complejidad (la simplificación); la complejidad se halla en el corazón de la relación entre lo simple y lo complejo porque una relación tal, es a la vez, antagonista y complementaria.

Para Morin, la idea fundamental de la complejidad no es que la esencia del mundo es compleja y no simple, es que esa idea es inconcebible. Él dice que la complejidad es la dialógica orden - desorden-organización. Pero detrás de la complejidad, el orden y el desorden se disuelven, las distinciones o diferenciaciones se esfuman.



Buscando dentro de la invisibilidad, detrás del mundo de las apariencias y de los fenómenos, el tras-mundo de las leyes que, en conjunto, constituyen el orden del mundo. Si seguimos este proceso, llegamos a la visión de un trasmundo más real que el mundo real, porque está fundado sobre el orden y nuestro mundo real tiende a ser el mundo de las apariencias, de las ilusiones, de los epifenómenos.

Pero es que al mismo tiempo ese mundo - de de las apariencias, del desorden, de las interacciones - es precisamente nuestro mundo. En el tras-mundo no existe el orden soberano sino otra cosa, algo diferente a lo que la ciencia tradicional ha querido mostrar. Algo que no se ha dicho en investigaciones previas como por ejemplo lo que Einstein consideraba absurdo, no lo era, lo que consideraba falso era lo verdadero. Esto muestra que en el universo en el cual todas las cosas están separadas por el espacio, no existe separación.

En nuestro universo de la distinción, hay, posiblemente por detrás, otra cosa en la cual no hay distinción. En el plano de la complejidad eso quiere decir que en el tras-mundo no hay complejidad, ni simplicidad, ni orden, ni desorden, ni organización.

El mérito de la complejidad es denunciar la metafísica del orden. Porque, ¿Cómo se explicaría ese orden si se elimina la magia de los

números- propuesta por Pitágoras- para explicar ese orden y el entendimiento divino- propuesto por Descartes y Newton- , como maneras de explicar el fundamento del orden en el mundo.

Dentro del marco de la complejidad, ésta se podría relativizar; por una parte ella integra la simplicidad y por otra lo inconcebible, bajo estas condiciones se aceptaría a la complejidad como un principio del pensamiento que considera al mundo, diferente al principio revelador de la esencia del mundo.

En lo que al proceso salud- enfermedad respecta, su estudio generalmente es abordado por la ciencia tradicional, estudiando al hombre como objeto y no como sujeto, obteniendo por lo tanto respuestas fragmentadas ya que su estudio ha sido también fragmentado. Aunque el concepto de salud considera al hombre como un todo, como un ser biopsicosocial y espiritual, al estudiarlo nos concentramos más en lo biológico, aspecto preponderante en el estudio de la ciencia.

Debemos abordar al proceso salud-enfermedad a través de otro enfoque diferente a la ciencia tradicional, concentrando también nuestra atención en aspectos distintos a lo biológico, estudiando aspectos cualitativos. En esta investigación, dentro de lo cualitativo, se puede llegar a conocer el por qué de las acciones de las pacientes diabéticas, el

por qué de su comportamiento ante la enfermedad, de su actitud hacia los cambios en sus modos de vida, de su adherencia o no al tratamiento indicado.

Cuando dentro de lo cualitativo, se busca la esencia en la conciencia del sujeto de estudio, en su mundo interno, en su mundo vivido, se está incursionando en la fenomenología, la cual - según Leal (2009) – comprende la condición humana tomando como punto de partida la dignidad humana.

## **FENOMENOLOGÍA**

“La ingenuidad del racionalismo objetivista no da cuenta del sujeto cognoscente, ni del mundo de la vida”

***Edmund Husserl***

El estudio del sujeto en esta investigación - la paciente como persona, su subjetividad -, se basa en el paradigma cualitativo. Descubrir cómo se siente por la afectación de su corporalidad, por el trastorno somático y como ella ve la afectación de su existencia, si es que está afectada. Para lograr este objetivo se utilizó el método fenomenológico- hermenéutico.

La fenomenología es un modo diferente de practicar ciencia, por lo tanto no es anticientífica; fue creada por Edmund Husserl, filósofo alemán quien quiso devolver a la filosofía su carácter de ciencia. La crea como una crítica al método científico, que por su unilateralidad hace que la razón científica se torne ciega al no ser capaz de ver más allá de lo que se le presenta ante sus ojos (Husserl, 1962).

Husserl, crea una fenomenología cuyo fin básico era ser aún más riguroso en la metodología científica; este rigor en la sistematicidad y crítica lo acompaña siempre. Según Husserl, el investigador debe ser un espectador del fenómeno, debe despojarse de todo conocimiento previo, de todo prejuicio para buscar la esencia del fenómeno en el interior del sujeto de estudio, la significación o sentido que tiene para él, para la estructura psíquica vivencial de cada ser humano.

La fenomenología no es especulativa sino descriptiva y reflexiva. Ella no retoma la introspección ya que lo que busca son los significados y no los hechos. Describe el mundo interno, el mundo de la vida del sujeto; no se ocupa de sus supuestos contenidos internos.

En la fenomenología, se describen varias etapas, una etapa prehusserliana, designada por el filósofo Lambert como la teoría de la apariencia, el fundamento de todo saber empírico. Su papel era

distinguir entre la verdad y la apariencia, es el examen de las ideas tal como surgen y desaparecen en el curso de los procesos de la mente (FERRATER, 2004).

En esta etapa Kant, habla de una fenomenología generalis, que debía preceder a la metafísica y trazar una línea divisoria entre el mundo sensible y el inteligible, para evitar transposiciones de un lado al otro (Kant, 1981).

Hegel llamó fenomenología del espíritu a la ciencia que muestra la sucesión de las diferentes formas o fenómenos de la conciencia, hasta llegar al saber absoluto (Hegel, 1987).

Hartmann hablaba de una fenomenología de la conciencia moral, equivalente a la descripción de los diferentes tipos de vida moral. Stumpf insiste que es una ciencia neutral, que trata de los fenómenos psíquicos en sí, la identifica con una psicología descriptiva, coincidiendo con Bretano quien hablaba, en un contexto semejante, de una fenomenognosia. Pierce la consideraba como una de las partes de la filosofía (Ferrater, 2004).

La fenomenología en sus otras dos etapas, la hursseliana y posthursseliana no sólo nació y evolucionó sino que se enriqueció a

través de la influencia que ejerció Husserl en sus seguidores, dando origen a un movimiento conocido como movimiento fenomenológico.

Es así como en la época actual, cuando se habla de fenomenología se tiende a pensar en Husserl y en los fenomenólogos que le han sucedido. La escuela fenomenológica y el llamado movimiento fenomenológico, son complejos, como lo señaló Herbert Spiegelberg en su descripción de este movimiento. Este autor hizo referencia a la fase alemana de la fenomenología representada por la fenomenología pura de Husserl y su etapa evolucionista bajo la representación de sus seguidores, Alexander Pfander, quien estuvo relacionado con ellos de alguna manera. Adolf Reinach, Moritz Geiger, E. Stein y R. Ingarden. También se puede incluir aquí a Scheler con la fenomenología de las esencias, las bases fenomenológicas de Heidegger y Nicolás Hartmann (Lyotard, 1973).

## DIMENSIÓN FILOSÓFICA

*“Una vez más, la única cuestión que cuenta es la del valor de la existencia humana”*

**Claude Bruaire**

### EL SER.

El ser es existencia, es esencia, según Aristóteles, cuando la existencia se une a la esencia, se constituye el ser. El ser es algo que es y existe en el mundo, vive en él, pero no pertenece a él.

Para Merleau-Ponty el hombre es una realidad perceptible y como tal pertenece a la naturaleza, pertenece al mundo. Es también una realidad percipiente en diálogo con el mundo. Merleau-Ponty, quien al final de su vida le da a la fenomenología un giro más metafísico, afirma que el hombre es a la vez realidad percipiente y realidad perceptible. Pero el hombre como percipiente constituye su mundo, no porque lo cree sino porque hace que aparezcan sus estructuras, la realidad es más de lo que aparece visible o perceptible. Y lo que se hace visible y lo que subyace a la distinción entre el sujeto y el objeto es el **SER**.

En sí mismo el ser es invisible. El ser se hace visible a sí mismo en el hombre y por medio del hombre; él mismo no es una estructura perceptible sino el campo de todas las estructuras, se manifiesta él mismo

como el inaparente fundamento de lo que aparece en el diálogo entre el cuerpo, sujeto y su entorno. Se automanifiesta en las estructuras perceptibles y en el pensamiento, pero considerado en sí mismo permanece oculto; el hombre es la dimensión visible de lo invisible. Se hace visible en las estructuras del mundo, es la carne del mundo. El hombre es “un ser en el mundo” (Copleston, 2000).

Ante la pregunta de qué es en sí mismo el ser, tal como se revela a la conciencia, Parménides, afirma: “El ser es. Es el ser en sí. El ser es lo que es”. Esto igualmente es para Sartre. El ser es opaco, macizo, es simplemente (Copleston, 2000).

Como fundamento del existente no puede ser negado. A los objetos los seres humanos le dan un significado, un determinado sentido, lo in-ten-cio-nan de un modo determinado. La conciencia hace que aparezca como lo que es. Tiene un determinado sentido o significado en relación a lo que es. No es que la conciencia cree el objeto, éste indudablemente es o existe. Y es lo que es. Adquiere un significado instrumental, que lo construye desde su trasfondo en tal cosa y no en tal otra, solamente en relación a su conciencia

Así el mundo considerado como un sistema de cosas interrelacionadas con significación instrumental, es hecho aparecer por y



para la conciencia. En su teoría de conferir sentido a las cosas en términos de perspectivas y fines, Sartre se inspira en Martín Heidegger y al desarrollar su teoría cuestiona la dialéctica hegeliana del ser y del no-ser. Para Sartre el ser en-sí es lógicamente anterior al no ser y no se le puede identificar con éste. Una cosa es lo que es y no cualquier otra cosa. Toda diferenciación dentro del ser es debida a la conciencia que hace que esto aparezca, diferenciándolo de su trasfondo y en este sentido negando el trasfondo.

Al tratar de entender qué es el ser que se va a estudiar, se consideró conveniente revisar sobre la existencia, ¿Qué es y si existe relación entre el ser y la existencia? .

## **LA EXISTENCIA**

Existencia significa lo que está ahí, lo que está afuera (existir), en este sentido la existencia es equiparable con la realidad. A través de la historia de la filosofía la noción de existencia se aplica a las entidades existentes, también denominadas los existentes, pero éstos se diferencian de la existencia en el hecho de que los existentes existan.

En la historia de la filosofía griega, los pensadores no parecían interesados en la naturaleza de lo existente sólo los ocupaba entender

cuál de las entidades eran realmente existentes. Con Parménides y con Platón el problema de la existencia se centró, en saber si lo que existe es lo inteligible, el mundo de las ideas y si tal mundo no es lo que está ahí (Rodríguez, M., 2006).

Aristóteles elaboró un sistema de conceptos que intentó dilucidar el ser de la existencia como tal en relación o en contraste con el ser de la esencia de la sustancia; para él la existencia se entiende como sustancia, es decir como entidad. Cuando la existencia se une con la esencia se habla de ser. Lo que hace ser la existencia es la esencia.

En la Edad Media se debatieron estos conceptos, tomando como referencia los conceptos griegos en especial los platónicos, aristotélicos y neoplatónicos, pero diferenciándolos de ellos. Existen ciertas diferencias básicas entre la concepción griega y la medieval. Fue así como los griegos tendieron a concebir la existencia como cosa.

Los autores medievales, predominantemente los de inspiración cristiana, plantearon que hay existencias que no son cosas, son más existentes como por ejemplo Dios o las personas, es decir el existir es propiamente el *esse*, o mejor dicho el *ipsum esse*. Se ha hablado sobre la ambigüedad del término, a veces denota la esencia y a veces el existir, predominando en ocasiones unas sobre otras. Según Avicena, la esencia

es como la inteligibilidad de la existencia. El existir no sería algo simplemente dado, y menos aún algo irracional. La esencia es la respuesta a la pregunta qué es la cosa, la existencia es la respuesta, sí la cosa es.

Para otros autores como Ricardo de San Víctor el exsistere, implica no sólo la posesión del ser sino un cierto origen, como ser de alguien, tener de alguien su ser substancial, lo cual conduce a considerar que el modelo de la existencia no es la cosa sino la persona. Si se admite la prueba ontológica el concepto de existencia es diferente cuando se rechaza esta prueba, es así como la concepción de la existencia de San Anselmo es diferente a la de Santo Tomás de Aquino, el concepto de este último es comparable a los conceptos de Hume y Kant, mientras que los del primero son comparables a los de autores como Spinoza y Hegel.

Para Hume no hay diferencia entre concebir algo y concebir su existencia. Si se dice que algo existe no se trae a colación dos ideas, “el algo” del que se habla y su existencia, sino sólo uno, la idea del “algo” que es tal o cual cosa. Kant, tiene una opinión parecida a la de Hume quien habla de la diferencia entre concebir algo y creer en su existencia, Kant habla de la diferencia entre concebir algo y “poner” su existencia.

El punto central de Kant es su afirmación de que el ser ( Sein ) – que aquí puede entenderse como existir - no es un predicado que puede agregarse al concepto de una cosa, es la posición de una cosa en cuanto a existentes en sí mismas.

Brentano, seguidor de las orientaciones de Hume y Kant, consideró que no hay diferencia entre un juicio existencial como “S es” o “S existe”, coincide con Kant en rechazar que la existencia fuese un predicado. En las tendencias que a partir de Kierkegaard, se han llamado “existenciales”, la noción de existencia ocupa un lugar central, hay en él un “primado de la existencia sobre la esencia”, para este filósofo, la existencia es ante todo el existente, refiriéndose al existente humano, el “ser” consiste en la subjetividad.

Heidegger, otro autor de la tendencia existencial, hace una interpretación de la existencia fundamentalmente ontológica y “existenciaria”. Heidegger, emplea el término “*Dasein*”, que se traduce a veces por existencia; no significa “*existentia*”, en el sentido tradicional, el “*ser ahí*” es más apropiado, por cuanto permite ver los elementos que integran el concepto: Da y Sein; el Da del Dasein es fundamental para Heidegger.

No obstante este Da, no significa propiamente ahí, sino abertura de un ente, el “ente humano al ser”, Sein que para algunos significa “Existencia” con la inicial E en mayúscula, lo cual sirve para distinguir entre la noción tradicional de existencia, que corresponde a los entes que no tienen la forma de la Existencia ( Dasein ). Para este filósofo lo característico es que en su ser le va su ser. Sein significa, sentido del ser. El concepto de existencia ha sido, debatido por autores contemporáneos como: Nietzsche, Dilthey, Unamuno, Bergson, Marcel, Jasper, Ortega, Sartre, entre otros ( *Ferrater, 2004* ).

## **LO EXISTENCIAL**

Uno de los dilemas que confronta el ser humano, es encontrar su posicionamiento ante el misterio de su existencia. La vida, como todo proceso continuo puede entrar en período de discontinuidad. Durante la vida ocurren cambios a los cuales es muy difícil acostumbrarse lo que genera situaciones de perturbación en nuestra existencia.

Los seres humanos tienden a pensar que las cosas permanecerán siempre igual y que somos permanentes, por lo cual buscamos una lógica interna que le da sentido a nuestras vidas. Cada persona construye sus propias continuidades, su propio sentido; el hombre está en el centro de una línea continua, su línea de vida. La continuidad le permite rendir

culto a sus antecesores, a sus antepasados dando origen a su cultura la cual a su vez transmitirá a sus descendientes a través de esa línea continua. Si el sentido de continuidad no está bien consolidado en una persona le será más difícil adaptarse a un hecho nuevo, especialmente si es inesperado y disruptivo. De acuerdo a González de Rivera, 2006, cuando la persona tiene identidad propia y reconoce su existencia, es porque ha construido un núcleo mental, que parece no haberse modificado desde su nacimiento.

Gracias a ese núcleo, el ser humano tiene la percepción de ser autónomo, con identidad y existencia propia. La conciencia personal se construye a lo largo de la vida, cuando se van experimentando cambios que no afectan, al descubrir que hay algo dentro que permanece constante. Al tener posicionamiento de nuestra existencia podremos desarrollar esa lógica interna que le da sentido a nuestra vida (González de Rivera, 2006).

Viktor Frankl (1979), afirma que el sentido de la vida difiere de una persona a otra, de un día a otro y de una hora a otra; que lo que tiene realmente importancia no es el sentido de la vida en formulaciones abstractas, sino el sentido concreto de la vida de un individuo en un momento determinado.

La noción del sentido de la vida también se entiende desde el ángulo inverso, si consideramos que cualquier situación que se plantea, reclama del hombre un reto o una respuesta que solamente él está en condiciones de dar. El hombre no debería cuestionarse sobre el sentido de la vida, sino es la vida que pregunta por el hombre, cuestiona al hombre y éste contesta en cada situación particular, respondiendo de su propia vida, con su propia vida; únicamente desde la responsabilidad personal se puede contestar a la vida.

La esencia de la existencia consiste en la capacidad del ser humano de responder responsablemente a las demandas que la vida le plantea en cada situación particular. Estos señalamientos fueron hechos por Viktor Frankl, en su libro: El hombre en busca de sentido (1979).

Para responder a estas demandas de la vida es necesario tener la percepción de uno mismo como persona, lo cual ayuda a consolidar el sentido de continuidad del que habla González de Rivera; la percepción que tiene uno sobre uno mismo, permite admitir lo nuevo, a entender que la vida no es estable, no es segura, ni predecible. Esto facilitaría a aceptar mejor los cambios, sin que se genere una crisis existencial.

La sensación de ruptura de la continuidad psíquica es el más insidioso y desconcertante de los efectos subjetivos de las crisis. Pero

esta ruptura es la que obliga a construir una nueva visión de la realidad, a desarrollar nuevas habilidades, a descubrir nuevas aptitudes y fuerzas ocultas que emergen para ayudar a construir esa nueva realidad, a darle un nuevo sentido a la vida.

## **EL EXISTENCIALISMO**

El término existencialismo ha sido utilizado para calificar tendencias filosóficas actuales y del pasado. Autores antiguos, modernos y contemporáneos, han sido o se han identificado como existencialistas. Es por ellos que para corregir tal error se debe limitar el uso del vocablo existencialismo a cierta época, corrientes o actitudes filosóficas.

Su origen se remonta a Kierkegaard, quien abogó por un pensar existencial y combatió la filosofía especulativa, principalmente la filosofía existencial de Hegel. En este pensar existencial el sujeto que piensa, el hombre concreto o de “carne y hueso”- como decía Unamuno - se incluye a sí mismo en el pensar, en lugar de reflejar objetivamente la realidad (Rodríguez, M. 2006).

El hombre dentro de esta concepción existencialista se niega a reducir su ser humano, su personalidad a una entidad cualquiera. El



hombre no puede reducirse a ser un animal racional, ni un animal sociable, así como tampoco un ente psíquico o biológico. Su ser es un constituirse a sí mismo; en ese proceso de autoconstitución podrá adquirir la inteligibilidad que le permitirá comprenderse a sí mismo y su situación con los demás, su si-tua-ción en el mundo.

En el pensar existencial el hombre no es un ente, no es conciencia y mucho menos conciencia de la realidad, es la realidad misma.

Otros autores le atribuyen un carácter empírico psicológico al análisis de la existencia humana, en lo cual son pródigos los autores existencialistas y lejos de su pretensión sus análisis carecen de carácter propiamente existencial.

Varios son los temas que aparecen con frecuencia en la literatura filosófica existencialista y para-existencialista, entre otros se citan la subjetividad, la finitud, la autenticidad, la libertad necesaria, la enajenación, la situación, la elección, el compromiso, la anticipación de sí mismo, el estar en el mundo.

Jaques Maritain propuso un existencialismo propiamente existencial - es el existencialismo en acto vivido, ejercido – y un

existencialismo académico-es el existencialismo en acto significado-como máquina de ideas (Copleston,2000)

Sartre, quien expuso lo que él juzga doctrina esencial del existencialismo, puede considerarse serio y sistemático, aunque no haya creado un sistema como Spinoza, con la matemática por modelo.

La filosofía existencialista sartriana, puede verse como el desarrollo sistemático de unas cuantas ideas básicas de su autor. Trató de esta manera temas como la conciencia , la conciencia prerreflexiva y reflexiva, el imaginar y la conciencia emotiva, el ser fenoménico y el ser en-sí, ser para-sí, la libertad del ser para-sí, la conciencia de los otros, entre otros muchos temas.

Este autor desarrolló su pensamiento reflexionando sobre los métodos y las ideas de Descartes, Hegel, Husserl y Heidegger, siendo influido por estos autores.

Los temas tratados por esta corriente existencial como la conciencia, la subjetividad, el ser fenoménico, entre otros, están muy relacionados con la persona, con el ser y con su interioridad aspectos centrales de esta investigación, por lo cual se encontraron dentro de las concepciones teóricas revisadas.(Rodríguez, M.,2006)

## LA CONCIENCIA

La conciencia para Sartre es la conciencia de algo, de algo distinto de sí misma y en este sentido trascendente. El objeto trascendente aparece a o para la conciencia y así puede ser descrito como fenómeno. Pero para él, el objeto fenoménico no es la apariencia de una realidad subyacente, o la esencia que no aparece, la revelación de un noumenon oculto. El ser fenoménico se manifiesta él mismo, manifiesta tanto su esencia como su existencia. Lo que aparece ante mí aquí y ahora es un acto de percatación, de conciencia.

El hombre de esta era debe percatarse, debe tomar conciencia de lo que es, de cómo es el mundo donde vive, cómo es su modo y estilo de vida. Debe tomar conciencia, de lo que es y lo que no es beneficioso para la salud; de lo que debe o no debe tomar de lo que el mundo de la tecnología le oferta.

El dualismo de apariencia y realidad no existe y al identificar algo, al identificar una cosa lo hacemos con la totalidad de sus apariencias. No podemos conformarnos con decir que ser, es ser percibido. El ser de lo que aparece no aparece sólo en tanto y cuanto aparece. Rebasa el conocimiento que nosotros tenemos de él y es, por ende,

transfenoménico. Es así como, de acuerdo a Sartre, queda abierto el camino para transcurrir en el ser transfenoménico del fenómeno.

Sartre habla de la conciencia prerreflexiva, la cual es trascendente en el sentido de que pone su objeto como trascendiéndola, como aquello hacia lo que ella apunta. Difiere, así de Descartes quien habla de la conciencia reflexiva que expresa un acto por el que el yo se constituye como objeto. Se pasa de ese yo, autoencerrado, objeto de la conciencia a una legítima afirmación de la existencia de otros yos, de otras personas, de otros objetos externos. Esto no se plantea si se va más allá, de la conciencia reflexiva a la conciencia prerreflexiva (Ferrater, 2004).

Según Husserl toda conciencia es objeto de algo. No hay conciencia que no sea la posición de un objeto trascendente, que la conciencia no tiene ningún contenido. Al hacerse conciencia de un objeto, éste no está en la conciencia como un contenido; al intencionarlo yo lo pongo como trascendente y no como inmanente a mi conciencia. Crítica por tanto el recurso de Husserl de meter entre paréntesis la existencia y tratar todos los objetos de la conciencia como inmanentes a ella, suspendiendo por principio cualquier juicio acerca de su referencia objetiva. En cuanto a la percepción el objeto de la conciencia se pone como trascendente, como existente.

Al percibir yo un objeto es el objeto mismo, no la representación mental de ese objeto. El objeto mismo es el objeto del acto intencional, es puesto como existiendo. Esto no quiere decir que no podrían existir errores acerca de la naturaleza del objeto, no porque se confunda una cosa real con un contenido mental, con la representación psíquica del objeto. Se puede percibir un objeto, y ponerlo como trascendente, pero podría existir un error en cuanto a su naturaleza haciendo un juicio erróneo sobre un objeto real.

Los modos de vida deben ser percibidos por la conciencia, para que no estén en las personas como un contenido, sino como trascendente. Que los estilos de vida se hagan conscientes, que no queden como una representación psíquica, como un contenido mental, sino como un existente trascendental.

## **DIMENSIÓN AXIOLÓGICA**

El significado de ser humano se fue diluyendo en el devenir del tiempo, con el progreso de la ciencia; se fue desintegrando con la aparición de las disciplinas actuales. Lo biológico, lo psíquico, lo espiritual, lo social, cultural e histórico se fue fragmentando; la unidad compleja de la naturaleza humana debe restaurarse de tal manera que

se tenga conocimiento que todos los seres humanos poseen una identidad común al mismo tiempo que una identidad compleja.

Así lo plantea Morín en “Los siete saberes necesarios para la educación del futuro”, él afirma que estos saberes son imperativos en la transformación de la sociedad humana, la cual es a su vez indispensable para satisfacer las necesidades del hombre. Es a través de la educación como se pueden lograr los cambios fundamentales en nuestros estilos de vida, en nuestro comportamiento (Morin, 1999).

Se debe retomar el ser, darle prioridad, su lugar en la sociedad incluyéndolo, para ello se deben romper las barreras tradicionales entre las disciplinas, de manera de volver a unir lo que hasta ahora estaba separado. La educación debe modificarse, de manera que se pueda enfrentar la complejidad creciente del medio ambiente, los cambios rápidos e imprevisibles de nuestro mundo exterior a los cuales ha de adaptarse nuestro mundo interior. El conocimiento debe reorganizarse para poder modificar nuestro pensamiento.

En la medida que las diferentes disciplinas se centren en el ser visto desde la dimensión de la complejidad, desde su totalidad, éste podrá comprenderse mejor, y es que la condición humana debe ser esencial en cualquier disciplina. Reconocer la unidad y la complejidad

humana, reuniendo y organizando conocimientos dispersos en las ciencias de la naturaleza, las ciencias humanas, la literatura, la filosofía, permitirá mostrar la unión indisoluble entre la unidad y la diversidad de todo lo que es humano. La condición humana debe rescatarse, en todos los ámbitos, incluyendo el de las ciencias.

## **LA CONDICIÓN HUMANA**

El hombre como individuo de la especie humana es en sus relaciones con el mundo y consigo mismo.

Todos los hombres son personas, en cuanto al significado de este término se orienta hacia: individuo de la especie humana, como en la Grecia clásica acotara Pitágoras: “El hombre es la medida de todas las cosas, de las que son, en cuanto son y de las que no son, en cuanto no son” Ya lo había expresado Santo Tomas de Aquino: “El hombre es de algún modo todas las cosas”

Siempre ha existido y existe, aun, la controversia si hombre y persona son separables, pero lo importante en el campo que nos ocupa es considerar siempre en el paciente su condición humana, tener presente la frase de Santo Tomas de Aquino: “La persona es lo más

noble y perfecto que hay en la naturaleza”, refiriéndose a la dignidad de la cual esta investida la persona, de una excelencia que la hace merecedora de respeto ( Andorno, 1998).

## **LA DIGNIDAD HUMANA**

Digno proviene del latín dignus, significa que merece algo, en sentido favorable o adverso. Considerando el término de manera absoluta se toma en buen sentido en contraposición a indigno, la segunda acepción es correspondiente, proporcionada al merito y condición de una persona.

La dignidad como concepto y fuente de respeto a cada hombre por ser tal, ha venido surgiendo en el devenir de la humanidad por diversas fuentes: la filosófica, la religiosa, la institucional tanto política como jurídica y en el área de la salud. En el campo de la medicina, el valor de la persona en su condición de enfermo, se ha reconocido desde la antigüedad en los códigos y juramentos, hasta nuestros días en las declaraciones y las leyes existentes, como la Declaración Universal de los derechos del hombre (ONU, 1948), a la altura de la Carta Magna y Declaración Francesa de los Derechos del Hombre, como un hito en la lucha por su dignidad y su libertad.



El artículo primero de esta Declaración reza: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos” (Castillo-Valery, 1999).

## **DIMENSIÓN PSICOLÓGICA**

### **LAS EMOCIONES**

La noción de emoción está ligada a la noción de sentimientos la cual es aplicable a la noción de emoción, considerándose parte de ellos, aunque a veces ambos términos tienden a confundirse. Emoción es la acepción de una afección o de un afecto; conlleva la idea de agitación del alma, del espíritu, de la mente.

Aristóteles considera a la emoción como una agitación del alma, como ejemplos tenemos el miedo, el temor, angustia, rabia, la alegría etc. El alma se siente agitada, movida por las emociones las cuales siempre aparecen ante la perspectiva de algo que las genera.

Para algunas personas, incluyendo algunos filósofos, las emociones deberían ser descartadas, pues para éstos las emociones son perturbaciones del ánimo. Estas perturbaciones empañan la serenidad que acompaña a la racionalidad, por lo que las emociones han sido consideradas por algunos, como opuestas a la razón.

Los filósofos han discutido mucho el papel de las emociones en la vida del hombre. Unos abogan porque debe buscarse armonía entre ellas, otros que solamente deben cultivarse las emociones que causan alegría o placer y otros que cualquiera que sea el tipo de emoción, éstas deben experimentarse con moderación, con control.

Si las emociones no son controladas, ellas pueden desencadenar una crisis. Al mismo tiempo, cuando aparece una crisis, las emociones la acompañan de manera concomitante.

## **CRISIS EMOCIONALES**

Se entiende por crisis, la interrupción de un proceso, viene de la raíz sánscrita skibh, que significa cortar. Hipócrates, usó tal condición y moduló la continuidad de la misma: " En toda crisis hay un antes y un después " En la antigua Grecia, Krisis adquirió el significado de decisión. Cuando en un paciente ocurre el proceso de integración de vivencias críticas, este proceso es inevitablemente doloroso. Las emociones que lo acompañan son expresiones de decisiones inconscientes, para poder enfrentar y poder superar esa crisis (Ferrater, 2004).

El afrontamiento y la superación de la crisis por lo general están acompañados de emociones tales como: miedo, angustia, rabia, irritabilidad o depresión. En el caso del miedo, se afronta huyendo de algo concreto.

Cuando la emoción que se experimenta es la **angustia** es porque hay que huir de algo, que no se sabe qué es. Se siente **rabia** cuando hay que sacar algo interior, algo dentro de nosotros, en cuyo caso podría aparecer irritabilidad. Por último, cuando ante una situación no hay nada que hacer, podría ocurrir **depresión**.

Mientras dura la percepción que causa las emociones, éstas se mantienen estables, gracias a un proceso de regulación. En el ámbito humano, lo que llama la atención en la crisis es la vivencia de cambio que la acompaña, refiriéndose a un cambio para el cual no se está preparado, de estarlo no nos enfrentaríamos a una crisis, sino a una transición que permitirá adaptarse progresivamente al cambio.

De acuerdo a González de Rivera (2006), las crisis son fenómenos normales de la vida ordinaria, que siempre están acompañados de una percepción de cambio, de una vivencia de exigencia y de un esfuerzo por adaptarse a las nuevas circunstancias. Durante la crisis se genera angustia porque se establece una lucha interna entre las partes de la

personalidad que están adaptadas a las viejas circunstancias y las que se tienen que formar para poder seguir viviendo en un mundo que la crisis ha cambiado.

El éxito de este esfuerzo favorece el desarrollo e integración de la personalidad, el fracaso puede llevar a la desestructuración y desesperación, desde el punto de vista existencial, he allí el riesgo y la potencialidad creativa de las crisis.

La crisis se refiere a la relación entre lo permanente y lo fugaz, por lo tanto no es permanente; es un período de caos, de confusión que nos advierte el peligro que correríamos si no la afrontamos, si no la superamos. En la manera de afrontamiento, la cultura ejerce una gran influencia. Nuestra cultura toma en cuenta las crisis, pero con menor contundencia que los orientales.

Los chinos, escriben la palabra crisis con dos caracteres, wei, que indica peligro y ji, que significa espacio abierto u oportunidad. La crisis debemos afrontarla para poder superarla favorablemente, de no ser así se podrían originar otras situaciones que podrían comprometer aún más la situación precedente, observación contenida en la primera ley de gestión de las crisis.

Es así, como en el campo de la medicina cuando se presenta un momento de crisis, dependiendo del acierto o desacierto de la acción interventora, se marca la diferencia entre recuperar la salud o exacerbar la enfermedad.

González de Rivera (2006), en su libro sobre Crisis Emocionales, analiza como un individuo siente una crisis desde dentro, especialmente cuando la vivencia es muy intensa y desconcertante, pudiera tener consecuencias patológicas. Este autor hace referencia a Gerald Caplan, fundador de la psiquiatría comunitaria, quien fuera el primero en destacar el enorme riesgo que representan las crisis para la salud y su acertada intervención en las crisis, las cuales han de ser interrumpidas antes que produzcan graves consecuencias.

Las personas en crisis pueden presentar importantes alteraciones en su estado psicológico habitual, ante dificultades que no consigue superar.

Se pueden desarrollar varios tipos de alteraciones emocionales y de conductas inadecuadas, ante estas situaciones imposibles de resolver.

El gran aporte de Caplan es que la incapacidad de una persona ante una crisis, puede resolverse, ya que un mínimo apoyo en el momento

oportuno puede ser suficiente para resolver la crisis. Sus ideas han sido de gran valor en la psiquiatría preventiva impulsando el desarrollo de programas de “Intervención en Crisis”.

La crisis podría considerarse una situación transitoria de estrés donde existe un desbalance entre las exigencias del problema y la capacidad para resolverlo. La intervención en las crisis se hace necesaria cuando esta incapacidad genera en la persona sentimientos de impotencia y alteraciones emocionales severas y difíciles de controlar.

La visión del mundo es diferente después de una crisis, dependiendo de los recursos disponibles y el apoyo brindado.

Si nos detenemos a considerar el concepto de crisis, se podría aseverar que las personas al conocer que presentan una enfermedad crónica, están frente a una situación que les exige un gran esfuerzo para poder superarla. Sin llegar a presentar una crisis, en el verdadero sentido de la palabra, hay una vivencia de cambio que si se afronta, se podría sacar provecho de la situación, preparando al paciente para que se adapte al cambio y lo asuma definitivamente.

## **LA SALUD, LA ENFERMEDAD, EL ENFERMO: VISIONES PARADIGMÁTICAS**

El hombre en su condición natural es un ser, un ser con un cuerpo pero a la vez un todo, un todo en perfecto equilibrio, equilibrio que se mantiene en sí mismo y por sí mismo. Equilibrio que se puede comparar con un silencio armónico que nada lo interrumpe, es tan callado que casi no se percibe pero que está allí sin llamar la atención, es como un perfecto estado de bienestar, consecuencia de un equilibrio entre el mundo interno y externo. Solamente se percibe cuando ocurre alguna perturbación, cuando el equilibrio se rompe, cuando se pierde es cuando nos damos cuenta de su existencia, me refiero a la salud.

Según la opinión de Gadamer, la salud está oculta, solo sale a relucir cuando no está, cuando aparecen los síntomas y los signos de ese equilibrio perturbado. Ese desequilibrio se va a manifestar como una entidad nosológica conocida como enfermedad, la cual aflora de una manera perturbadora.

La salud es como una misteriosa entidad que todos conocemos y que de alguna manera también desconocemos, debido al carácter casi milagroso de estar sano (Gadamer, 1996).

Se puede decir que la salud es un movimiento vital, que se encuentra dentro de un horizonte de perturbaciones y amenazas. Pero es cada quien, cada persona, cada ser humano quien puede definirla, porque cada quien posee un concepto o significado propio de la salud y de la enfermedad.

De su significado depende la orientación del comportamiento humano ante la salud y la enfermedad; en este cuidado de sí del paciente, tiene mucha influencia la sociedad y su modelamiento, orientado por la ciencia moderna.

Pero también va a depender de sus creencias; existen ciertos grupos sociales para quienes el cuidado de la salud está regido por un sentido sobrenatural. Tal significado místico- espiritual aún puede verse en algunos grupos, familias o individuos que participan en ritos o ceremonias religiosas dirigidas por los llamados curanderos o brujos; otros se limitan a la toma de pócimas o brebajes para su curación. Estos contrastes se aprecian en nuestra cultura en esta época marcada por el avance de la ciencia moderna.

El comportamiento del hombre ante la salud y la enfermedad también va a estar influido por sus emociones, motivaciones, proyecto de vida y realizaciones.



En este sentido estamos hablando de cosas ocultas, que no son objetivas, que no se ven. El impacto que produce la pérdida de la salud en el ser humano, en su existente, los sentimientos que en él despierta, no son tangibles pero existen y ejercen un gran peso en la reacción y la conducta del hombre ante la situación perturbadora de sentirse o estar enfermo.

La enfermedad, considerada por González de Rivera (2003), es una cosa en sí misma originada por una o más causas. Aparece al desaparecer la salud.

Para algunos, los que tienen una visión parcial de la salud, la definen como la ausencia de enfermedad. Pero el concepto de salud ha de ir más allá de la medicina reduccionista. Cuando los problemas médicos son analizados de una manera fragmentada, enfocando la enfermedad desde los órganos y tejidos, pasando por la célula, los fragmentos celulares, moléculas y su funcionamiento, en este proceso se pierde de vista el fenómeno en sí, el conocimiento de los fenómenos moleculares no es suficiente para comprender la condición humana en la salud y en la enfermedad.

Es por ello que se debe tratar con la persona, con el paciente en su totalidad, con su holos y con la relación de éste con el entorno físico y social.

La división cartesiana ha obstaculizado la comprensión de muchas enfermedades; ha impedido ver la influencia del estrés y el estado emocional en el desarrollo de una gran variedad de ellas, las manifestaciones emocionales carecen de importancia, no hay prioridad en las actitudes y modos de vida saludables. Esta misma visión ha promovido eludir los cuestionamientos filosóficos y existenciales que emergen en torno a la salud por considerados pertenecientes al plano espiritual y no médico.

Según el modelo biomédico las enfermedades son entidades bien definidas que implican ciertos cambios estructurales a nivel celular, que tienen raíces causales únicas.

La enfermedad puede verse como un síntoma de un malestar oculto, cuyos orígenes a veces no se investigan. De acuerdo a la visión biomédica una persona no está enferma si no presenta las alteraciones estructurales y bioquímicas propias de una enfermedad y por lo tanto no amerita asistencia médica.

Se confirma, así, el hecho de que el tratamiento médico está dirigido a las alteraciones biológicas. Una persona podría no sentirse bien sin estar enfermo y viceversa. La salud- enfermedad es un proceso cambiante, no estable, incierto y por lo tanto complejo.

La filosofía cartesiana llegó a un punto máximo de especialización en la medicina moderna, el médico no es capaz de ver la enfermedad como un trastorno de todo el organismo, ni de tratarla como tal; se tiende a tratar determinado órgano o tejido, sin considerar el resto del cuerpo, mucho menos los aspectos psicológicos y sociales de la enfermedad.

El proceso de reducir la enfermedad a “estar enfermo”, ha provocado un distanciamiento del médico de la persona del paciente. El estar enfermo atañe a la totalidad de la persona, la enfermedad no es una afectación de sólo una parte del cuerpo.

Se ha desviado la atención del médico a tratar enfermedades, en lugar de personas enfermas, se ha desvirtuado la función del médico. El paciente se relaciona, en muchos casos, con varios médicos, con un equipo de salud, se ha despersonificado la relación entre el médico y el enfermo (León, 1999).

La relación del paciente crónico y su médico debe ser profunda, como el paciente lo visita con frecuencia, éste conocerá su vida, sus confidencias, compartirá no sólo su experiencia íntima de la enfermedad, sino sus proyectos vitales y estará dispuesto a ayudarle ( Laín, 1969).

Mientras la relación sea más interpersonal se conocerá mejor al paciente, éste será más participativo, como plantea Kottow (1995), establecer una relación dialógica a través de la ética de la comunicación.

A la salud se le debe dar la importancia que merece sin esperar que se perturbe para tomar conciencia de ella. Debe preservarse, observar estilos de vida saludables, mantener el equilibrio entre el medio interno y externo.

Alimentarse de manera sana, consumir alimentos sanos, naturales, evitar el sedentarismo mediante el ejercicio programado y constante, evitar o controlar el estrés, son maneras de mantener la salud y prevenir la enfermedad. Centrar la atención en la salud y no en la enfermedad, en la prevención y no en la curación, en el enfermo y no en la enfermedad. Ver al paciente como sujeto, no como objeto, establecer una buena relación médico-paciente, son **visiones paradigmáticas** que se deben predominar.

## **LA DIABETES MELLITUS: ANTE UNA NUEVA PERSPECTIVA**

Las teorías que consideran al equilibrio del medio interno como condición para la salud, datan de mucho tiempo, la mayoría de ellas insertas en la ciencia tradicional. Paracelso creía que la vida era el producto de un proceso químico y que la enfermedad era el resultado de una falta de equilibrio en la química del cuerpo (Capra, 1992).

A partir de esta concepción alquimista de la salud aparecieron muchas otras. Claude Bernard, considerado padre de la fisiología moderna, le concedió importancia a la estrecha relación del organismo con su entorno. Fue el primero en reconocer la existencia de un medio interno.

Bernard, señaló que un organismo es sano cuando el medio interno permanece constante, a pesar de las fluctuaciones ocurridas en el medio externo. Este célebre descubrimiento, lo plasmó en la siguiente frase: “La constancia del entorno interno es una condición esencial para la existencia de una vida independiente”.

Luego se introduce el concepto de homeostasis cuando Walter Cannon, fisiólogo estadounidense, señala la sabiduría del cuerpo para garantizar el equilibrio del medio interno ante un mundo variable o medio externo (Capra, 1992).

Numerosas teorías fueron cobrando fuerza, hasta que en el siglo XX, el entorno cobró especial importancia en los fenómenos biológicos, al aparecer la teoría de los gérmenes como causante de enfermedades, propuesta por Pasteur, logró gran aceptación al igual que el descubrimiento y utilización de los antibióticos, en los cuales se centró casi exclusivamente la curación.

Antes de la era de los antibióticos las enfermedades agudas, como las infecciosas representaban la principal causa de mortalidad. Luego de su aparición pasaron a predominar las enfermedades crónicas, siendo la Diabetes Mellitus una de las de mayor prevalencia en la actualidad.

La diabetes mellitus, comprende un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por una hiperglicemia persistente, originada por un defecto en la secreción, en la acción de la insulina o en ambas. La diabetes mellitus es, por lo tanto, una enfermedad crónica que presenta alteraciones en el metabolismo glucídico, lipídico y proteico, que a la larga conduce a lesiones vasculares tanto de la micro como de la macrocirculación, denominadas microangiopatías y macroangiopatías, respectivamente. Estas lesiones son responsables de las complicaciones crónicas observadas en esta enfermedad (Oñate de G.N., 1999).

Desde su simple descripción, en 1550 - cuando los egipcios, en el Papiro de Ebers, se referían a ella como el síndrome de orina superabundante-, hasta el presente, se evidencia la sorprendente evolución que ha tenido lugar en el conocimiento de esta enfermedad.

Se conoció desde el porqué de ese exceso en la eliminación de orina, hasta la invención de sensores reguladores de la concentración de glucosa e insulina en sangre, que permiten mantener los niveles de glicemia dentro de los límites normales, proponiéndose desde la mimificación de la función pancreática, mediante medicamentos como la insulina, hasta la prevención de la enfermedad, por medio de técnicas sofisticadas como la manipulación genética.

Actualmente se describen cuatro categorías, dentro de la clasificación de la diabetes, a saber: Diabetes Mellitus Tipo1 (DM1), Diabetes Mellitus Tipo2 (DM2), Otros Tipos específicos de diabetes y Diabetes Mellitus Gestacional (DMG).

La DM1, es de origen inmunológico en ella se produce una destrucción de las células beta del páncreas, evidenciado por la presencia- entre un 80-95%- de anticuerpos contra estas células, en los pacientes al momento del diagnóstico. Se han aislado, además, otros tipos de autoanticuerpos, como los anticuerpos contra la insulina y contra

algunas enzimas del ciclo metabólico, entre ellas la decarboxilasa y varias trifosfatasas (Leahy, 2000).

Este tipo de diabetes, conocida anteriormente como Diabetes Mellitus Insulino Dependiente, es más frecuente en niños y jóvenes delgados, propensa a la cetoacidosis como pudiera iniciarse en muchos casos. Recientemente se ha descrito en adultos entre 25- 30 años, generalmente delgados, otro tipo de diabetes, la 1,5 donde se conserva cierta función secretora en las células beta, que previene la cetosis, pero ésta puede presentarse en cualquier momento convirtiéndose en insulino dependiente; no cursa con insulino resistencia, si la hay es poca. Este tipo de diabetes latente, autoinmune que aparece en el adulto, se conoce como LADA ( Latent Autoimmune Diabetes in Adults ).

La diabetes tipo1 es menos frecuente, comprende entre el 5-10% de todos los casos de diabetes. En su patogénesis se han involucrado varios factores precipitantes en las personas con predisposición a ella, porque tienen dañadas las células beta; entre los factores se citan: infecciones virales ( Echo, coxsackie, parotiditis, rubeola , citomegalovirus ), agentes químicos (nitrosaminas), por último se mencionará un factor ambiental, relacionado con la nutrición, basado en el hallazgo de elevados títulos de anticuerpos a un segmento antigénico específico de la proteína de la leche de vaca (lactalbúmina), que está presente en pacientes con



DM1. Estos anticuerpos tienen reactividad cruzada con ciertas proteínas de la superficie de las células beta del páncreas (Karjalainem, J., 1992).

La DM1, también se ha relacionado con otras enfermedades autoinmunes como la Enfermedad de Graves Basedow, Tiroiditis de Hashimoto, insuficiencia suprarrenal, vitíligo, anemia perniciosa y otras.

La más frecuente, dentro de la clasificación de la diabetes es la tipo2, que representa entre el 90- 95% de los casos. Se conocía anteriormente como diabetes mellitus no insulino dependiente, por su característica de hiperglicemia sin deficiencia absoluta de insulina. En ella existe una alteración en la captación de glucosa por los tejidos sensibles a la insulina, describiéndose una resistencia a la insulina principalmente en el músculo esquelético; hay además un aumento en la producción de glucosa por el hígado y una alteración en la secreción de insulina.

Se presenta por lo general en adultos, con sobrepeso u obesidad, predominantemente abdominal, la cetoacidosis no es frecuente en estos pacientes por lo que se considera estable, pero podría aparecer en caso de estrés o infección concomitante. Tanto la cetoacidosis diabética, como el estado hiperosmolar, son las complicaciones agudas de este tipo de diabetes.

El riesgo de presentar esta enfermedad aumenta con la edad, la obesidad predominantemente la visceral y el sedentarismo. También ocurre con frecuencia en mujeres con antecedentes de diabetes gestacional, síndrome de ovario poliquístico, dietas ricas en grasas, hipertensión arterial, esteroides y embarazo. Condiciones asociadas con insulino resistencia; tienen en común el defecto en la acción de la insulina, como parte de su patogénesis.

Existe una entidad clínica denominada diabetes atípica, descrita en los años ochenta, en poblaciones negras. Se ve en personas con sobrepeso u obesidad, predominantemente del sexo masculino (relación hombre: mujer de 3: 1), con antecedentes familiares de diabetes. Cursa con una marcada deficiencia de insulina, por lo que es prona o proclive a la cetosis, en ausencia de factores precipitantes. Una vez superada la crisis inicial el 25%, vuelve a presentar hiperglicemia con cetosis o cetoacidosis al discontinuar el tratamiento con insulina. Hasta el 75% restante mantienen su control con hipoglicemiantes orales.

Continuando con la clasificación de diabetes, en la categoría Otros Tipos de Diabetes se incluyen: Defectos genéticos de la función de las células beta, Defectos genéticos en la acción de la insulina, Enfermedades del páncreas exocrino, Endocrinopatías, Diabetes inducida por drogas o químicos, Infecciones, Formas raras de diabetes inmuno

mediadas y Otros síndromes que algunas veces pueden asociarse con diabetes.

La Diabetes Gestacional es la cuarta categoría en la clasificación, comprende cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se inicia o diagnostica durante el embarazo, independientemente si la paciente se controla sólo con una alimentación adecuada o con insulina.

Luego del embarazo la hiperglicemia puede persistir, se puede normalizar o bien la paciente puede permanecer con intolerancia a la glucosa. Por esta razón se debe hacer un seguimiento en las pacientes mediante determinaciones de glicemia o- de acuerdo a sus valores- la curva de tolerancia a la glucosa, para reclasificarlas y adoptar la conducta terapéutica indicada, incluyendo la preventiva, modificando sus estilos de vida ya que un elevado porcentaje de ellas evolucionan a diabetes tipo2.

Los avances en el estudio de la diabetes, ocurridos en su mayoría, dentro de la concepción epistemológica positivista, han permitido reducir la morbilidad producida por las complicaciones agudas, observadas antes del descubrimiento de la insulina por Banting y Best en 1922 y su purificación posteriormente por Collip, en 1923 (Camejo 1999).

Es así como en la primera cuarta parte del siglo pasado, se marca un hito en el tratamiento farmacológico del diabético, con el inicio del uso de la insulina. La introducción de la insulino-terapia evitó la muerte inminente y relativamente precoz del diabético tipo 1, enfermedad que hasta ese momento había sido mortal. La vida de estos pacientes se prolongó, pero surgieron otras causas de morbilidad y mortalidad por las complicaciones crónicas, que deterioran su calidad de vida.

Es la primera causa de ceguera en el adulto y de insuficiencia renal. Además puede cursar con disfunción sexual en el hombre, disminución de la libido, dolores, deformidades o úlceras en los pies y hasta amputaciones de miembros inferiores siendo también la primera causa de amputación no traumática de miembros inferiores, en el mundo industrializado. De allí que la Organización Mundial de la Salud, ha designado a la DM2, como una crisis de la salud.

La mayoría de estos pacientes muere por enfermedad cardiovascular (ECV), primera causa de muerte en nuestro país y en el mundo. Es una causa importante de mortalidad tanto en los países desarrollados como los que están en vías de desarrollo a medida que estos han copiado estilos de vida propios de los primeros. En Venezuela la diabetes, ocupa la sexta causa de muerte en la población general y la quinta en el sexo femenino (Ministerio Popular para la Salud, 2004 ).

De lo anteriormente expuesto se deduce la importancia de realizar prevención primaria de la ECV mediante el control metabólico de la DM2, su causa más frecuente, más aún cuando la incidencia de este tipo de diabetes es cada día mayor y cuando la proyección de la misma para los años venideros es realmente alarmante.

Se estima, que aproximadamente 16 millones de personas en los Estados Unidos de Norteamérica tienen diabetes y que el 90% - 95% de ellos son diabéticos tipo 2. El 50%-75% de las personas con diabetes mueren de ECV. Aunque ésta ha ido disminuyendo en la población general, esta reducción observada es menor en los individuos con DM2 que en los individuos no diabéticos. Ella también incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad en las personas con ECV conocida (Global Burden of Diabetes, 1998).

El riesgo cardiovascular que acompaña a la DM2, es mayor en el género femenino, que en el masculino, lo que se ha atribuido al mayor número de factores de riesgo en las mujeres o bien porque ellas son más diagnosticadas y tratadas con menor agresividad que los hombres. (Cardiovasc Riskin Women.....Clin Med NORT.....2007)(42)

Los trastornos metabólicos presentes en la diabetes, han sido señalados como posibles responsables de las complicaciones crónicas.

En la medida que se ha ido considerando a la aterosclerosis una enfermedad inflamatoria se deben tomar en consideración otros elementos en la producción del daño endotelial. (43 ,44)

Por otro lado, el exceso de glucosa se une a las proteínas o se depositan en los tejidos conjuntamente con el resto de sustancias producidas en este torbellino metabólico que incluyen los lípidos y las grasas, dan origen a las complicaciones crónicas. El exceso de glucosa que se une a la hemoglobina (Hb), se expresa como Hb Glicosilada, una de sus fracciones, la HbA1c, considerada como uno de los mejores índices de control metabólico ((Khaw, 2004). )

Estos trastornos metabólicos se evidencian tanto bioquímica como clínicamente, son variables que se pueden medir y sus valores deben permanecer constantes, dentro de ciertos límites considerados normales. Esta parte cuantitativa se realizó en una primera fase- empírico analítica- de la investigación.

## **ESTILOS DE VIDA**

Es innegable el papel que juegan los factores ambientales en la aparición de las enfermedades crónicas. Como ya se ha señalado, los estilos de vida entre ellos la alimentación no saludable, conjuntamente

con la inactividad física o la no periodicidad en la misma, además del estrés, son determinantes en la génesis y en el control de la DM2.

Estudios clínicos controlados, filandeses y norteamericanos, que han introducido cambios en los estilos de vida para la prevención de DM2, demostraron que una disminución de la ingesta calórica, en especial de grasas saturadas, combinado con una actividad física regular y sencilla, como caminar, reduce hasta en un 58% el riesgo de aparición de la DM2 ( Finnish Diabetes Study, 2003 )

Resulta una tarea difícil cambiar los estilos de vida no saludables, aún en niños, adolescentes y jóvenes. Algunos de los estudios de prevención citados, han agregado la intervención farmacológica a los cambios en los estilos de vida indicados, adicionando medicamentos que contribuyen al control de la obesidad o a disminuir la resistencia a la insulina (Diabetes Prevention Research Group,2002), (Xendos Study). No obstante, esto ha sido cuestionado, por lo que el uso de medicamentos no debe hacerse de manera rutinaria hasta no tener más estudios al respecto (ADA, 2010).

Los hábitos alimenticios inadecuados influyen prácticamente en todas las variables o metas del equilibrio metabólico. La ingesta excesiva de alimentos, en ocasiones superior a los requerimientos, el consumo de

macronutrientes en proporciones diferentes a las recomendadas, el predominio en el consumo de alimentos de baja calidad poco nutritivos, ejercen una influencia directa en el peso de las pacientes. Los esfuerzos en este sentido están dirigidos a obtener, en lo posible, un IMC cercano a lo normal.

A nivel mundial, incluyendo Latinoamérica, ha ocurrido una transición alimentaria predominando; los hábitos alimentarios han cambiado, priva la ingesta de alimentos no naturales, ricos en grasas saturadas, grasas trans, frituras; poco consumo de frutas, vegetales, fibras y carbohidratos complejos.

A estas modificaciones indeseables en la dieta diaria, podría atribuirse en parte, el ascenso vertiginoso de la obesidad, de la diabetes mellitus y de los trastornos metabólicos asociados que la preceden y que explicarían, el inicio precoz de la lesión del endotelio vascular, la aterosclerosis acelerada y el elevado riesgo cardiovascular.

## **LA ACTIVIDAD FÍSICA**

La actividad física es importante tanto en la prevención como en el control de la DM2, así lo demuestran numerosos trabajos de investigación realizados en los últimos años.



Los beneficios de la actividad física son múltiples, además de brindar una oportunidad para la recreación, mejora la calidad de vida, reduce la mortalidad por enfermedad cardiovascular, aumentando la longevidad. Guarda estrecha relación con la pérdida de peso, control de la hiperglicemia y regula el estrés, produce sensación de bienestar por la liberación de endorfinas que tiene lugar, ayuda a reducir la presión arterial y el perfil lipídico( Schneider,2004).

En un estudio prospectivo de 6 años de seguimiento, para ver el efecto de los cambios en los estilos de vida en personas con intolerancia a la glucosa, en Da Quing, china, el programa de ejercicios se asoció con una reducción del 46% en el riesgo de desarrollar diabetes, reducción superior a la observada en los pacientes sometidos únicamente a terapia nutricional (Da Quing, study, 1997).

## **EL ESTRÉS**

El estrés constante al cual está sometida la civilización actual, debido a las exigencias cotidianas de la vida; la falta de adaptación adecuada de nuestro organismo a estas demandas y exigencias diarias, origina estrés; el estrés afecta de manera diferente a cada persona en particular.

Hoy en día, es necesario desarrollar y aprender conductas adaptativas para minimizar o neutralizar los estados de tensión y el estrés desencadenados por esa tensión excesiva. El daño originado por el estrés, se puede prevenir o combatir por técnicas de afrontamiento, estableciendo un filtro entre la persona y el entorno, en otras palabras entre el macrocosmos y el microcosmos, controlando los factores o condiciones perjudiciales que lo desencadenan. El organismo está en capacidad de ejercer este control.

Una definición corta sería: el estrés es la respuesta inespecífica del organismo a toda demanda hecha sobre él. La respuesta inicial del estrés es útil, porque ayuda a la defensa del organismo, contrarresta las influencias nocivas y facilita la adaptación. No obstante, si esta respuesta se prolonga, pasa de útil a perjudicial.

González de Rivera (1990), hace una revisión del estrés y sus mecanismos de producción, señala que se comienza a hablar de estrés alrededor de los años 1920, cuando un médico norteamericano, Walter Cannon descubrió que la adrenalina actuaba en situaciones de peligro, cuando nos enfrentamos a un reto a un desafío. La secreción de adrenalina, era apropiada para luchar, para huir.

Posteriormente, un médico español, llamado Gregorio Marañón, estudió los efectos emocionales de la adrenalina inyectando adrenalina subcutánea a ciertas personas observando sus reacciones. Encontró que las emociones se exteriorizaban más en ellos, concluyendo que la adrenalina es un estimulante emocional general y que las expresiones de las diferentes emociones dependen de la actitud mental y del pensamiento que tienen las personas en un momento determinado.

Luego de los experimentos de Cannon, un médico húngaro llamado Hans Selye, descubrió que cada vez que el organismo se encuentra sometido a una situación nueva y difícil, es decir, en situaciones de estrés, la corteza que rodea la médula suprarrenal secreta una hormona, llamada cortisol. Éste autor popularizó el término estrés, lo describió como una respuesta estereotipada del organismo a toda demanda hecha sobre él.

El cortisol conjuntamente con la adrenalina están aumentados durante el estrés, de ahí que se les conozca como las hormonas de estrés; ellas ejercen una serie de funciones en el organismo, tienen efectos sobre la presión arterial y las concentraciones de glicemia, actúa sobre ellas aumentándolas.

Como se señalara anteriormente, el efecto beneficioso del estrés se pierde si dura mucho tiempo, originándose el síndrome general de adaptación el cual se desarrolla en tres fases:

- **Fase primera: Reacción de Alarma:** En esta fase aumenta la concentración de cortisol y adrenalina aumenta se pone en marcha la reacción de lucha- huida para que la persona estresada pueda enfrentar cualquier eventualidad.
- **Fase Segunda: Estadio de Resistencia:** Aquí los mecanismos de adaptación se mantienen activos, pero se consume energía a expensa de otras funciones más placenteras y saludables.
- **Fase Tercera: Agotamiento:** En esta fase fracasan los mecanismos de adaptación, originando una desorganización general y diferentes clases de alteraciones.

Otro autor, Mason, señaló que el estrés no solamente está determinado por las exigencias que sufre el organismo, sino quizás principalmente por el grado que el individuo percibe o cataloga esas demandas como peligrosas, nocivas o indeseables.

González de Rivera (2006), indica que el ser humano está dotado de mecanismos reguladores de tipo nervioso, endocrino, inmunológico y psicológico que funcionan de manera coordinada e interactiva para mantenerlo alerta e integrado frente a las exigencias de sus necesidades e impulsos psíquicos y biológicos.

A este conjunto de procesos reguladores y programas de desarrollo, este autor denomina psicósoma, para destacar que no hay diferencia substancial entre lo psicológico y lo biológico, sino que son manifestaciones distintas de una misma unidad humana.

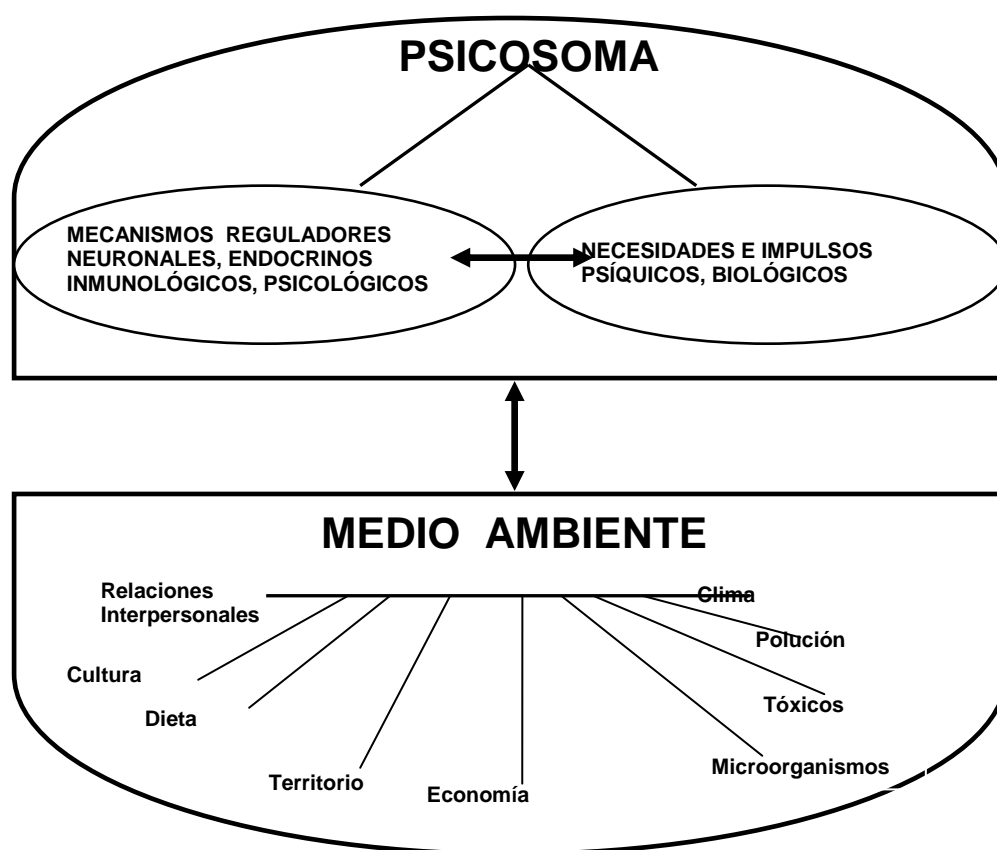
Es el ambiente que no solamente aporta nutrientes, estructuras y programas que permiten su mantenimiento y alientan su desarrollo, sino que este medio ambiente le plantea exigencias de adaptación al psicósoma. Existe, por tanto, una relación directa y recíproca entre psicósoma y medio ambiente; el psicósoma influye sobre el medio ambiente y éste interactúa de manera constante con él.

De acuerdo a estos conceptos, el ser humano íntimamente unido al medio ambiente forma una nueva identidad: el organismo psicosocial. Este planteamiento de origen psicobiológico, coincide con el de Ortega y Gasset de naturaleza filosófica, expresada en su aforismo: “Yo soy yo y mi circunstancia”. Según González de Rivera, tal aforismo es otra forma

de enunciar su propuesta, de que la unidad operativa básica del hombre no es el individuo mismo, sino el individuo integrado a su entorno (González de Rivera, 2003).

### GRÁFICO DE LA RELACIÓN DEL SER HUMANO CON SU AMBIENTE.

**Figura 1. Relación de unidad psicósomática humana con su medio ambiente**



*González de Rivera 1980*

Este autor, en su Ley General del Estrés, afirma que se sufre estrés cuando se está demasiado estimulado o cuando hay muy poco estímulo. Por su propia naturaleza de organismo psicosocial, la salud y el bienestar del ser humano, requieren del equilibrio de todos sus componentes. Si tan sólo uno de ellos resultara inapropiado o insuficiente, el sistema entero tendría que hacer un esfuerzo de reajuste y de adaptación.

Basándonos en esta ley, se podrá decir que el estrés tiene lugar cuando la estimulación o la privación externa, incrementa la activación del organismo de una manera más rápida que su capacidad de responder para atenuarlo.

Cuando el incremento de activación llega a un punto intolerable, se genera el trauma. Si se produce un cambio lo bastante importante como para poder decir que se ha producido una ruptura, una discontinuidad en esa interacción, se puede decir que se está entrando en una crisis. Si las exigencias de la interacción son exageradas obligando a un gran esfuerzo por parte de los mecanismos de adaptación pero que no llegan a ser intolerantes ni se produce algún cambio excesivo, estaremos en una situación de sobrecarga.

A pesar de que las primeras investigaciones sobre el estrés partieron de la fisiología, sus importantes implicaciones en las ciencias humanas han sido estudiadas. Las repercusiones psicológicas del estrés fueron tratadas por Lazarus, quien en 1984, definió el estrés psicológico, de la siguiente manera: El estrés psicológico es una relación entre una persona y su ambiente, que es evaluada por la persona como imposición o exigencia o como algo que excede a sus recursos y por lo tanto pone en peligro su bienestar.

Lazarus (1984), introduce la palabra relación en su definición, es decir el proceso por el cual determinadas causas estresantes producen determinadas consecuencias estresadas. Mientras que para Cannon, el estrés es el estímulo que causaba los fenómenos que observaba y para Selye, el estrés era el propio fenómeno que lo desencadenaba y no sus causas.

En la actualidad, la literatura científica llama estrés a todo, tanto a sus causas como a sus efectos. Es así como González de Rivera incluye en el estrés diferentes variables que clasifica en factores externos, internos y moduladores

**Los factores externos:** engloban aspectos del ambiente que pueden alterar el equilibrio del individuo o sobrecargar sus mecanismos



de adaptación, defensa, regulación como ejemplo de este grupo están los acontecimientos vitales.

**Los factores internos:** constituidos por variables propias del individuo, directamente relacionados con la respuesta de estrés y con la adaptación, defensa y neutralización de los factores externos de estrés. El índice de reactividad al estrés es una variable típica de este tipo y

**Los factores moduladores:** que comprenden variables tanto del medio como del individuo, que no están directamente relacionados con la inducción ni con la respuesta de estrés, pero que condicionan, modulan o modifican la interacción entre factores internos y externos. Ejemplo de este grupo está el apoyo social, los estados afectivos, la depresión, el nivel de vigilancia. Basado en estos criterios, González de Rivera (1989) definió el estrés psicosocial como el producido por la conjunción de estas tres variables.

## ÍNDICE DE REACTIVIDAD AL ESTRÉS

Este índice fue ideado por González de Rivera (1990), con el objeto de mejorar la eficacia de los múltiples test existentes hasta ese momento. Él definió el índice de reactividad al estrés (**IRE**), como el conjunto de pautas habituales de respuesta cognitiva, emocional,

vegetativa y conductual ante situaciones percibidas como potencialmente nocivas, peligrosas o desagradables.

Cada persona tiene una serie de reacciones características ante el estrés. El IRE, como se le llama, mide el factor interno de estrés.

Es un test que consta de 32 preguntas las cuales deben ser respondidas según una escala de valores, dependiendo de la intensidad de la respuesta, de la intensidad de la reacción automática que experimenta la persona ante una situación estresante, es decir ante una situación que exige un mayor esfuerzo de lo ordinario; o ante aquella situación en la que puede suceder algo peligroso, nocivo o desagradable.

Como se señaló anteriormente, el estar sometido a un estrés constante es perjudicial para la salud- hecho conocido desde la antigüedad, lo que sí es de conocimiento reciente, es que el efecto de los pequeños cambios y las modificaciones de los acontecimientos relativamente normales son igualmente dañinos para la salud. Investigaciones psicosomáticas actuales han sugerido que modificaciones en las exigencias del entorno y la manera diferente de realizar una tarea, alteran el funcionamiento del sistema nervioso y endocrino.

Cada situación nueva a la que nos sometamos, por insignificante que parezca, exige un reajuste de los sistemas de regulación y de adaptación, lo que representa una sobrecarga para nuestro organismo.

Desde épocas anteriores se relaciona el estrés con situaciones muy extremas que nos afectan notablemente. Las investigaciones actuales en este sentido, buscan la identificación y cuantificación de los acontecimientos vitales en la enfermedad.

González de Rivera (1999), al definir los sucesos estresantes, señala que un determinado acontecimiento o suceso se considera estresante cuando implica una modificación o cambio importante en las condiciones de la vida habitual. El problema está en identificar que significa un cambio importante y qué es la vida habitual.

Si el cambio, no es lo suficientemente importante no se generará estrés y la importancia se la da cada persona en particular. Un mismo hecho o acontecimiento puede ser importante para una persona, pero no lo es para otra.

Es importante mencionar el “efecto novedad”, que consiste en la activación de los mecanismos de adaptación y defensa del organismo,

cada vez que se produce un cambio. Efecto que se reduce si la persona se prepara de antemano para asumir el cambio, o si tiene la capacidad para anticiparlo o predecirlo.

Cuando los cambios se hacen habituales, pierden su cualidad estresante. Por lo tanto hoy en día, es necesario desarrollar y aprender conductas adaptativas para minimizar o neutralizar los estados de tensión y el estrés por ellos desencadenados. El daño originado por el estrés, se puede prevenir o combatir por técnicas de afrontamiento, estableciendo un filtro entre la persona y el entorno, en otras palabras entre el macrocosmos y el microcosmos, controlando los factores o condiciones perjudiciales. El organismo está en capacidad de ejercer este control.

Cuando en el curso de una enfermedad crónica como la diabetes, aparecen situaciones estresantes, las llamadas hormonas del estrés - adrenalina y cortisol- representan un factor coadyuvante en la hiperglicemia persistente. Esta es otra de las razones por lo que en el control metabólico de la diabetes, debe dedicarse una atención especial a la prevención y control del estrés.

## LA HIPERGLICEMIA

La hiperglicemia es otro factor que se debe vigilar muy de cerca en estos pacientes; representa un factor importante de riesgo cardiovascular ( The DECODE Study, 1998). A las pacientes diabéticas se les determina, de manera rutinaria, cada vez que asisten a la consulta, la glicemia capilar en ayunas y la glicemia capilar postprandial, en el caso que nos ocupa, es a las 2 horas después del desayuno. Los valores deben encontrarse dentro de los límites establecidos, son metas de control e indican que la paciente está bien controlada por lo que corren un menor riesgo de enfermedad cardiovascular ( Gerich, 2003).

La glicemia en ayunas no permite identificar a los individuos de alto riesgo de muerte cardiovascular, siendo la glicemia postprandial un mejor marcador (DECODA Study, 2004). Sin embargo, en otro estudio se encontró, que en diabéticos tipo2 recién diagnosticados, la incidencia de muerte cardíaca aumentaba con la hiperglicemia en ayunas, pero este aumento era aún más significativo con la hiperglicemia postprandial (Brownlee, 2004).

Los cambios en el estilo de vida contribuyen, por lo tanto, a mejorar todo ese caos metabólico conformado por la hiperglicemia en ayunas o post prandial, el aumento de la HbA1c, la dislipidemia aterogénica, procesos que conllevan a la inflamación del endotelio vascular.

Son pocos los pacientes que se adhieren y cumplen adecuadamente las indicaciones hechas por el médico y por el resto del equipo de salud para alcanzar las metas propuestas, en aras de lograr un buen control metabólico; en consecuencia reducir o retardar la aparición de las complicaciones crónicas de la diabetes, el riesgo cardiovascular y la muerte originada por las mismas.

Es necesario que las pacientes adquieran conciencia de su enfermedad y de los riesgos que ella implica; que de ellas, de su autoconocimiento y de su autocontrol, depende el logro del equilibrio metabólico.

De esto se puede deducir que la educación es esencial en el manejo del paciente con diabetes mellitus. Bouchardat, desde 1875 ya hablaba de ella como pilar fundamental en el control de la diabetes, afirmación que ha sido sostenida a través del tiempo. El Dr. Elliot P. Joslin, fundador de uno de los centros de atención del diabético de mayor prestigio en el mundo, ha mostrado una constante dedicación a la educación del paciente con diabetes.

La Educación forma parte de las medidas terapéuticas, la mencionan como tal la ADA e IDF. Es una importantísima medida de

prevención primaria y secundaria de la enfermedad, es decir, de las complicaciones crónicas pero también es de gran valor en la prevención de la enfermedad.

Gagliaino (2001), al evaluar la asistencia al paciente diabético en América latina, enfatiza que la educación debe jugar un papel de suma importancia como parte del tratamiento, hecho internalizado por muchos médicos y otros profesionales de la salud, quienes han sido pioneros en la educación del diabético.

Únicamente mediante una educación efectiva podremos conseguir el objetivo primordial en el manejo de la Diabetes Mellitus. Al lograr y mantener el equilibrio metabólico deseado, se está haciendo prevención secundaria en los pacientes diabéticos, evitando o retardando la aparición de las complicaciones crónicas. Éste es uno de los propósitos de la Unidad de Diabetes y Embarazo ya que en ella se controlan mujeres con diabetes mellitus tipo 2 en edad reproductiva.

Alcanzar estos objetivos a cabalidad, no ha sido fácil, por lo que me atrevo a pensar que el paciente diabético no ha sido bien manejado, existe una falla en su abordaje, en su conducción, la cual ha sido muy mecanicista, pues su control gira en torno a cifras, valores, criterios tangibles o positivistas.

El quipo de salud, se apoya principalmente en el paradigma biomédico. Se le presta mayor importancia a lo biológico, sin tomar en consideración la psiquis y el ambiente donde la paciente se desenvuelve. Las pacientes no deben reducirse únicamente a las cifras de control, deben además tomarse en cuenta las razones psicológicas, sociales o espirituales que le impiden obtener y mantener esos valores dentro de lo normal.

La mujer diabética debe ser considerada en su totalidad, no sólo en sus circunstancias biológicas, sino también en las psicológicas, sociales, culturales y espirituales, con todo lo que ello implica desde el punto de vista preventivo, diagnóstico y terapéutico. Según González de Rivera (2003), la medicina psicosomática es una manera de practicar la medicina que toma en cuenta todos estos factores. De ahí que se deba despertar el interés por el hombre como ser biológico, social y espiritual en el estudio de las enfermedades crónicas. La diabetes mellitus debe verse desde una nueva perspectiva, desde una perspectiva integral.

En esta investigación se plantea, hacer otro enfoque en su atención. Abrirse a una a una nueva perspectiva, a una visión diferente en su abordaje, considerando a las pacientes en su totalidad; tomando en cuenta no sólo su cuerpo, sino su psiquis, su entorno social, cultural y espiritual, su estructura dialogal para que se facilite en ellas el proceso



de transformación; para que el proceso educativo cumpla real y efectivamente su función, para que las pacientes asimilen la información suministrada y la pongan en práctica.

De esta manera las pacientes con diabetes podrían lograr una mayor y permanente modificación de sus hábitos de vida y adquirirían definitivamente una manera saludable de vivir.

Pienso que hasta el presente se ha abordado el problema solamente por una de sus caras, la visible la tangible, desde la concepción positivista. Pero se debe atender también la otra cara, la no visible, la no tangible y es la que pienso abordó en esta investigación.

No son muchos los trabajos que se han interesado en estudiar este aspecto; existen pocos datos al respecto, encontrando - al revisar la bibliografía- que la mayoría de los estudios son empírico analíticos, habiendo menos investigaciones cualitativas y son las enfermeras las que más se han ocupado de hacer este enfoque del tema. Sólo recientemente, se le está dando la importancia que merece al estudio del comportamiento humano asociado a la diabetes, pero sin percatarnos aún de que psiquis y soma están íntimamente asociados.

Alberty y col. están realizando un estudio multicéntrico, el estudio Dawn, dirigido a estudiar los deseos, actitudes y necesidades en el paciente diabético. Este estudio que investiga las barreras que impiden el adecuado control del paciente, ha tenido gran acogida; existe una gran expectativa por los resultados que el mismo pueda arrojar.

El estudio DAWN, debe su nombre a las siglas que en inglés significan **D**iabetes, **A**ttitudes, **W**ishes and **N**eeds, es decir: Diabetes, Actitudes, Deseos y Necesidades del paciente diabético. Hace un enfoque diferente del problema, se interesa en el paciente.

Esta investigación confirma la creencia de que el cuidado del paciente diabético no se está haciendo del todo bien; en el estudio se afirma que a nivel mundial, el cuidado de estos pacientes se ha centrado solamente en lograr las metas de control. Aquí se considera que la única manera de manejar eficazmente a estos pacientes es a través del compartir, entre las personas con diabetes, el equipo de salud encargado de su cuidado, los investigadores y hasta la propia industria que provee los equipos médicos y los fármacos necesarios para su tratamiento. Esta especie de camaradería debe hacerse a nivel individual, local, nacional e internacional.

El alcance de este programa se basa en una poderosa unión entre todas estas personas involucradas en su cuidado. Para mejorar la atención del paciente con diabetes, su cuidado debe focalizarse en la totalidad de la persona, no debe separarse la diabetes o enfermedad de la persona que la presenta. Ésta debe verse como un todo.

En un artículo de Diabetes Voice, boletín oficial de la Federación Internacional de Diabetes, dedicado especialmente al cuidado del paciente con diabetes y al estudio DAWN, se destaca la falta de comunicación existente entre el paciente y los que están a cargo de su cuidado, así como a una falta de educación en el paciente diabético (Msengana,R 2004). Este autor comenta que tristemente nuestros sistemas de salud generan muchos problemas -quizás tanto como los que puede resolver- y es debido al sistema; el tiempo que le puede dedicar el equipo de salud al paciente diabético es muy limitado, lo que pudiera resultar una barrera en la comunicación.

En otro artículo de este mismo número de la revista, Baksi (2004), asevera que para mejorar el cuidado del paciente no es necesario hacer grandes inversiones. Recordemos el énfasis que se ha hecho, desde hace tiempo, en el autocontrol. Hay muchos aspectos que el paciente puede resolver por sí mismo, si está bien entrenado en ello. Este autor utiliza el concepto de “paciente experto”, que se usa en los países

desarrollados; concepto que es perfectamente transferible a los países en vías de desarrollo que poseen recursos limitados.

Un hecho fundamental para el logro del éxito del cuidado centrado en el paciente es el cambiar el pensamiento de las personas que brindan estos cuidado. Los médicos y el personal a cargo deben aprender a abordar al paciente que presenta esta condición. Por otro lado, los conocimientos que soportan el cuidado centrado en el paciente deben ser difundidos. Esto no puede esperar, es algo imperativo, los médicos deben hacer énfasis para que el cambio ocurra mediante la creación de programas de entrenamiento de conductas.

En ciencias de la salud, en el campo donde más se ha trabajado en esta área ha sido en enfermería; en lo que respecta al cuidado humano las enfermeras han realizado investigaciones, específicamente sobre el cuidado del diabético. Leininger Madelein desde el año 1985, ya hablaba de los métodos de investigación cualitativa en enfermería; en 1997 propone un modelo de investigación para analizar los datos sobre el cuidado humano en diferentes culturas que denominó etno-enfermería. Según esta autora, se trata de una micro etnografía por ser un estudio de menor escala, focalizado en cuestiones de salud, enfermedad y cuidado. Está basado en el método etnográfico pero es diferente al propuesto por los antropólogos y destaca la importancia de

los etnométodos en el apoyo o estímulo de los pacientes para que cuiden de su salud (46).

Caballero, (1988) realizaron un estudio en Chile, sobre el autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2; ellos encontraron que el 67% es independiente en sus cuidados y que lo más difícil de lograr en el manejo del paciente diabético es la adherencia al tratamiento, por lo que es de suma importancia lograr la motivación y el compromiso del individuo en el proceso educativo.

Alarcón, S. mediante un estudio descriptivo realizado en Cuba, para explorar las capacidades de autocuidado del paciente con DM 2, encontró que solamente el 18% de ellos poseían una alta capacidad de para el autocuidado, mientras que el 81% no tenían esta cualidad (48).

En Venezuela se pueden citar varios trabajos, dentro de los paradigmas cuantitativo y cualitativo, realizados en mujeres diabéticas tanto embarazadas como no embarazadas que asisten a la Unidad de Diabetes y Embarazo de la Universidad de Carabobo- Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera , lugar donde se va a realizar la presente investigación.( Guerra, A, 2003).

Guerra, A. en el año 2003 exploró creencias, valores, hábitos y patrones comportamentales en la búsqueda del significado que tiene el

cuidado de sí en un grupo de diabéticas embarazadas. Utilizó como referentes conceptuales el modelo de análisis de salud de Arthur Klinman y la Teoría de Enfermería de Leininger.

La observación—participación – reflexión y la entrevista etnográfica fueron los métodos esenciales para revelar lo tácito en el comportamiento de las mujeres en relación al cuidado de sí. Surgieron tres temas: La salud y la enfermedad, valores culturales del cuidado de sí, prácticas del cuidado de la salud de la embarazada diabética y cuidándose en el embarazo se asegura un hijo sano.

La autora construyó una propuesta de cuidado cultural, en la cual se mostró que creencias, valores, hábitos y patrones comportamentales pueden ser preservados, acomodados y reestructurados para ofrecer un cuidado culturalmente congruente (49).

Chacón, F. y Capote J, en el año 2005, estudiaron el perfil psicosocial en pacientes diabéticas en edad reproductiva. Midieron rasgos de personalidad por el test Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota: MMPI y el test 16 PF, observando en ellas una tendencia a lo esquizoide seguida de tendencias psicopáticas hipocondríacas y paranoides. Además determinaron rasgos de intro-extroversión, auto-heteroagresividad, organicidad, depresión con el test Mioquínético de Personalidad: PMK el cual arrojó bajos porcentajes de intro-extroversión,

baja agresividad, depresión leve. Tenían un bajo porcentaje de problemas orgánicos.

Con el 16PF, se observó: tendencia a la introversión, se detectaron reservadas, sumisas, dependientes, retraídas, desconfiadas, conservadoras y de baja autoestima. En cuanto a lo intelectual se refiere, el nivel promedio tenía razonamiento práctico concreto (49).

Benavente, (2007), realizó un estudio sobre el cuidado humano y la práctica de enfermería. Su objetivo fue descubrir el significado que tiene la salud y la enfermedad para un grupo de adolescentes diabéticas embarazadas del Hospital Dr. Antonio María Pineda de tres comunidades urbano marginales de la ciudad de Barquisimeto, estado Lara. Utilizó el abordaje etnográfico focalizado. Surgieron dos temas, la salud y la enfermedad, percepciones de las pacientes diabéticas embarazadas, prácticas de cuidado de la salud. Los temas culturales permitieron resaltar las creencias, hábitos, valores y patrones comportamentales.

En la presente investigación me propuse estudiar esa perspectiva diferente, una perspectiva subjetivista, que no es más que la manera como las pacientes ven el problema, como se sienten con su enfermedad, como se sienten cuando les dicen reiteradamente que no han alcanzado sus metas de control; que a pesar del esfuerzo, que ellas

consideran que han hecho, sus metas de control metabólico no son ni siquiera aceptables y que están muy lejos de ser las ideales. El saber cómo se sienten cuando no han disminuido de peso, cuando su glicemia está alterada o su presión arterial continúa elevada, podría tener implicaciones importantes en el logro de las metas.

Cómo asumen estas pacientes el hecho de poseer un desequilibrio interno; los cambios que deben asumir, principalmente en sus estilos de vida, para recuperar ese equilibrio, fue lo que se pretendió investigar en este estudio.

Las modificaciones que tienen lugar en su organismo y que están siendo señaladas por el médico o por el equipo de salud - personas ajenas a las pacientes - pero que sin embargo se inmiscuyen en su vida, al punto que son estas personas extrañas quienes le indican que comer, como comer, las horas de comida, como ejercitarse, como controlar su estrés, que deben restringir muchas cosas por y para su bienestar.

Pero.... ¿Cómo va a ser para su bienestar si con todo lo que se le indica en un primer momento a la paciente podría no interpretarlo bien y por lo tanto no sentirse bien? ¿Cómo voy a limitar su libertad de acción? ¿Cómo de entrada, sin conocerla bien aún, voy a indicarle un cambio, en ocasiones radical, en su conducta? Probablemente en un



comienzo ella siga las instrucciones, se adhiera al plan alimenticio, al plan de acción, pero al final ella lo va a abandonar, pues al fin de cuentas ese plan no es de la paciente; ese plan es, o bien del médico tratante o del nutricionista.

Debe, por lo tanto, hacerse un abordaje diferente en el estudio y control de estas pacientes, un abordaje que no sea exclusivamente biologicista, que no se limite a ver exclusivamente a la paciente como objeto, dissociado del sujeto; que la preocupación central no sea la enfermedad, que se le preste más atención al enfermo como persona.

Debería existir una verdadera relación dialógica entre la paciente y el médico o el equipo de salud a cargo de su cuidado. Se debe conocer su interior, su estructura dialogal, sus noemas, su posición existencial ante la vida, ante su enfermedad. Se debe tratar de hablar el propio lenguaje de las pacientes para que exista un mejor entendimiento entre ambas partes, de esta manera poder hacerles llegar mejor el mensaje relacionado con su cuidado para que lo internalicen, lo pongan en práctica y se adhieran definitivamente a él.

Con la intención de comprender ese mundo interno de las pacientes, en este estudio se hizo una revisión de los modelos de

investigación existentes y se seleccionó el que se consideró mejor adaptado al logro de los propósitos planteados.

El estudio de los modelos epistémicos cobra cada día mayor importancia, por las relaciones que se presenta entre el conocimiento y sus representaciones, en este caso las vinculaciones que existen entre aquello que se ve mediante los sentidos y lo que no se puede ver a través de ellos. Lo que se ve, depende de la idea que se tenga del mundo, sólo se reconoce lo que realmente se ajusta a la manera de ver. Se debe tener presente que la selección del modelo apropiado, la precisión de su estructuración o significación, facilita la comprensión del problema u objeto de estudio. (33)

Parte de la presente investigación se orientó en el paradigma cualitativo, aunque partió del cuantitativo; se profundizó en lo noémico, lo no observable del fenómeno, para conocer la realidad interna de las pacientes su aspecto fenomenológico existencial, utilizando el método fenomenológico hermenéutico. La matriz epistémica es por consiguiente fenomenológica-compleja.

Al estudiar dos aspectos diferentes de un problema planteado, pero que se complementan, se enlazan, se entre cruzan para llegar a la verdad, objeto final de la ciencia, se incursionó en la complejidad. El

modo de dar respuesta a las interrogantes planteadas y las respuestas mismas, no fueron simples sino complejas; el abordaje fue complejo.

Se incursionó en lo empírico analítico y en lo fenomenológico, complejo y cualitativo, epistemología, modelo y paradigmas que guiaron esta investigación.

En este caso conocer primero si las pacientes alcanzaron las metas de control metabólico y luego las razones que permitieron o impidieron el logro de ese control, adentrándose en el propio núcleo constituyente de las pacientes, en su esencia, permitió una mayor aproximación de la realidad.

Para el conocimiento de los factores tangibles se partió del paradigma biomédico. Mientras que el hilo conductor en la investigación de los elementos no tangibles, fue la fenomenología existencial que permite realizar investigaciones relacionadas con situaciones de crisis que confronta el ser humano en el curso de su existencia.

## **CAPÍTULO III**

### **ORIENTACIÓN METODOLÓGICA**

#### **POSTURA EPISTÉMICA**

La presente investigación está orientada en el pensamiento complejo; partiendo de una investigación cuantitativa, empírico analítica, para estudiar el lado objetivo del problema, se pasa a una investigación cualitativa, fenomenológica –hermenéutica para comprender el lado subjetivo del mismo y así lograr una visión integral del fenómeno de estudio.

Orientada en la matriz epistémica de la complejidad, el diseño se sustentó en la lógica configuracional, donde el método no precede a la experiencia sino que emerge durante ella para tratar de dar respuesta a la incertidumbre o interrogantes planteadas.

Para Morin, el método se forma durante la búsqueda, éste no puede formularse sino después, en el momento que el termino vuelve a ser un nuevo punto de partida, pero esta vez dotado de método. La vuelta al comienzo, no es un círculo vicioso, la idea original regresa cambiada, el

círculo se ha transformado en un espiral, donde el regreso al comienzo es precisamente lo que lo aleja del mismo.

La palabra método, originalmente significaba el caminar; en la complejidad se camina sin camino, como decía Machado: Caminante no hay camino, se hace camino al andar; un investigador traza un camino para que otro lo siga. Nietzsche lo sabía, él afirmaba que los métodos vienen al final ( Morin, 1977 ).

En la complejidad el método se opone a la metodología que se reduce a recetas técnicas. A igual que el método cartesiano, se inspira en un paradigma, diferenciándose de él en que no obedece un principio de orden que excluya al desorden, de claridad que elimine lo obscuro, de distinción que excluya las semejanzas, de disyunción que ignore lo que se religa. Por el contrario, en la complejidad se trata de unir lo que está disjunto.

Por eso para estudiar el equilibrio metabólico de la mujer diabética pensé que debía ir más allá de lo numérico, de lo parcial, que debería incluir lo que se obvia, lo tangible y lo no tangible, lo simple y lo complejo. Para aproximarme más a la realidad de la mujer diabética, me di cuenta que no podía ir por un solo camino- el único que yo he transitado-, que si recorría algunos de los muchos otros por los que ellas transitan en

su mundo real y poder dialogar con esa realidad, para comprenderla e interpretarla, tendría una mayor probabilidad de acercarme más a ellas. Fue así como el propio proceso de la investigación me condujo a la corriente compleja.

Actualmente se sabe que, más de la mitad de las personas que presentan diabetes mellitus no goza de buena salud, ni calidad de vida. Esto es muy preocupante, en especial en el grupo de mujeres jóvenes, en edad reproductiva, quienes son justamente las que asisten a la Unidad, sujetos pacientes de esta investigación y no objeto de la misma.

Dirigir la mirada hacia su interior, hacia sus sentimientos en su situación de enferma, conocer y comprender su mundo vivido, su mundo de la vida.

Vida que se ve comprometida. Esta merma en su calidad de vida, podría atribuirse, principalmente, al inadecuado control metabólico observado en estas pacientes quienes, en su mayoría, no cumplen a cabalidad su tratamiento y algunas ya presentan, a su edad, factores de riesgo cardiovascular. Es por tanto imperativo conocer el por qué de esta falla en la conducción de la diabetes específicamente en este grupo etario, ya que al no controlarse bien ponen en riesgo su vida o la calidad de ésta va a ser muy precaria.

De allí que el pensamiento que guió la presente investigación fue el pensamiento complejo. Al plantearme la realidad del paciente con diabetes mellitus, el desacierto en su manejo, lo difícil que es alcanzar el equilibrio metabólico; al reflexionar sobre las vivencias cotidianas de su control y al querer imbuirme en esa realidad, decidí primero averiguar cuál era el verdadero grado de control de esas pacientes con diabetes tipo 2 en edad reproductiva, que asisten a la Unidad, para corroborar la visión que, por experiencia, se tiene del problema.

**PRIMER MOMENTO METODOLÓGICO: El pensamiento concreto, lo empírico analítico.**

Para conocer el grado de control metabólico de las pacientes, que son hechos tangibles, en un primer momento metodológico se inició la investigación con un estudio transseccional, no experimental, exploratorio y descriptivo. En este abordaje empírico analítico, el fenómeno se estudió en un momento y tiempo determinado, sin manipular las variables, estudiándolas tal y como se encuentran en la realidad (Hernández, 2008).

Indagar cuántas pacientes estaban controladas, cuántas cumplieron con las indicaciones del médico y el equipo de salud en cuanto al tratamiento, incluyendo los cambios en el estilo de vida.

Determinar cuántas lograron las metas propuestas y cuáles las metas alcanzadas durante ese período de estudio, fueron los objetivos planteados en esta primera parte de la investigación.

La **población** estuvo representada por pacientes con diabetes mellitus diagnosticada.

La **muestra** intencional, no probabilística estuvo conformada por 62 mujeres, entre 16 y 45 años, en edad reproductiva - que estuviesen menstruando - con diagnóstico de diabetes mellitus tipo2, de diez años o menos de evolución de la enfermedad, que acudieron a control a la Unidad de Diabetes y Embarazo Universidad de Carabobo – Ciudad Hospitalaria Dr.`` Enrique Tejera``, ubicada en la ciudad de Valencia, estado Carabobo Venezuela, durante el año 2009.

Una vez seleccionadas las pacientes por llenar los criterios de inclusión antes señalados y obtenida la firma del consentimiento informado, se procedió a realizar las mediciones de las variables **clínicas** y **bioquímicas** que se utilizan de manera rutinaria como parámetros de control metabólico. Ellas constituyeron las variables cuantificables de equilibrio, en la metodología positivista.



Los elementos estudiados fueron: aspectos demográficos, aspectos relacionados con sus estilos de vida. Aspectos clínicos: peso, talla, índice de masa corporal, circunferencia abdominal, presión arterial sistólica y diastólica. Aspectos bioquímicos: glicemia en ayunas y postprandial (2 horas después de haber realizado el desayuno), colesterol total, HDLc, LDLc, triglicéridos y hemoglobina glicosilada (Hb A1c).

Estas determinaciones, en su mayoría representan las metas de control metabólico propuestas por la Asociación Americana de Diabetes (ADA, 2010) y la Federación Internacional de Diabetes (IDF, 2010), organismos que dictan pauta en el control metabólico de la diabetes.

La **recolección de datos** se realizó mediante una Historia Clínica completa, que comprendió la anamnesis, la evaluación clínica- incluyendo la antropométrica- y la evaluación bioquímica. Para el **registro** de la información se elaboró un **instrumento** o cuestionario estructurado, donde se asentaron los diferentes aspectos a investigar, el cual se anexa. (Anexo 1).

En relación a los aspectos demográficos se investigó la edad, para ver, además de su distribución en la muestra seleccionada, si ella tenía alguna influencia o no, en la adhesión al tratamiento, especialmente en lo que a cambios en el estilo de vida se refiere. La misma razón fue valedera

para el grado de instrucción y el estatus socioeconómico, partiendo del supuesto que a mayor grado de instrucción y estrato socioeconómico, las pacientes deberían tener un mejor control.

El procedimiento metodológico empleado para cumplir con los propósitos del estudio siguió un orden lógico; se comenzó por hacer una Evaluación socioeconómica: para lo cual se aplicó un instrumento ya validado, la escala de Graffar modificada por Méndez Castellano.

Los estilos de vida no saludables, han sido señalados dentro los factores de mayor peso en la aparición de las enfermedades emergentes o enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus (Da Qing study, 1997). Éstos se investigaron de acuerdo a las preguntas elaboradas para ello en el instrumento de recolección de datos.

Las modificaciones en los estilos de vida no saludables, son consideradas de gran influencia en el logro de las metas de equilibrio metabólico (The DECODA Study, 1998), (The DACODE Study, 2000). Para determinarlo se procedió a identificar, en este grupo de mujeres con diabetes diagnosticada, sus estilos de vida; sí éstos eran o no saludables, y en caso de no serlo, si habían sido modificados siguiendo las recomendaciones del programa educativo dictado en la Unidad. Éste, es un programa continuo, impartido sistemáticamente por el equipo

multidisciplinario de la Unidad, considerado fundamental por ser parte del tratamiento de las pacientes con diabetes mellitus que se controlan en la misma.

En diabetología, la educación representa un aspecto básico en el manejo de las pacientes quienes deben tener un conocimiento amplio sobre la enfermedad, la nutrición, la actividad física, el control de las emociones y del estrés. También deben saber cómo es el tratamiento, cuáles son los medicamentos que recibe en especial lo referente a la insulina; como conservarla, como inyectarse, sus efectos colaterales, entre otras cosas. Ellas deben conocer qué es lo saludable y qué no lo es, cómo influyen estos aspectos en su control y los beneficios que podría brindar el hecho de observar estilos de vida adecuados; conocimientos que son imprescindibles para obtener y mantener el equilibrio metabólico.

Para que las pacientes adquieran hábitos nutricionales saludables, se les imparte conocimientos básicos en nutrición, desde la calidad y tipo de alimentos, composición, valor nutritivo, valor calórico y formas de preparación; la cantidad que se debe ingerir, el cálculo de las raciones y los equivalentes que les permite hacer un intercambio de los alimentos ajustado a los requerimientos de cada paciente. Las charlas, dictadas semanalmente, son vivenciales e interactivas para que el proceso de formación se lleve a cabo con mayor facilidad.

En relación a la **evaluación clínica** de las pacientes, ésta incluyó las medidas antropométricas, para lo cual en todas las pacientes se determinó el peso y la talla, utilizándose una balanza Health-o-Meter, con una precisión de 0.1 Kg. Para ello la paciente debió estar descalza y con la menor ropa posible. Con ambos datos se calculó el Índice de Masa Corporal ( IMC ), aplicando la fórmula:  $\text{Peso (expresado en Kg.)} / \text{Talla}^2$  (expresado en cms<sup>2</sup>).

La interpretación del IMC, se hizo según lo indicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009), cuando este índice es inferior a 25, se habla de **Normopeso**; cuando se encuentra entre 25-30 se dice que hay **Sobrepeso** y cuando es superior a 30, se afirma que existe **Obesidad**.

Otra de las medidas antropométricas que se utilizó, para la evaluación de la obesidad, fue la circunferencia abdominal; actualmente se sabe que la obesidad visceral es un importante factor de riesgo cardiovascular. La circunferencia abdominal se determinó con una cinta métrica y la medida se expresó en cms.

La mujer debe tener una circunferencia abdominal inferior a 88 cms., de acuerdo a los criterios de la IDF, (Alberti, 2010). Valores superiores a estas cifras, son compatibles con **obesidad visceral**. Esta

medición se incluyó dentro de las metas clínicas, con el propósito de determinar el riesgo cardiovascular.

La Presión Arterial se midió con un esfigmomanómetro marca Riester, sus valores se registraron en mm.de Hg.

La presión arterial, variable clínica indicativa de control metabólico, también se investigó en este grupo de mujeres, ya que ésta se encuentra elevada en una gran proporción de diabéticos. Sus valores deben tomarse en cuenta por separado, de hecho así se hizo; se registró la presión arterial sistólica y la presión arterial diastólica, sus resultados fueron analizados comparándolos con los valores normales.

Según el panel de expertos del NCEP-ATPIII (2001), se consideran normales los siguientes valores: PAS (Presión Arterial Sistólica): hasta 130 mm/ Hg; PAD (Presión Arterial Diastólica): hasta 85 mm/ Hg. Valores superiores son compatibles con hipertensión sistólica o diastólica, respectivamente.

En relación a la evaluación bioquímica, ésta incluyó glicemia en ayunas y glicemia post-prandial, es decir dos horas después de una comida, en este caso el desayuno. La hemoglobina A1c, también fue determinada por ser considerada el mejor índice de control metabólico; sirve para ver si hubo control de la glicemia en las semanas previas a su

medición; su determinación nos brinda una idea de las oscilaciones de glicemia pre y postprandiales en los tres meses precedentes. De encontrarse normal nos brinda mayor seguridad de su control, que la glicemia en ayunas solamente. Se determinó por métodos Inmunoquímicos.

Los lípidos, de mucho valor en la predicción de riesgo cardiovascular, también fueron determinados. Se midió colesterol total, HDLc y LDLc y triglicéridos utilizando métodos enzimáticos colorimétricos.

Los valores normales de estas variables bioquímicas investigadas, considerados normales son: Glicemia en ayunas: hasta 100 mg / dL, Glicemia postprandial, a las dos horas: 140 mg/ dL ; Hb A 1c: 6.5mg%. (ADA, 2010).

Lípidos séricos: HDLc, superior a 50 mg %; LDLc, inferior a 130 mg/ dL y Triglicéridos, inferior a 150 mg/ dL. Según los criterios de la ADA, 2009. (NCEP ATP III, 2001)

En resumen, los valores de referencia utilizados en las determinaciones cuantitativas, fueron los de la OMS, ADA, e IDF, 2010 y los del NCEP/ATPIII, 2001, ya señalados.

Posterior a la recolección de los datos, el registro de los parámetros clínicos y bioquímicos, indicativos de equilibrio metabólico, se procedió a su **análisis estadístico**. Para ello se calcularon los estadísticos descriptivos de las diferentes variables estudiadas. Los resultados se expresaron en promedio, DS, rango, frecuencia absoluta y relativa. Los datos fueron procesados y analizados con el programa SPSS.

### **ÍNDICE DE REACTIVIDAD AL ESTRÉS**

Para concluir esta etapa empírico analítica de la investigación, se realizó otro procedimiento cuantificable, el cual surgió luego del análisis de los estilos de vida, al encontrar que las pacientes reaccionaban con emociones negativas ante las presiones de trabajo, estudio, familia o del medio social, tal como fue recogido en el cuestionario estructurado, diseñado para la recolección de datos (Anexo 1). En esta primera parte de la investigación se interrogó a las pacientes, acerca de su reacción emocional ante situaciones cotidianas de su vida: si lo hacían con temor, rabia, angustia. Su valoración se realizó mediante una Escala de Likert al responder (marcando la opción, nunca, a veces, casi siempre o siempre), el grado de intensidad, con el cual ellas reaccionaban ante las mencionadas situaciones. Aquí se pudo apreciar que ellas no tenían un control adecuado de sus emociones; por otra parte a este hecho debe

agregársele que a este aspecto de las emociones no se le dedica un espacio suficiente en las consultas y en las charlas educativas. Como estas emociones negativas acompañan generalmente a situaciones estresantes, se decidió medir en ellas, el Índice de Reactividad al Estrés (IRE).

Para ello se utilizó un **instrumento** ideado por González de Rivera (1990), quien creó este test que denominó IRE y lo definió como el conjunto de pautas habituales de respuesta cognitiva, emocional, vegetativa y conductual. Este instrumento que consta de 32 ítems, contiene respuestas somáticas, neurovegetativas o psíquicas que miden los factores involucrados en el estrés. De allí que el IRE, pueda ser: vegetativo, emocional, cognitivo, conductual y global. (Anexo 2)

**Puntuación del IRE, en la escala de valores:** Va de **0** a 4, de acuerdo a la intensidad de la respuesta; los valores son:

**0:** Si no hay respuesta.

**1:** Si experimenta un poco o algo de reacción

**2:** Si la experimenta con moderada intensidad o medianamente.

**3:** Si la experimenta con bastante intensidad

**4:** Si la experimenta con mucha intensidad.



## CÁLCULO DEL IRE

Para calcular este índice, se procedió de la siguiente manera:

**IRE Vegetativo:** Sumar la puntuación de los ítems 2,4,5,7,10,12,13,14,17, 19,21,22,25,28 y 31. El resultado se divide entre 15.

**IRE Emocional:** Sumar la puntuación de los ítems 6, 15, 20, 24 y 29.El resultado se divide entre 5.

**IRE Cognitivo:** Sumar la puntuación de los ítems 3, 11,18, 27 y 32. Dividir el resultado entre 5.

**IRE Conductual:** Sumar la puntuación de los ítems 1, 8, 9, 16, 23 ,26 y 30.Dividir el resultado entre 7.

***IRE Total:*** *Se suman todos los subíndices y se divide entre 4.*

## INTERPRETACIÓN DEL IRE

Para la interpretar los IRE existen unas puntuaciones que, de acuerdo a su valor, se pueden identificar situaciones estresantes y hacer las recomendaciones necesarias para reducir la reactividad al estrés.

Las puntuaciones son las siguientes:

**Menores de 0,6:** son bajas. **Entre 0,6 y 1:** algo alto, pero no preocupante. Se recomienda realizar métodos de concentración, para reducir la reactividad al estrés. **Mayores de 1:** demasiado alto.

Las personas con esta puntuación deben tener cuidado y dedicar un tiempo diariamente para controlarlo (González de Rivera, 1990).

## DE LO EMPÍRICO ANALÍTICO A LO FENOMENOLÓGICO

Los aspectos tangibles de control metabólico, como se puede apreciar, se estudiaron a través de un abordaje empírico analítico, basado en la ciencia positivista. Al evaluar estos aspectos cuantificables, se pudo corroborar que no todas las pacientes mostraron un adecuado control metabólico.

Hubo aspectos, especialmente los relacionados a cambios de actitud, cambios de comportamiento- como el adoptar estilos de vida saludables- que fueron muy difíciles de aceptar y es de ellos precisamente, de los que depende gran parte de el control.

Surge aquí una nueva preocupación y nuevas interrogantes: ¿Por qué esta dificultad en el logro de las metas? ¿Por qué no hay cambios

importantes en los estilos de vida? ¿Qué impidió en ellas, la efectividad del proceso educativo? Interrogantes relacionadas con el paciente, con su persona, con el ser, por eso no se obtuvieron ni se obtendrán respuestas, de continuar apegada exclusivamente a la metodología positivista.

En la búsqueda de respuestas a estas interrogantes, comencé a revisar los diferentes paradigmas de investigación, observando que el paradigma biomédico que estaba utilizando - el que conocía y el que tradicionalmente se usa en las investigaciones médicas- proporcionaba una visión parcial del problema, una visión de lo que se ve y lo que se mide, quedando otra parte que no se podía ver, una parte ciega, ensombrecida u oscura que no llegaba a iluminarse y que nunca lo haría de no cambiar la dirección y de la fuente de iluminación que siempre había utilizado.

Esa parte del problema que yo quería visualizar estaba fuera del alcance del paradigma biomédico, que se venía empleando, porque este se centra sólo en lo objetivo, en la enfermedad, en la diabetes; dejando a un lado lo subjetivo, el paciente, la persona. La ciencia que se maneja es simple, ve el problema desde una sola dimensión.

Un grupo de investigadores ha afirmado recientemente, que el gran desarrollo de las ciencias en los actuales momentos, ha hecho imposible identificar un método común a todas ellas, de allí que el campo de las ciencias sea heterogéneo y complejo (Álvarez, 2003 ).

Hoy en día se sabe que no todos los hechos que constituyen la realidad se pueden analizar experimentalmente y que no todos los fenómenos naturales se pueden reducir a expresiones matemáticas. Muchas explicaciones estadísticas deben ser complementadas con explicaciones motivacionales o intencionales, en general con explicaciones que implican el significado que tienen las cosas y las acciones para el ser humano.

En el área de las ciencias humanas se debe dar un espacio al sentir humano. Martínez -Miguéles (1998), sostiene que se paga un sobre precio por la ciencia pura y aplicada y que su verdad no es tan absoluta al sacrificar, en sus aras, valores y creencias genuinamente humanos.

Emerge, así, un nuevo paradigma, que tiene presente que las ciencias humanas nunca podrán ser objetivas y nunca podrán objetivizar a su objeto de estudio. No pueden ser simples ni homogéneas. Como afirma Kant: “La ciencia es un producto del hombre, por lo cual no podrá nunca dar razón plena de él” Kant, (1981).

Fue así que para responder las nuevas interrogantes que surgieron en el momento empírico analítico de la investigación, decidí reorientar la investigación, cambiar de paradigma; pasar del paradigma cuantitativo al cualitativo, introducir otro enfoque.

Al enmarcarme en una nueva corriente de pensamiento y dar un salto paradigmático, como denominó Tomas Khun, este giro en la epistemología de la investigación, se está tomando un nuevo rumbo en el proceso investigativo.

Khun, en su libro “La estructura de las revoluciones científicas” cuestionó el progreso rectilíneo y acumulativo de la ciencia, manifestando que el conocimiento no es lineal y que la ciencia progresa en función de rupturas o saltos paradigmáticos. Fue así como este autor, realizó una verdadera ruptura epistemológica de la base positivista al introducir nuevos enfoques, un nuevo concepto de paradigma (Khun, 1988).

En el desarrollo de la investigación, se crea la necesidad de conocer otros factores no tangibles, que podrían influir en el equilibrio metabólico, pero que por su carácter no mensurable, no se han podido estudiar o han sido poco estudiados.

Estos factores distanciados de la objetividad del conocimiento, que miran la parte subjetiva, estudian las reacciones, significados y sentires de los sujetos que no están enmarcados en la epistemología positivista, estos elementos son los que quiero continuar estudiando y pero para ello debo emplear otra metodología.

Es así como el proceso investigativo se origina en el paradigma biomédico y permitió hacer una parte del estudio meramente biológica - un estudio clínico y bioquímico, de las metas de control metabólico- . Pero luego se pasa al paradigma cualitativo para estudiar lo psicosocial, cultural y espiritual de las pacientes, para tratar de identificar las barreras que, en estos aspectos, impiden alcanzar las metas.

La metodología cualitativa, se inicia a finales del siglo XVIII, apreciándose en la literatura de esa época un creciente interés por las narraciones sobre aspectos de la vida de los grupos sociales de clase baja, los campesinos, las diferentes etnias y la vida rural. Una representación de esto fueron las obras de Jacques Rousseau y la ópera, El Barbero de Sevilla de Beaumarchis.

Luego en el siglo XIX, con el auge de las ciencias sociales y la expansión de la antropología se comenzó a estudiar a los grupos sociales desprotegidos, lo que reafirma esta tendencia. En esta misma época un

filósofo alemán de nombre Hegel, uno de los teóricos más influyente en el pensamiento universal, estudió las diferentes formas en que las cosas aparecen en la conciencia de los seres humanos. Dilthey, precursor de la hermenéutica contemporánea, fue otro de los filósofos que hizo grandes aportes a la investigación cualitativa ( Alvarez, 2003 ).

Es en el siglo XX, cuando esta corriente se desarrolla al máximo, al formularse el principio de orientación del investigador al mundo social de las experiencias cotidianas.

## **SEGUNDO MOMENTO METODOLÓGICO: Lo Fenomenológico-Hermenéutico**

En este segundo momento de la investigación se estudió el pensamiento abstracto, se exploraron los factores no tangibles: psicosociales, culturales y espirituales del grupo en estudio. El abordaje se hizo por el **método fenomenológico -hermenéutico**.

El método fenomenológico es una manera de abordar la realidad que no es observable u objetiva y por lo tanto no cuantificable. Se fundamenta en la comprensión de los significados subjetivos implícitos en el mundo de los actores sociales y en la creación del saber partiendo del conocimiento de la vida diaria.

Son realidades que, por su naturaleza, sólo pueden ser captadas desde el interior de quien las vive o experimenta, realidades desde el marco referencial interno del sujeto. Se estudia una realidad única, diferente, que no es igual para todos, sino propia de cada sujeto en particular. Son realidades que constituyen la esencia de cada ser humano.

La fenomenología nace como una crítica a la manera de hacer ciencia de acuerdo al modelo cartesiano, que se concreta en el objeto y en lo cuantificable, olvidándose del sujeto y separándose de él.

En el método fenomenológico, se busca el significado del fenómeno, el cual es observado desde adentro del sujeto de estudio, desde su conciencia, para poder ver la esencia del mismo.

Edmund Husserl, creador de la fenomenología, la define como el método que intenta comprender de forma inmediata el mundo del hombre, su Lebens-welt, mediante una visión intelectual basada en la intuición de la cosa misma; es decir del conocimiento que se adquiere válidamente a través de la intuición que conduce a los datos inmediatos y específicos.

Es así como Husserl, en su afán de hacer ciencia y apegado al rigor de la metodología científica, prescribió abstenerse de los prejuicios, conocimientos y teorías previas, con el objeto de basarse únicamente en



lo dado. Se debe volver a los fenómenos, volver a la persona que expuso el fenómeno para verificar si el significado de los fenómenos fue alterado.

El leit-motiv de Husserl en la investigación fenomenológica, es ir a las cosas mismas; entendiéndose por cosas todo aquello que se presenta a la conciencia (Husserl, 1962).

La fenomenología y su método estudian las realidades tal cual son, realidades que se manifiestan por sí mismas, que afloran o emergen sin ser modificadas desde el exterior porque son respetadas en su totalidad. (Martínez- Miguélez, 1989).

La fenomenología es una corriente del pensamiento, propia de la investigación interpretativa, que aporta como base del conocimiento la experiencia subjetiva inmediata de los hechos tal como se perciben. De allí que lo que se extraiga de la significación de las pacientes sea una representación de la realidad, tal como se presenta en la conciencia de las mujeres estudiadas (Lyotard, 1973).

## **DE LA ENTREVISTA, LOS INFORMANTES Y CRITERIOS DE SELECCIÓN.**

El abordaje fenomenológico hermenéutico utilizado para conocer la realidad interna de las pacientes se hizo mediante entrevistas a profundidad, realizadas a un grupo de cinco pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en edad reproductiva, a quienes se les había estudiado en el primer momento metodológico, independientemente de su grado de control metabólico y de si sus estilos de vida eran saludables o no.

El **procedimiento metodológico** utilizado para estudiar las necesidades psicosociales y culturales de las pacientes, fue la entrevista a profundidad, la cual se realizó a cada una de las pacientes seleccionadas de modo intencional para esta segunda parte del estudio, bajo los siguientes criterios: mujeres con Diabetes Mellitus tipo2 en edad reproductiva (15-49años, que estuviesen menstruando), con diez (10) años o menos de evolución de su enfermedad, controladas en la Unidad, que hubiesen asistido al programa de educación que se dicta en la misma y que hubiesen participado en el estudio empírico-analítico realizado previamente.

Además de estos cinco (5) **sujetos de estudio**, también se les realizó una entrevista a profundidad a cinco (3) **agentes externos**, integrantes del equipo de salud: una enfermera, una nutricionista, una educadora; todos involucrados en el control de estas pacientes con

especialidad en el área y dilatada experiencia en el manejo de las pacientes diabéticas, de manera que pudieran aportar información valiosa acerca de la realidad vivida por este grupo de mujeres con el objeto de comparar o cruzar la información obtenida.

Una vez explicada la razón y condiciones de la entrevista, firmado el consentimiento informado, de la ya manifestada disposición de expresar libremente sus sentires, valores y condiciones de vida, se procedió a entrevistar a cada uno de los sujetos seleccionados para el estudio, quienes debían disponer del tiempo suficiente, para ser entrevistados.

Se escuchó atentamente el relato de sus experiencias durante estas entrevistas que fueron grabadas y en las cuales se hacían preguntas relacionadas con las experiencias vividas por las pacientes en relación a su enfermedad, tratamiento y logro del equilibrio metabólico.

Para estas entrevistas que se consideraron abiertas, personales y que se realizaron cara a cara, se elaboraron algunas preguntas que sirvieron de guía a la investigadora para tratar de no obviar algunos aspectos relevantes en la comprensión del fenómeno en estudio. Estas preguntas no se hacían siguiendo un orden determinado, sino según iban surgiendo en la conversación, la cual no se interrumpía para no coartarle a las pacientes la libertad de expresarse, brindándoles, además,

la oportunidad de discurrir sobre ellas y manifestar sus sentimientos, sin dar cabida a condiciones prefijadas por la investigadora (Álvarez, 2003).

Por eso en algunas ocasiones aparecían aspectos no considerados previamente, pero que al ser tocados por la paciente de manera espontánea, cobraban importancia para los propósitos de la investigación.

Estas conversaciones eran cordiales y privadas, no tenían un límite de tiempo previamente establecido, su duración osciló entre treinta y cinco y sesenta minutos, que, dependiendo de la capacidad de comunicación de la entrevistada, hasta lograr la saturación es decir cuando comenzaban a repetir la información; unas resultaron más largas que otras. Las entrevistas se hacían los días que las pacientes acudían al hospital a su control y si disponían de tiempo para dedicarlo a ella.

Una vez que la paciente aceptaba, nos trasladábamos a un ambiente tranquilo, donde nadie interrumpiera, se pudiera interactuar e inspirar a la paciente la confianza necesaria para expresarse con libertad y naturalidad. Antes de iniciarla, se les manifestaba a las pacientes, que la información sería confidencial y que se utilizaría sólo con el propósito de investigación, para contribuir al mejoramiento de su equilibrio metabólico. Se realizaba solo una entrevista a cada paciente, siguiendo algunas

estrategias recomendadas por otros investigadores, utilizadas en situaciones similares.

Una vez escuchado detalladamente el relato de cada paciente el cual fue grabado, se procedía a desgrabarlo y transcribirlo en Microsoft Office Word 2008.

Posterior a la descripción minuciosa de lo expresado por cada paciente en la entrevista, se elaboró una matriz conformada por varias celdas, en donde se vació la información ordenada por códigos, propiedades, categorías, significación y finalmente la interpretación de lo revelado por las pacientes.

De las vivencias narradas por cada una de las pacientes, se extrajeron los conceptos; estos conceptos emitidos por ellas en relación al fenómeno de estudio fueron agrupados como códigos; las características que describieron de los conceptos, expresados de manera tacita o implícita, se ubicaron en las propiedades. Luego se agruparon varios códigos similares o afines en las llamadas categorías de las cuales emergió la significación que de ese concepto tiene el entrevistado, considerada como la esencia del fenómeno de la cual al final se hizo una interpretación.

Para poder llegar a la esencia del fenómeno, la información fue sometida a un filtro epistémico, procedimiento que permitió su depuración progresiva.

De cada una de las categorías surgidas se extrajo la significación del fenómeno para cada uno de los pacientes y de esta se obtuvo la significación general, la cual posteriormente fue interpretada.

La matriz es una estructura común, donde se representan esas experiencias vivenciales, que le permiten al investigador y a quienes leen el trabajo, tener una visión general de la información obtenida en las entrevistas, de la organización y del análisis de los datos.

En la matriz se agruparon los casos similares o análogos. Con conciencia fenomenológica se develó el sentido que tenía el fenómeno para cada sujeto de estudio, exactamente igual como lo expresaron, haciendo uso de lo que Husserl denominó epogé, que significa suspensión de juicios; es decir se colocó la realidad revelada entre paréntesis, tal como se manifestó, sin emitir juicio alguno.

Al comprender e interpretar esas vivencias, pude aproximarme a la realidades internas de la mujer diabética en edad reproductiva e intuir si estas realidades podrían influir o no en el logro del equilibrio

metabólico. Estas significaciones, estos sentimientos posteriormente se asociaron, compararon o contrastaron con los diferentes estilos de vida identificados y con las variables clínicas y bioquímicas de control metabólico, procedimiento conocido como saturación.

Todo esto permitió conocer la significación de las vivencias de las pacientes en relación a su enfermedad, de los sentimientos que emergieron desde su nueva condición de mujer con una enfermedad crónica como la diabetes. A través de las entrevistas también se pudo revelar si hubo o no, modificación de la estructura dialogal en las pacientes.

Este momento fenomenológico de la investigación, se llevó a cabo en varias etapas o fases, que pueden resumirse en las siguientes, descritas por Spiegelberg y señaladas por Leal (2009).

**PRIMERA FASE:** DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO EN TODA SU RIQUEZA. En el Marco Teórico se describió el fenómeno de estudio, con toda su riqueza, sin omitir detalles, tal como lo dice el autor en su diseño.

**SEGUNDA FASE:** BÚSQUEDA DE MULTIPLES PERSPECTIVAS. Aquí se investigaron las opiniones de personas- sujetos de estudio y agentes externos- quienes dieron su visión sobre el fenómeno. Para ello se

entrevistaron pacientes con la enfermedad e integrantes del equipo de salud personas involucradas en su manejo.

**TERCERA FASE:** BÚSQUEDA DE LA ESTRUCTURA, BÚSQUEDA DE LA ESENCIA. Para ello se organizó la información en matrices, elaboradas especialmente para vaciar las opiniones que sobre el fenómeno dieron los entrevistados para compararlas, contrastarlas de manera que surgieran las semejanzas, coincidencias, diferencias o asimetrías del fenómeno de estudio.

**CUARTA FASE:** CONSTITUCIÓN DE LA SIGNIFICACIÓN INVESTIGACIÓN. Una vez hecha la contrastación, identificadas las semejanzas y diferencias de la visión del fenómeno, por parte de los informantes, se procedió a constituir el significado.

**QUINTA FASE:** INTERPRETACIÓN DEL FENÓMENO. Con los elementos obtenidos en la investigación se procedió finalmente a interpretarlos. La interpretación es la percepción que se hace del fenómeno en su contexto, para así poder **COMPRENDER** la realidad de estudio.

Habermas (1996), en su libro Textos y Contextos, al hacer referencia a la fenomenología, afirma que está muy unida a la



hermenéutica. La hermenéutica se define como la interpretación de los hechos. Es el arte de interpretarlos y está ligada a la intención del autor, al contexto y al sistema de significación.

El método hermenéutico trata de introducirse en el contenido y la dinámica de la persona estudiada y en las implicaciones; busca estructurar una interpretación coherente del todo. Se diferencia del método fenomenológico puro, porque éste respeta plenamente la relación que hace la persona de sus vivencias, ya que, al tratarse de algo tan personal, no hay razón para pensar que ella no vivió, no sintió o no percibió esa situación que describe.

El método fenomenológico se centra en esas realidades vivenciales que son poco comunicables, pero que son determinantes para la comprensión de la vida psíquica de cada persona. Es el más adecuado para estudiar la estructura psíquica vivencial de la persona ante una situación impactante en su vida, ante una situación vital, ante una crisis, ante la toma de decisiones importantes que implican un cambio en su estructura dialogal, en su modo de vida.

El énfasis primario de la fenomenología, está puesto en el fenómeno mismo, en lo que se presenta y revela a la propia conciencia y del modo como lo hace, con las particularidades de cada quien. La

fenomenología no excluye de su estudio nada de lo que se presenta a la conciencia, acepta lo que se le presenta y como se presenta. Como afirma Laing, la conducta es una función de sus vivencias. (Martínez - Miguélez, 1989).

Citando a Husserl: siempre existe en nosotros un ambiente de vida presupuesto, un medio vital cotidiano. Este autor explica como ese medio de vida, funge siempre de trasfondo; como sus dimensiones valorativas pre-lógicas son fundamentales para las verdades lógicas teóricas. Refiere todo conocimiento teórico a este trasfondo vital natural. Para Husserl, la fenomenología es la ciencia que trata de descubrir las estructuras fundamentales de la conciencia.

El fin de la fenomenología no es describir un fenómeno particular, sino descubrir en él su esencia (el eidos), válida universalmente y útil científicamente. Esta intuición de la esencia (Wessenschau), no es un proceso de abstracción, sino una experiencia directa de lo universal que se revela y se impone con evidencia irresistible. La esencia que aparece sólo en las intuiciones de los seres individuales, no se reduce a ellos, sino que en cierto modo se encuentra fuera del tiempo y del espacio es decir, no está ligada al tiempo y el espacio. Así, el investigador no se limita al estudio de casos, aunque parte de ellos, sino que su meta es

alcanzar los principios generales mediante la intuición de la esencia (Husserl, 1962).

La presente investigación es por lo tanto compleja; se llevó a cabo en dos momentos metodológicos. Un primer momento cuantitativo, cuyo abordaje empírico analítico permitió, con los datos obtenidos de las pacientes, hacer un diagnóstico situacional, sobre su grado de control metabólico. Esto se realizó tomando en cuenta una consideración sobre el pensamiento concreto, citado por Muñoz-López (2002), en el libro sobre Instrumentos de Evaluación en Salud Mental: “Constituye un craso error el teorizar sin poseer datos. Uno empieza de manera insensible a retorcer hechos para acomodarlos a sus hipótesis, en vez de acomodar las hipótesis a los hechos”, Sir Arthur Conan Doyle.

En un segundo momento cualitativo, mediante un abordaje fenomenológico-hermenéutico, se pudieron conocer los hechos no tangibles, que podrían influir en el equilibrio metabólico de las mujeres diabéticas jóvenes. Aprovechando la ventaja que ofrece el método cualitativo de obtener datos reales, ricos y profundos para la comprensión de los fenómenos que no son cuantificables, se pudo obtener una visión holística del fenómeno, una visión del resto de los elementos no observables desde fuera sino desde el propio interior de la persona.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

#### MOMENTO EMPÍRICO ANALÍTICO

A continuación, se presenta la descripción de los resultados obtenidos en el ***primer momento empírico analítico***.

*En esta primera parte se estudió el* equilibrio metabólico en un grupo de 62 mujeres en edad reproductiva, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acudieron para su control, durante el año 2009, a la Unidad de Diabetes y Embarazo ubicada en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Valencia, Estado Carabobo. Venezuela.

Como se señalara al comienzo del texto ésta es una Unidad de Investigación que atiende a mujeres con Diabetes Gestacional o con antecedentes de este tipo de diabetes que aún no son diabéticas a quienes se les hace seguimiento y prevención. Además se ven pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 1 y Diabetes Mellitus Tipo 2 que han sido diagnosticadas en la Unidad o bien fuera de ella, pero que son referidas a la misma por estar en edad reproductiva, para su atención y control.

Las características generales investigadas en las mujeres diabéticas seleccionadas, fueron las siguientes:

La edad promedio fue 36,45 años y el tiempo promedio de evolución de la enfermedad fue de 4.42 años.

En lo que respecta al peso de las pacientes, en su mayoría eran obesas o tenían sobrepeso, siendo elevados los promedios tanto del Índice de Masa Corporal: 31.11, como de la circunferencia abdominal: 95.47cms; valores que caen en el rango de la obesidad y de la obesidad visceral, respectivamente,( OMS, 2010 ).

El promedio de la presión arterial sistólica fue de 111.84 mm de Hg. y 72.84 mm de Hg. para la diastólica. Ambas cifras se encontraron dentro de la normalidad, según consenso reciente de la IDF (2010).

Las concentraciones de glicemia estuvieron sobre el rango normal, tanto la glicemia en ayunas: 162,73 mg / dL, como la glicemia postprandial: 185,03 mg / DL, resultaron sobre los valores establecidos como metas por la ADA y la IDF (2010).

Respecto a los lípidos y de acuerdo a los valores de referencia establecidos por el NECP, ATPIII, el HDL colesterol promedio fue bajo: 41.9 mg / dL.

El LDLc promedio: 102,27 mg/dL, resultó un valor aceptable y los triglicéridos se encontraron elevados, con un valor promedio de 150,19 mg/ dL. (NECP, ATPIII, 2001)

Estos resultados, valores promedio y desviación estándar, se muestran en la Tabla 1.

TABLA 1

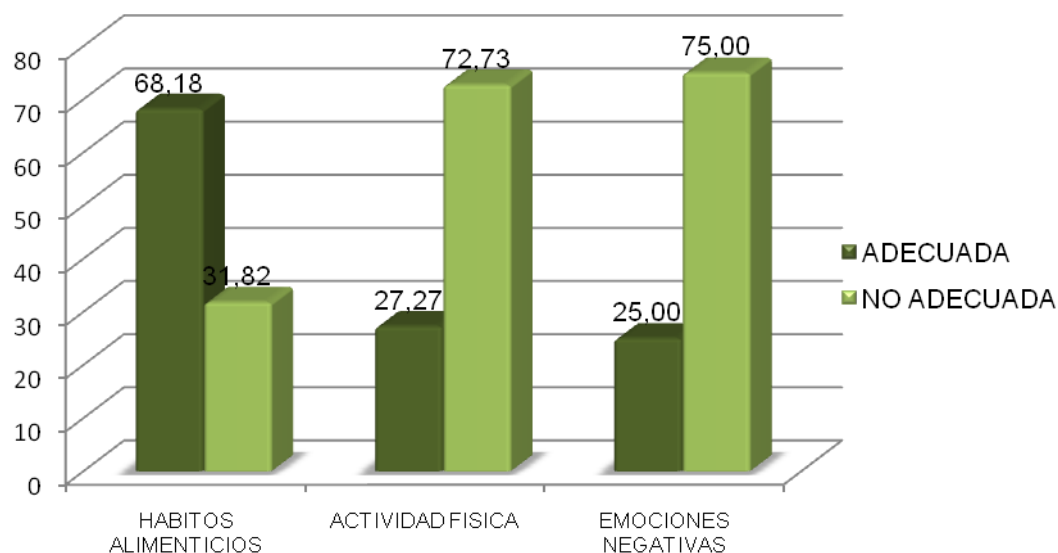
**CARACTERISTICAS ESTUDIADAS EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA CON DM2**

DATOS	Promedio	D.S.
<b>n: 62</b>		
EDAD (años)	36,45	6,67
INDICE DE MASA CORPORAL (Kg/m <sup>2</sup> )	31,11	6,43
CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (cms)	95,47	12,77
PRESION ARTERIAL SISTÓLICA (mmHg)	111,84	17,70
PRESION ARTERIAL DIASTOLICA (mmHg)	72,84	10,39
GLICEMIA EN AYUNAS (mg/dL)	162,73	68,00
GLICEMIA POSTPRANDIAL, 2 HORAS (mg/dL)	185,03	86,73
HEMOGLOBINA GLICOSILADA, HbA1c (%)	9,5	8,78
COLESTEROL TOTAL (mg/dL)	177,64	40,78
HDLc (mg/dL)	41,9	11,36
LDLc (mg/dL)	102,27	39,34
TRIGLICERIDOS (mg/dL)	150,19	80,45

**Fuente: Datos de la Investigación**

La evaluación demográfica arrojó que las pacientes estudiadas pertenecían al estrato socioeconómico IV y V, de acuerdo a los resultados del Graffar modificado por Méndez, encuesta que se le realizó a cada una de ellas.

**GRÁFICO 1**  
**DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO EN ESTUDIO SEGÚN ESTILOS DE VIDA**



**Fuente: Datos de la Investigación.**

En este gráfico se puede apreciar la adhesión al tratamiento en cuanto a las indicaciones hechas por el médico y el equipo de salud en la consulta y charlas educativas, en relación con los cambios en los estilos de vida.

De las pacientes estudiadas el 68,18% presentó hábitos alimenticios adecuados, pero el 31,82% no cumplía con el plan alimentario indicado.

En cuanto a la actividad física el cumplimiento fue aún menor, solamente el 27,27% realizaba actividad física regular y programada. El 72,73% por alguna razón, justificada o no, no cumplía con esta indicación del tratamiento.

El aspecto más descuidado en cuanto a los estilos de vida se refiere, fue el control de las emociones. La mayoría, 75,00%, reaccionaba con

emociones negativas (Rabia, angustia, miedo) ante las presiones de la vida cotidiana, en el trabajo, el estudio, la familia o el medio social.

## **EVALUACIÓN CLÍNICA**

Los datos de la evaluación clínica que se consideraron de mayor interés en esta investigación fueron las medidas antropométricas y la presión arterial.

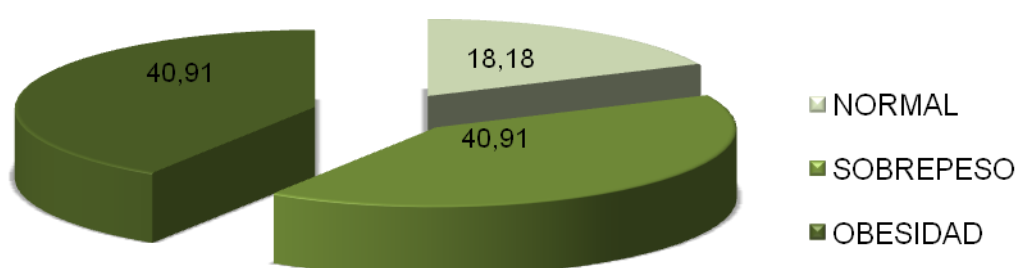
En cuanto a las medidas antropométricas, se determinó el Índice de Masa Corporal, encontrándose igual proporción de obesidad y sobrepeso, el 40,91% de las pacientes estudiadas eran obesas y el 40,91% tenía sobrepeso.

Si se toman en cuenta ambas cifras se puede afirmar que el 81,82% de las mujeres en edad reproductiva estudiadas tiene alteraciones en el peso, lo cual contrasta con el 18,18%, que presenta peso normal.

Estos datos, frecuencia y porcentaje, indican que el exceso de peso guarda estrecha relación con la enfermedad y que aún, después de indicado el plan alimentario como parte básica del tratamiento, no todas logran alcanzar su peso ideal.

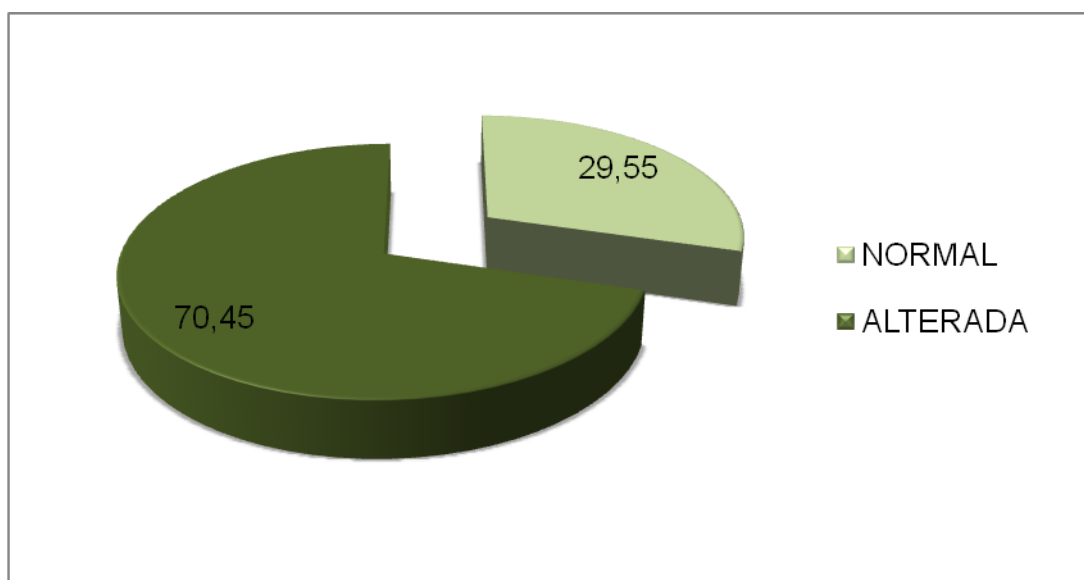


**GRÁFICO 2**  
**DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA CON DM2**  
**SEGÚN EL “ÍNDICE DE MASA CORPORAL” (%)**



**Fuente: Datos de la Investigación.**

**GRÁFICO 3**  
**DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA CON**  
**DM2 SEGÚN LA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (%)**

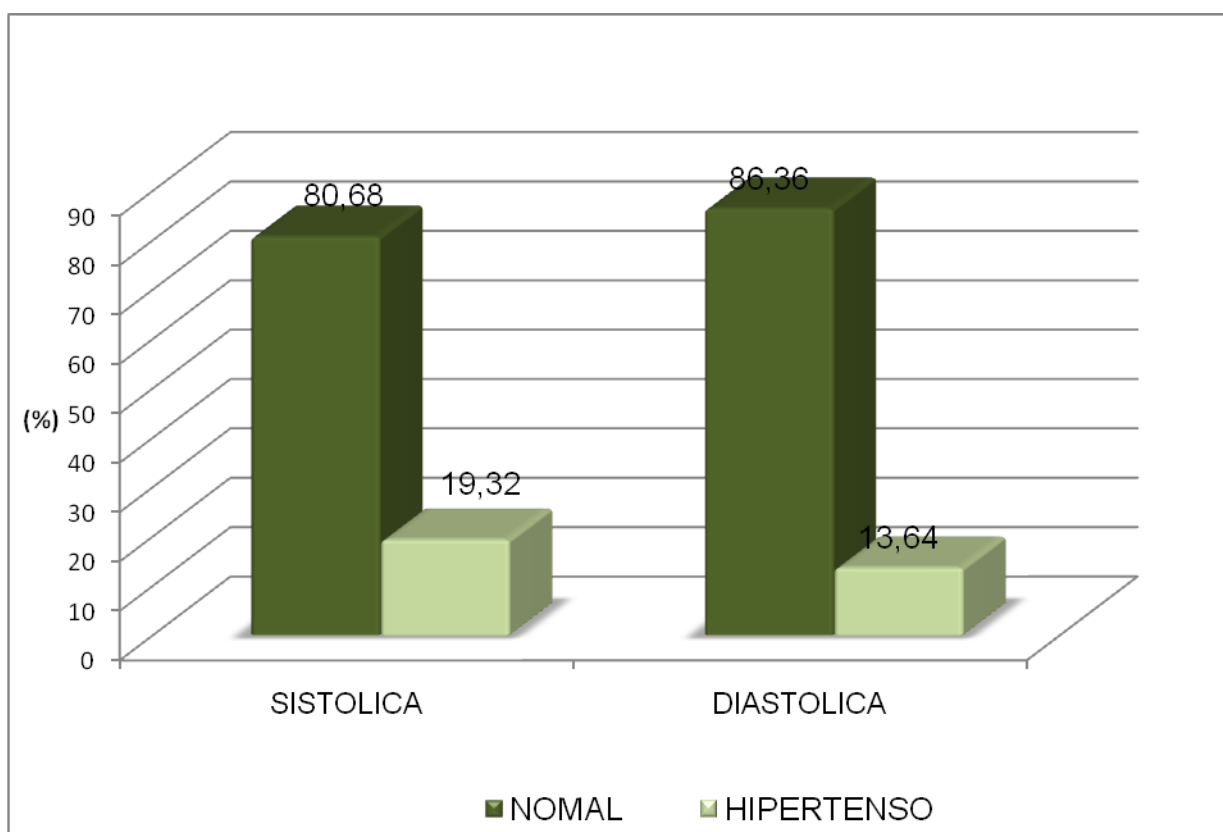


**Fuente: Datos de la Investigación.**

La gran mayoría de las pacientes mostró aumento de la circunferencia abdominal, dentro de los valores de obesidad visceral.

Al medir su circunferencia abdominal, el 70,45% tenía valores superiores a 88 cms, considerados de riesgo cardiovascular. (Alberty, 2005).

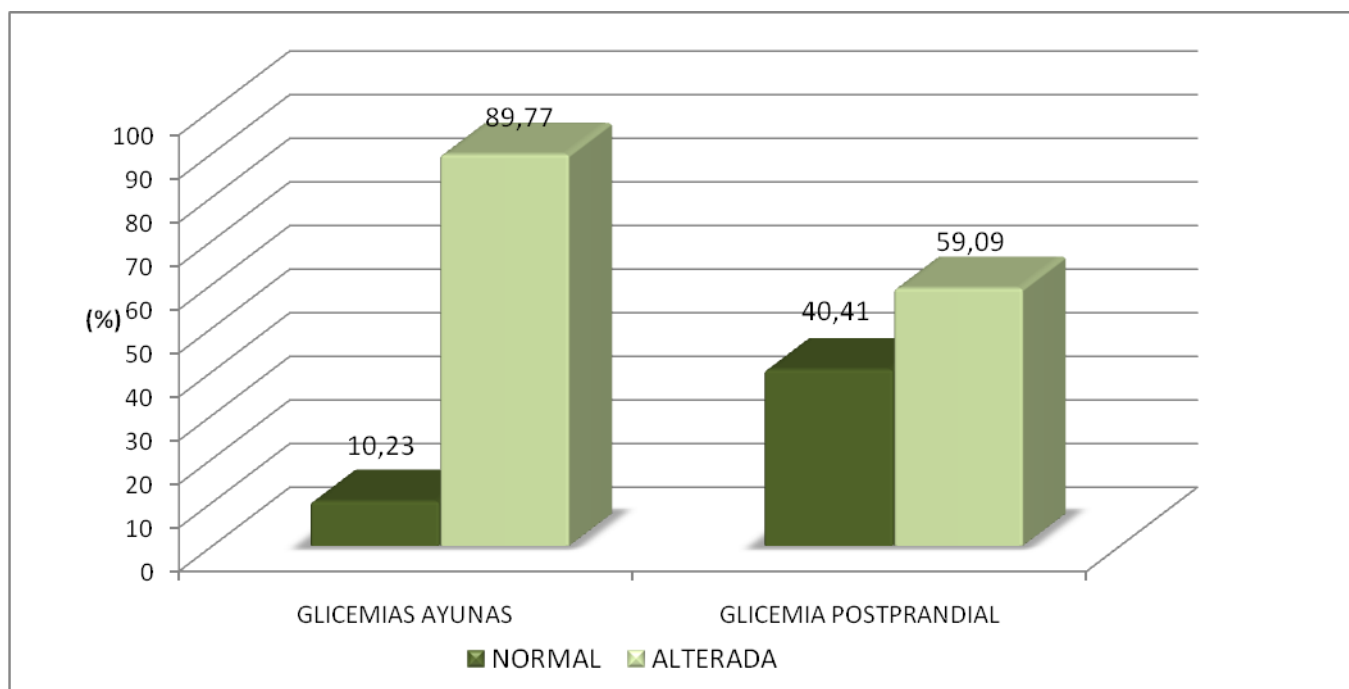
**GRÁFICO 4**  
**DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA CON**  
**DM2 SEGÚN LA PRESIÓN ARTERIAL (%)**



**Fuente: Datos de la Investigación.**

Esta variable clínica se mantuvo en general dentro de lo normal en el grupo de pacientes estudiados. El 80,68% de ellas presentó la presión arterial sistólica normal y el 86,36% la presión arterial diastólica, siendo esta última la que mostró mayor alteración (Alberty, 2005).

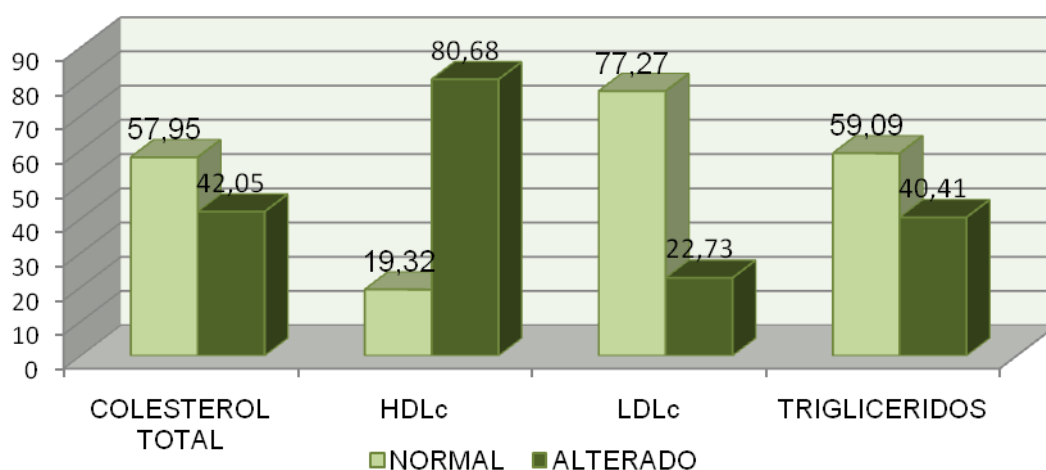
**GRÁFICO 5**  
**DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA CON**  
**DM 2 SEGÚN LOS VALORES DE GLICEMIA (%)**



**Fuente: Datos de la Investigación.**

Como se puede apreciar en este gráfico la concentración de glucosa en sangre se encontró elevada, principalmente la glicemia en ayunas, 89,27%, solamente el 10.23% tenía valores normales. Menos alteración en la glicemia postprandial, no obstante el 59,09 % la tenía sobre los niveles esperados, a las 2 horas después de comer, factores también asociados con riesgo cardiovascular.

**GRÁFICO 6**  
**DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO EN ESTUDIO, SEGÚN LAS**  
**FRACCIONES LIPÍDICAS (%)**



**Fuente: Datos de la Investigación.**

En relación a los lípidos, el HDLc considerado el colesterol que protege de las enfermedades cardiovasculares, estuvo alterado en un porcentaje elevado, (80.68%). Un porcentaje muy bajo de las mujeres (19,32%), mantuvo las cifras de este colesterol en los valores que le confiere protección al sexo femenino, es decir valores superiores a 50 mg/dL.

También hubo alteración en el LDLc, aunque en una proporción más baja (22.73%).

El 59.09% tenía además los triglicéridos elevados.

Como uno de los hallazgos del estudio, en los estilos de vida, fue el control inadecuado de las emociones, se incluyó en la investigación el estudio del Índice de Reactividad al Estrés a fin de detectar su presencia, los resultados se presentan a continuación.

### **ÍNDICE DE REACTIVIDAD AL ESTRÉS**

Una vez culminada la primera, parte de la investigación se pasó medir el Índice de Reactividad al Estrés, con el fin de determinar de una manera objetiva si las emociones referidas por las pacientes desencadenan en ella situaciones de estrés el cual como ya se mencionó influye de manera negativa en el equilibrio metabólico.

Los valores promedios del IRE obtenidos fueron:

IRE emocional:	0.9516
IRE cognitivo:	1.0613
IRE conductual:	0.8825
IRE vegetativo:	0.9462
IRE global:	0.9637

Al analizar los resultados del IRE, se puede observar que estos se encuentran sobre 0.6, valor dentro del cual se considera que no hay estrés.

De los diferentes índices estudiados, el que resultó más próximo a 0.6 fue el conductual y al más distante el cognitivo.

Todas las pacientes tuvieron un índice de reactividad al estrés entre 0.6 y 1, valores considerados moderadamente altos.

El IRE cognitivo, cuyo valor fue superior a 1, se encuentra dentro de los índices exageradamente alto.

De esto se puede deducir que las pacientes presentaron estrés. De acuerdo a los resultados de los IRE emocional, conductual y vegetativo, las pacientes deben tomar medidas, como por ejemplo realizar terapia de relajación para controlar el estrés. En lo que al IRE cognitivo respecta, las medidas a tomar han de ser más enérgicas.

En cuanto al IRE global se encontró moderadamente alto (González de Rivera, 1990).

### **HALLAZGOS DEL MOMENTO EMPÍRICO ANALÍTICO.**

El análisis de los resultados del momento empírico analítico reveló, en un porcentaje importante de las pacientes diabéticas en edad reproductiva, estudiadas, los siguientes hallazgos:

Se evidenció que todavía un grupo de pacientes tenían estilos de vida no saludables ya que no cumplían con la dieta indicada, lo mismo ocurrió con el ejercicio, las pacientes no mostraron adherencia al ejercicio regular y programado.

En lo que a las emociones respecta, ellas reflejaron un manejo inadecuado de las emociones, reaccionando negativamente ante los momentos de presión en su vida cotidiana.

Respecto al peso, la mayoría mostró alteraciones; más del ochenta por ciento tenía sobrepeso y obesidad, predominantemente abdominal, como se pudo apreciar por la medida de la circunferencia abdominal.

Un porcentaje importante de estas pacientes mostró cifras de glicemia, colesterol y triglicéridos elevados, así como también tuvieron aumento de la Hb A1c, revelando en más del cincuenta por ciento desequilibrio metabólico.

Este inadecuado equilibrio clínico –metabólico, representa un importante riesgo de enfermedad cardiovascular, por lo que podría haber una elevada morbilidad, por esta causa.



Como se puede apreciar en el manejo de estas mujeres diabéticas, en edad reproductiva, se le prestó mayor importancia a la enfermedad que a la persona enferma. Lo que se acostumbra es estudiar sólo la realidad que se percibe, lo objetivo, lo mensurable o cuantificable.

Se deja a un lado lo subjetivo de la persona: su interioridad, sus vivencias, su mundo vivido, lo no cuantificable.

Pienso que para lograr el control metabólico y mantenerlo, la toma de conciencia, es determinante pero difícil de lograr ya que implica un esfuerzo importante y permanente de cada una de las pacientes.

Se puede decir que no hay una visión holística en el estudio del equilibrio metabólico.

Al culminar el momento empírico analítico correspondiente a la primera fase de la investigación, no se dio totalmente respuesta a las interrogantes planteadas, lo que ameritó otro momento- fenomenológico-hermenéutico -, correspondiente a la segunda fase de este proceso investigativo.

## **MOMENTO FENOMENOLÓGICO- HERMENÉUTICO**

En esta segunda fase de la investigación, se muestran los hallazgos de las entrevistas a profundidad realizadas a las pacientes

diabéticas, descubriendo a través de ellas los elementos no cuantificables o no tangibles, que no son considerados dentro del epísteme positivista del paradigma biomédico.

Una vez transcritas las entrevistas grabadas se sometieron a un filtro epistemológico, extrayéndose la significación que tiene para cada paciente y para cada agente externo, el fenómeno en estudio.

En el trayecto metodológico recorrido para decantar la información y llegar a la esencia se siguieron varios pasos, englobados bajo el nombre de filtro epistemológico:

En el **primer paso**, se muestra el contenido de la información obtenida de las entrevistas a profundidad, ya **codificadas y categorizadas**, (Ver Anexo 4).

Luego en un **segundo paso**, se inicia la búsqueda de las múltiples perspectivas, extrayéndose la significación individual del fenómeno, para cada paciente y para cada agente externo. Se continúa decantando la información en búsqueda de la esencia y la estructura, presentándose en las matrices **la significación general** del fenómeno por categorías y su consiguiente interpretación (Ver Anexo 5 y 6).

Ya identificados los puntos de encuentro y desencuentro y constituida la **significación e interpretación del fenómeno por categorías**, la información organizada se resume en la Tabla 2 y Tabla 3 respectivamente.

**TABLA 2**  
**SIGNIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN DEL FENÓMENO POR CATEGORÍA**

<b>SIGNIFICACIÓN PARA LOS SUJETOS DE ESTUDIO</b>		
<b>CATEGORÍA</b>	<b>SIGNIFICACIÓN GENERAL</b>	<b>INTERPRETACIÓN</b>
<b>ENFERMEDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La enfermedad para las pacientes es algo fatal que genera temor, miedo, desesperación que conlleva a una pérdida de libertad, de lo cotidiano. Dependencia y cambio de vida. Temor a no ser madres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La enfermedad para ellas es algo horrible, que le genera temor, miedo, pérdida, dependencia. Ven comprometida su maternidad.</li> </ul>
<b>TRATAMIENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprende el tratamiento farmacológico: dieta e insulina o dieta e hipoglicemiante; ejercicio y educación poco significativos, predomina el concepto farmacológico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las pacientes tienen un concepto farmacológico del tratamiento, le dan mayor importancia a la medicación que a la dieta y el ejercicio</li> </ul>
<b>DIETA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dietas para ellas es comer por obligación, diferente a lo que acostumbran y a los demás. Lo más difícil de cumplir en el tratamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es lo más difícil del tratamiento porque ellas piensan que es comer por obligación y diferente al resto de las personas; no. tienen conciencia de la dieta</li> </ul>
<b>EJERCICIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sentirse bien</li> <li>Controlar las emociones</li> <li>No es prioritario por ocupaciones con sus hijos y el hogar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No tiene mayor significación, lo relegan a un segundo plano dándole prioridad a su desempeño como mujer</li> </ul>
<b>EMOCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reacciones ante la enfermedad: emociones negativas: temor, miedo, angustia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reaccionan con emociones negativas ante la enfermedad</li> </ul>
<b>COMPLICACIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pérdida de la salud</li> <li>Pérdida de la Vida (algo terrible para ella o sus hijos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Algo terrible, sienten temor y miedo a las complicaciones; pérdida de la salud o la vida.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Restricción e imposición. Lo modifican</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los nuevos estilos de vida para ellas</li> </ul>

<b>ESTILOS DE VIDA</b>	temporalmente, pero lo retoman por falta de conciencia.	significan: restricción, e imposición. No hay convicción para el cambio
<b>CONTROL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vivir con la enfermedad</li> <li>• Es su decisión controlarse</li> <li>• Tomar conciencia</li> <li>• Control farmacológico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El control para ellas es farmacológico, no adquieren conciencia para cambiar sus hábitos.</li> </ul>
<b>HIJOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anhelo y aprensión</li> <li>• Deseos de tenerlo pero tienen temor, desesperación por perderlos y por las consecuencias de la enfermedad en su bebé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se debaten entre el anhelo y la aprensión o temor a las complicaciones en su hijo</li> </ul>
<b>MATERNIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ve comprometida su condición de llegar a ser madre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimiento maternal les causa ilusión y desesperanza. Incertidumbre</li> </ul>
<b>RELACIÓN DE PAREJA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vínculo afectivo inseguro con su pareja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de la estabilidad afectiva y el interés sexual</li> </ul>
<b>EDUCACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La educación no tiene significación para las pacientes, no quieren cambiar, están bien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las pacientes no quieren cambiar, se sienten a gusto como están</li> </ul>
<b>CREENCIAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guiadas por una fe mágica</li> <li>• Otras por un deber religioso</li> <li>• No vincula lo religioso con su enfermedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Múltiples creencias, desde las que vinculan con la religión con una fe mágica, hasta las que niegan la existencia de un nexo entre su religión y la enfermedad</li> </ul>
<b>SALUD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No alteración clínica o de laboratorio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estar sana. Ausencia de alteración clínico-metabólica</li> </ul>

**TABLA 3**  
**SIGNIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN DEL FENÓMENO POR CATEGORÍA**

<b>SIGNIFICACIÓN PARA LOS AGENTES EXTERNOS</b>		
<b>CATEGORÍA</b>	<b>SIGNIFICACIÓN GENERAL</b>	<b>INTERPRETACIÓN</b>
<b>ENFERMEDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sienten que es el final. que van a morir, tristeza, llanto, incapacidad e impotencia.. Resistencia a aceptarla , superable con educación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La enfermedad es algo terrible que genera emociones negativas, y resistencia a aceptarla como una condición de vida, que se supera con educación</li> </ul>
<b>TRATAMIENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Está representado por la dieta, las pastillas y la insulina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dieta, pastillas, insulina (medicamentos), prevalece el concepto farmacológico</li> </ul>
<b>DIETA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>"Cultura nutricional" o hábitos alimentarios</li> <li>Eliminar malos hábitos alimentarios, es lo más difícil de cumplir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Romper la" cultura nutricional", es decir cambiar los hábitos alimentarios, es lo más difícil de lograr</li> </ul>
<b>EDUCACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tomar conciencia para lograr el cambio</li> <li>Entender al enfermedad, reflexionar, buscar la manera de llegarle a las pacientes para lograr el cambio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Educación: es buscar la manera de llegarle a las pacientes para cambiar</li> </ul>
<b>CONTROL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esfuerzo para alcanzar y mantener las metas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tomar conciencia para lograrlo, lo que implica un esfuerzo, poner de su parte, por lo que predomina el control farmacológico</li> </ul>
<b>EMOCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sentimientos que afloran al enterarse que tienen la enfermedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reacciones negativas ante la enfermedad</li> </ul>
<b>SENTIDO DE LA VIDA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ganas de seguir adelante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lo trascendente en su vida, lo que le da valor e importancia</li> </ul>
<b>CREENCIAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Creencias en origen de la enfermedad, plantas curativas, efectos negativos de la insulina.</li> </ul>	Creencias, tienen influencias en la aceptación de la enfermedad y tratamiento
<b>EJERCICIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es parte del tratamiento, implica cambios en los estilos de vida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No gran significación por el concepto farmacológico predominante en el tratamiento</li> </ul>

## **HALLAZGOS DEL MOMENTO FENOMENOLÓGICO- HERMENÉUTICO.**

Del entretejido de sentimientos y emociones expresados por los sujetos de estudio y los agentes externos- al explorar, comprender e interpretar su mundo interior - se pudieron develar sus sentires en relación al fenómeno, emergiendo las siguientes significaciones:

La enfermedad es algo fatal, que les genera pérdidas, incluyendo pérdida de la calidad de vida e inclusive la muerte.

Las emociones como el miedo, temor, rabia, tristeza - emociones negativas – que se genera en las pacientes al momento de conocer que padecen la enfermedad, no son manejadas adecuadamente. Esto perturba su afectividad y espiritualidad.

Para ellas tratamiento es sinónimo de medicamentos, no consideran a los cambios en los estilos de vida, parte de éste

La dieta significa comer por obligación, sienten que es lo más difícil de cumplir, porque hacer dieta es cambiar lo que los agentes externos denominaron “su cultura nutricional”, es decir sus hábitos alimentarios inadecuados.

Los cambios en los estilos de vida, significan restricción e imposición, lo cual implica un esfuerzo permanente por lo que ellas deben modificar su conducta alimentaria, deben tomar conciencia para lograr el cambio y por consiguiente el control.

La enfermedad es algo más que una afección biológica, para ellas existe una estrecha asociación entre su afectación biológica y la psicológica, socio-cultural y espiritual, de allí que el desequilibrio metabólico genere, además, un desequilibrio espiritual, un desequilibrio total.

Este nuevo abordaje permite, una perspectiva más amplia del fenómeno, lo que permite una mejor aproximación a la realidad humana, superándose la cosificación de la mujer diabética.

Desde esta nueva perspectiva, se obtiene una visión holística de las mujeres diabéticas estudiadas.

### **TRIANGULACIÓN Y HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN.**

De la información brindada por cada uno de los participantes del estudio que fueron entrevistados, para explorar el mundo interior de las



diabéticas, emergieron los conceptos de: Enfermedad, Tratamiento, Dieta, Ejercicio, Emociones, Complicaciones, Estilos de Vida, Control , Hijos, Maternidad, Relación de pareja, Educación, Creencias , Salud y Sentido de la vida.

Para este grupo de mujeres diabéticas, estudiadas, la enfermedad es algo horrible, que genera emociones negativas por comprometer su salud y su vida; ella conlleva a una serie de pérdidas, incluyendo pérdida de su cotidianidad, que implica un cambio de vida. Esta pérdida de su vida rutinaria va, desde lo que luce muy sencillo como es el modificar su estilo de vida, hasta lo más complejo como es el cambio de su mentalidad, de su pensamiento, de su conciencia para poder modificarlo.

La diabetes, para las pacientes entrevistadas, significaba: presión arterial, azúcar y colesterol altos, así como otros exámenes de laboratorio alterados. Esto coincidió con los resultados del primer momento empírico analítico. Al evaluar el aspecto biológico de los sujetos de estudio, en este primer momento, se encontró en algunas de ellas, que las variables clínicas (presión arterial, peso, talla, circunferencia de cintura) y las bioquímicas (glicemia, lípidos y hemoglobina glicosilada, Hb. A1c), se encontraban alteradas.

Una de las pacientes comentó que la diabetes era parte de su vida, que debía vivir con ella, concepto aplicable a la cronicidad de una enfermedad como la diabetes. Estos conceptos emanados de las pacientes, se corresponden con su definición. La diabetes se conoce como una enfermedad crónica que se caracteriza por una hiperglicemia persistente; esta alteración en el metabolismo glucídico se acompaña de otras alteraciones en el metabolismo lipídico y protéico, que a la larga va conducir a lesiones vasculares, tanto de la micro como de la macrocirculación.

Estas son las responsables de una serie de complicaciones originadas por ese desequilibrio metabólico (Oñate de G, N, 1999). Desequilibrio que se origina por un defecto en la secreción o acción de la insulina y se evidencia por el aumento de la HbA1c, cuyo valor promedio en el grupo de estudio, fue de 9.5%.

De estos conceptos puede desprenderse que las pacientes tenían conocimiento, de lo que es la enfermedad.

Los sujetos de estudio expresaron su sentir respecto a la diabetes al decir: es una enfermedad fatal, terminal, comparada por algunas con un cáncer, por el alto riesgo de muerte que representa, debido a las complicaciones que de ellas se derivan. Esto coincide con la presencia

en las diabéticas estudiadas, de varios factores de riesgo cardiovascular, predisponiéndolas, a su edad, a presentar una enfermedad cardiovascular, principal causa de mortalidad en Venezuela y en el mundo (García de los Ríos, 2003).

Las mujeres estudiadas que tenían una edad promedio de 36,45 años- sus edades oscilaron entre 15 y 49 años- , presentaban obesidad o sobrepeso, obesidad visceral e hipertensión arterial, aunque esta última no representó, para ellas, un factor de riesgo muy importante ya que menos del 20% presentó aumento de las cifras tensionales.

Las alteraciones en el peso si fue un factor de riesgo frecuente, el 81,82% tenían alteraciones en el peso, presentando los mismos porcentajes para obesidad que para sobrepeso; sólo un porcentaje muy pequeño, el 18,18%, tenía un peso dentro de lo normal. La obesidad visceral, fue el factor de riesgo de mayor frecuencia, estuvo presente en el 70,45% de las pacientes estudiadas.

Como se puede apreciar, ellas no escapan del problema que representa la obesidad a nivel mundial, de su creciente y exponencial incidencia, contra la cual se debe luchar para prevenir las enfermedades emergentes, producto de la civilización y modos de vida contemporáneos (Valencia, 2005).

En relación a las variables bioquímicas, más del 50% tenían hiperglicemia e hiperlipidemia, aumento del LDL colesterol, que predispone a los infartos y disminución del HDL colesterol, que las protege de ellos. También presentaron hipertrigliceridemia. Esto coincide con el tipo de dislipidemia característica del paciente diabético tipo 2. Todos estos factores, son considerados factores de riesgo cardiovascular (Khaw, 2004)

De acuerdo a lo reportado en la literatura los estilos de vida ejercen un papel preponderante en el desajuste de las variables clínicas y bioquímicas de la enfermedad, así como en su aparición. El tipo de alimentación tiene una influencia determinante. Es, por lo tanto necesario tener una alimentación saludable - entre otros aspectos, por supuesto, para lograr que estos valores regresen y se mantengan dentro de los considerados normales. (Tuomiletho, 2001).

Las evidencias apuntan que la única manera de reducir el elevado riesgo cardiovascular presente en este grupo de pacientes, es logrando que adopten estilos de vida saludables (Isoma, 2001).

De persistir, ese desequilibrio clínico –metabólico, las podría llevar irremediablemente a corto, mediano o largo plazo a sufrir de un infarto del miocardio y en consecuencia a la muerte o a llevar una vida sin calidad.

El 50%-75%, de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, mueren de enfermedad cardiovascular (García, 2003).

El riesgo cardiovascular que acompaña a la diabetes tipo2, se cuatriplica en las mujeres al comparlas con las que no tienen diabetes, es mayor en las mujeres que en los hombres. La diabetes parece atenuar la ventaja que tienen las mujeres de presentar menos eventos cardiovasculares que los varones en la edad mediana de la vida. Ellas pueden sufrir infartos del miocardio a la edad que los varones suelen presentarlos, es decir antes que las mujeres sin diabetes. Esto podría explicarse porque los factores de riesgo cardiovascular juegan un papel más relevante en el sexo femenino o bien porque en ellas pueden coexistir mayor número de factores de riesgo, presencia de otra morbilidad o porque son diagnosticadas y tratadas con menor agresividad que los hombres; la verdadera razón no se conoce plenamente. Tambien pudiera relacionarse con las diferencias en la insensibilidad a la insulina entre géneros influenciada por la edad, las hormonas sexuales y los estilos de vida (Norhammar, 2009).

El exceso de peso, la hipertensión arterial, la obesidad visceral, la hiperglicemia, la dislipidemia, evidenciados en ellas, forman parte de las manifestaciones del síndrome cardiometabólico, que según la literatura está presente en un grupo importante de pacientes con diabetes mellitus

tipo 2. Su importancia radica en su elevada mortalidad, razón por la cual debe combatirse, cosa no fácil de lograr, aún en estas mujeres que se supone reciben educación y tienen un seguimiento directo por un grupo de especialistas para que alcancen su equilibrio metabólico (Ford, 2005).

Estos hallazgos sugieren que el problema debe enfocarse con una visión diferente, para poder lograr lo que hasta ahora no se ha podido, mediante el enfoque biomédico.

La diabetes, por lo tanto, es una enfermedad, que si no se controla, conducirá a las pacientes a una elevada morbilidad, que las puede llevar a la muerte. Este fue un sentir de las pacientes diabéticas entrevistadas, para quienes la enfermedad, en sus inicios, despertaba en ellas esa sensación de muerte; expresado de esta manera en su sentir sobre la diabetes, que para muchas de ellas significa el final.

Los sujetos de estudio, además, mostraron su preocupación por las complicaciones crónicas de la diabetes. Varias conocían, no sólo los síntomas, sino las complicaciones secundarias a la enfermedad; esto se debió a las vivencias que tuvieron con sus padres o familiares cercanos. Una mayoría importante, refirió antecedentes familiares de diabetes, tal como se describe en la literatura; la incidencia o agregación familiar de la diabetes tipo 2, es mayor que en la diabetes tipo1, confiriéndole

importancia al factor genético al cual se superponen factores ambientales, de allí que se considere a la diabetes como una enfermedad de etiología múltiple, donde el macrocosmos ejerce una innegable influencia sobre el microcosmos.

Entre las complicaciones más temidas, de acuerdo a lo referido por las pacientes, se encuentra la ceguera, la diálisis- como consecuencia de la alteración en su funcionalismo renal-, así como también la amputación.

Después del descubrimiento y utilización de la insulina, los pacientes diabéticos tipo 2, mueren poco de cetoacidosis diabética o de cualquier otra complicación aguda; mueren por otras complicaciones que aparecen en el escenario de la diabetes, las conocidas complicaciones crónicas.

Estas complicaciones deterioran la calidad de vida porque comprometen órganos y tejidos que conducen a incapacidades o a pérdidas, como pérdida de la visión, de la función renal, de la función sexual, entre otras (Grant, 2005).

También conducen a la pérdida de algunas funciones vegetativas y neurológicas como pérdida de la sensibilidad. Cuando esta tiene lugar en los pies se producen dolores, además deformidades, úlceras en los pies y

hasta amputaciones de los dedos o de los miembros, predominantemente los inferiores.

Estos hechos afectan con frecuencia a las personas con diabetes mellitus tipo 2, considerada en la actualidad la primera causa de amputaciones no traumáticas (García, 2003). El sentimiento de una de las pacientes, en este sentido es reflejado al decir que la diabetes era una enfermedad mutilante.

La retinopatía, la nefropatía y la neuropatía- somática o autonómica-, constituyen la tríada de las complicaciones crónicas de la diabetes, las cuales en general, están relacionadas con el tiempo de evolución de la enfermedad y el grado de control metabólico. (Brownlee, 2004)

Mientras mayor sea el desequilibrio metabólico, las complicaciones aparecerán más temprano, acelerándose su aparición y progresión, es por ello que para retardarlas y evitar su rápida evolución se trata de alcanzar y mantener las metas de control metabólico. De allí la importancia de alcanzar el equilibrio metabólico, en estas pacientes diabéticas jóvenes (Camejo, 2006).

Una de las cosas que impactó en la esfera biológica, referida por una de las pacientes, fue la pérdida de una niña, la segunda que perdió



como consecuencia de la enfermedad. Además de este dolor, actualmente está viviendo la incertidumbre de llegar a ser madre, y en el caso de serlo, si es que no la esterilizan, su primordial preocupación es que el bebé nazca sano, sin diabetes y sin complicaciones secundarias a la hiperglicemia materna.

Se ha reportado que, durante el embarazo, la hiperglicemia en la madre repercute en la salud de la madre y del niño; es causante de abortos, malformaciones congénitas, macrosomia fetal, hipoglicemia y elevada mortalidad perinatal, entre otras complicaciones. (Jovanovic, 2008).

Es por ello que el control de la mujer diabética en edad reproductiva, reviste especial importancia, ella debe estar en óptimo control, antes de salir embarazada para evitar las complicaciones y reducir la morbilidad materno-fetal, neonatal y perinatal. De allí que la atención preconcepcional sea indispensable en las mujeres diabéticas en este grupo etario (Jovanovic, 2008).

Se desprende además, el concepto de hijos, como otro de los conceptos entendido por las mujeres diabéticas en edad reproductiva. Ellas manifiestan sus deseos de tenerlos, pero paradójicamente ese

deseo se acompaña de aprensión o temor por la salud de sus niños. Sienten miedo de que nazcan diabéticos como ellas y de las complicaciones que la enfermedad puede generar, a corto o largo plazo, en ellas o en los niños, en caso que la padezcan.

El principal temor es perder su hijo; las que vivieron esta experiencia la narran con dolor, otras aunque no la han vivido directamente, la han sentido a través de alguna de las otras pacientes con quienes compartían en la Unidad.

Se debaten entre el deseo de tenerlos y el temor de perderlos.

Muy ligado a este concepto, está el de maternidad, que también emergió entre los sentimientos de las pacientes al evocar la pérdida de uno o más hijos; el miedo a perder otro bebé las invade, así como la incertidumbre de llegar a ver realizado su sueño de ser madre. Su maternidad la sienten muy comprometida por la enfermedad.

De acuerdo a lo expuesto, hasta este momento, las mujeres estudiadas, no solamente expresaron sus sentires en relación a la afectación biológica, al daño de su corporalidad, ellas se vieron además afectadas psicológicamente. Los sujetos de estudio revelaron sentir temor, miedo, angustia, tristeza y depresión; esa sensación de pérdida,

originada por la enfermedad, pérdida que deben afrontar para sobrevivir, para seguir adelante con su enfermedad, según manifestaron algunas pacientes.

Existe una plena coincidencia entre los sujetos de estudio y los agentes externos quienes afirman que ellas reaccionan ante la enfermedad con emociones negativas.

Al preguntarle a los agentes externos, sobre lo que ellos creen que sienten las pacientes al saber que tienen diabetes, respondieron: llanto, desesperanza, rabia, angustia, frustración, vida truncada.

Según ellos, esto se lo comunican directamente las pacientes o lo expresan a través de sus reacciones de llanto y desesperación.

Un agente externo lo refirió de esta manera: Muchas de ellas, al principio cuando se enteran de la enfermedad, irrumpen a llorar, se desesperan, se frustran y angustian; sienten que su vida se les trunca. Además, agregaron que sentían incapacidad, impotencia y resistencia a aceptar la enfermedad.

Los sentimientos están ligados a las emociones, considerándose parte de ellos. El hecho de que estos sentimientos se acompañaran de

emociones, indica que la afectación de la dimensión biológica está estrechamente vinculada a la afectación psicológica.

Emoción es la acepción de afección, de afecto; conlleva la idea de agitación del alma, del espíritu, de la mente.

Para Aristóteles la emoción es una agitación del alma. El alma se agita movida por las emociones, siempre aparecen ante algo que las genera, en el presente caso, cuando aparece la enfermedad, cuando se diagnostica la diabetes se experimentan emociones.

Los agentes externos también indicaron que estas emociones no son canalizadas debidamente por el equipo de salud, lo cual repercute en el desequilibrio bioquímico que se refleja en una mayor hiperglicemia -por la secreción de adrenalina y cortisol concomitante-, evidenciada en estas pacientes. Por esta razón se sienten mal y aparecen en ellas sentimientos de culpa; argumentos de peso para el manejo adecuado de las emociones en las diabéticas.

Otra acotación de los agentes externos, sobre la importancia del soporte emocional, fue la afirmación, que cuando éste se les brinda, se favorece la aceptación de la enfermedad y la adherencia al tratamiento, lo que genera en ellas alegría y satisfacción. Los sujetos de estudio, por el

contrario no percibieron la importancia del manejo adecuado de las emociones, ni siquiera lo mencionaron.

Diferentes autores destacan que las emociones deben ser controladas; de no ser así, ellas pueden desencadenar una crisis, entendiéndose por crisis la interrupción de un proceso, en este caso la salud. Las crisis podrían considerarse una situación transitoria de estrés, debido al desbalance entre las exigencias del problema y la capacidad para resolverlo. Cuando esta incapacidad genera en las personas sentimientos de impotencia y alteraciones emocionales severas, difíciles de controlar- como se evidenció en algunas de las pacientes-, la intervención se hace imprescindible (González de Rivera, 2006).

Según algunos filósofos, las emociones son perturbaciones del ánimo que empañan la serenidad que acompaña la racionalidad, por lo que algunos la consideran opuestas a la razón. Otros sostienen que únicamente deben cultivarse las emociones positivas que causan alegría o placer. Como señalaba Buda, buscando el camino medio, cualquier emoción debe experimentarse con moderación, con control; es por eso que las emociones deben canalizarse.

Dentro de los conceptos que surgieron de las entrevistadas se encuentra la dieta, a la cual hacen referencia con frecuencia en la

conversación; ellas insisten que dieta es comer por obligación, comer diferente a lo que están acostumbradas; es lo más difícil de cumplir en el tratamiento. Aseguran que se aburren de comer siempre lo mismo, de lo repetitivo de las comidas principalmente las que no son de su agrado, dicen que se sienten restringidas en cuanto a la variedad de los alimentos, las raciones que deben consumir, su forma de preparación y el horario que deben observar.

Esta manifestación de creencias y hábitos nutricionales, se convierten así en una barrera que impiden un cambio en su actitud.

Los agentes externos, confirman lo dicho por los sujetos de estudio, aseveran que la dieta es lo más difícil de cumplir, para ellas. Aseguran que las pacientes tienen unos hábitos alimentarios inadecuados que deben cambiar, enfatizando que esta dificultad se debe a su "cultura nutricional". La educadora señala: ellas comen muy mal, cuando llegan aquí, traen hábitos alimentarios inadecuados. Comen lo que les enseñó la mamá o la abuela, luego van agregando a su dieta lo que comen en la calle, lo que comen sus amigos; aprenden a comer lo que el medio les ofrece, lo que está en la "conciencia cultural". A lo largo de su vida, de su relación con el entorno, las pacientes van adquiriendo hábitos muy difíciles de cambiar, sus preferencias alimentarias las comienzan a adquirir desde la infancia, las van asimilando en su inconsciente cognitivo.

Otra opinión que emergió de las pacientes con relación a la dieta fue, que para ellas la dieta significa hambre, restricción. Los sujetos de estudio deben comer los alimentos sugeridos en el plan alimentario y en las raciones indicadas, para lo cual deben pesar o medir los alimentos. Las medidas restrictivas, señaladas, contrastan con lo permisivo de su alimentación, con su dieta cotidiana. Los alimentos que ellas usualmente consumen, los de su agrado, son precisamente, los que ahora no forman parte de su dieta, ni la cantidad y mucho menos la forma como se preparan. Los alimentos que conforman su dieta son los que han aprendido a comer por predominar en el medio donde ellas se desenvuelven. La comida "chatarra" prevalece en su modo de comer, son sus hábitos alimentarios; ésto fue corroborado por los agentes externos.

Los alimentos precocidos, congelados, enlatados, las frituras, las grasas saturadas, las grasas trans, los carbohidratos refinados, los que contienen poca fibra, entre otros, son los que se ofertan en los centros de compra de paso como pequeños minimercados, en los sitios de comida rápida, en los centros comerciales, sitios de diversión y más aún en algunos restaurantes y supermercados. Estos alimentos, no sólo inundan el comercio, sino la mente de las personas, quienes se ven atiborrados de propagandas que inducen su consumo. Ésta es la información que reciben del entorno constituyen sus constructos.

Otro aspecto que ellas manifestaron y que se debe tener presente en su patrón de alimentación, es el factor económico, especialmente en los momentos actuales, cuando la situación socio- económica en muchas de ellas no es la más favorable, por lo que debe considerarse y tenerse presente entre las barreras que influyen en el cumplimiento de la dieta. Algunas manifestaron " Sigo la dieta cuando tengo dinero para comprarla ".

Al referirse a los estilos de vida, los sujetos de estudio hablan de cambio en su modo de vivir, ellas también lo asocian con restricción e imposición.

Una vez Indagados los estilos de vida en las pacientes de este estudio, se pudo observar que, no en todas eran saludables. A pesar de la educación impartida, el 26,8%, no cumplía con la dieta indicada, su alimentación no era sana; 67.65%, no realizaba con regularidad la actividad física programada y el 79.41% reaccionaba con emociones negativas, ante los hechos cotidianos. Sus emociones, evidentemente, no se manejan adecuadamente.

Las pacientes están sometidas constantemente a situaciones estresantes a lo cual se le suma el estrés derivado de su enfermedad. Ellas comentan: tenemos que estar pendiente de lo que comemos, de los medicamentos, de inyectarnos, del ejercicio, estamos atadas a un horario



y debemos utilizar gran parte de nuestro tiempo a venir al hospital, visitar al médico, asistir al control, a las charlas, a realizarnos los exámenes indicados y todo esto además de nuestras obligaciones en la casa, con los niños, en el hogar. Esto, se hace más crítico en las pacientes que trabajan, a quienes se les dificulta aún más ajustarse a este régimen.

En la adquisición de los hábitos nutricionales, la realización de la actividad física y en la aparición de situaciones de estrés, intervienen muchas variables. El modo de vida está influenciado por variables culturales, sociales, económicas y hasta emocionales que deben tenerse presente cuando éste se desea modificar.

Los estilos de vida guardan estrecha relación con la cultura, ésta moldea el comportamiento de las personas y las predisponen o no a determinadas enfermedades. Las prácticas culturales hacen que las personas interactúen con el medio ambiente, de manera que su salud se puede ver afectada o beneficiada a través de ellas.

Su sistema de creencias, tanto religiosas como de otra índole, constituye otro factor que influye en los estilos de vida; es por ello que para modificarlos, se debe conocer la manera de pensar las pacientes, su cultura, sus creencias. Se debería dar un vuelco al abordaje de las diabéticas, conocer su estructura dialogal, comprender sus experiencias

vividas para poder comunicarnos con ellas, para poder conectarnos y una vez en sintonía, respetando su individualidad, poder lograr un cambio en su actitud, en su estilo de vida.

Por otro lado, desde el punto de vista biomédico- en nuestro actuar como médicos- se le ha dado poco peso a las actitudes y modos de vida saludables, que tanto valor tienen en la prevención y tratamiento de las enfermedades, sólo recientemente se les está prestando la importancia que requiere este aspecto.

El ejercicio no tiene mayor significación para las pacientes, exceptuando algunos de los sujetos de estudio; los agentes externos señalan que no todas están inscritas en el programa de ejercicios, son pocas las que se han adherido al mismo. No asisten por sus ocupaciones del hogar o por razones de trabajo. Las propias pacientes refieren que cuando tienen cosas que hacer en la casa o con sus hijos, no cumplen con el ejercicio indicado, no sienten que es una prioridad.

En relación al tratamiento las personas entrevistadas nombraron a la dieta, las pastillas, las inyecciones de insulina y el ejercicio, como parte del tratamiento de la diabetes, pero por separado, pocas lo hicieron de manera integrada. Todas consideraron a la dieta dentro del tratamiento, a la cual le dedicaron mucho tiempo en la conversación, pero sobretudo

para hacer referencia a la dificultad de su cumplimiento; tanto los sujetos de estudio como los agentes externos consultados, coincidieron que era lo más difícil de cumplir, excepto uno de ellos quien acotó que lo que más les costaba aceptar era la insulina, cuando se indicaba, pero una vez que era aceptada, lograban un mejor control.

Respecto al ejercicio y el control del estrés, pocas lo mencionaron como parte del tratamiento, a pesar de que los agentes externos le dieron importancia al apoyo emocional, al referir que muchas de las pacientes ameritaban atención especializada cuando no aceptaban la enfermedad, o por alguna otra indicación específica. Destacaron su importancia y que este tipo de ayuda debería prestarse de manera continua en la Unidad, cosa que no ocurre por no disponer de un psicólogo o psiquiatra fijo en la misma. Insistieron: “Cuando lo hemos tenido ha sido un recurso muy valioso, el soporte psicosocial brindado ha sido de gran ayuda en la aceptación de la enfermedad, en la adherencia al tratamiento, cambio en los estilos de vida y finalmente en el logro y mantenimiento de las metas de control metabólico”.

Para los sujetos de estudio, el tratamiento se resume en pastillas e inyecciones, destacándose la importancia que todas le dan al tratamiento farmacológico, lo cual es corroborado por los agentes

externos al señalar, la facilidad con que aceptan los hipoglicemiantes orales; dicen que lo más fácil de cumplir es la medicación oral.

El control, por lo tanto, es eminentemente farmacológico, a pesar de que algunas de las pacientes destacan que el control para ellas es tomar conciencia, poner de su parte, esforzarse.

Los agentes externos señalan que el control implica un gran esfuerzo por parte de las pacientes para alcanzar las metas, esfuerzo que debe ser aún mayor para mantenerlas. Comentaron que casi todas tienen la intención de controlarse, que hacen el esfuerzo, pero muy pocas lo logran.

El control para ellas es difícil de alcanzar, implica esfuerzo. Al referirse al control ellas dicen que tienen que hacerlo para evitar las complicaciones. Ésta es la razón principal del control, en estas pacientes; es el temor que le tienen a las mismas el que las mueve a controlarse.

La salud, es otro de los conceptos revelados. Su importancia estriba en su significado, del cual depende el comportamiento humano ante la salud y la enfermedad, también va a depender de las creencias de las pacientes.

En algunos grupos sociales el cuidado de la salud está dirigido por curanderos o brujos, lo que no se evidenció en este estudio. Aquí las pacientes afirmaron que confían su salud al médico y al resto del equipo de profesionales que las conduce, con quienes establecen una gran dependencia, especialmente con una de las enfermeras con quien están en contacto permanente y a quien le confían, muchas de sus angustias.

No obstante el significado místico religioso, se dejó entrever en las conversaciones; una de las pacientes decía que confiaba su control a Dios, que su salud dependía de Él, pero hacía muy poco por adherirse al tratamiento, existía en ella una especie de fe mágica en el mantenimiento y recuperación de su salud.

Pocas están conscientes de lo que significa la salud y su pérdida; los agentes externos no hacen referencia a ella. Es que la salud es como una misteriosa entidad que todos conocemos pero que de alguna manera también desconocemos, debido al carácter casi milagroso de estar sano (Gadamer, 1996).

Como señala Gadamer, la salud es un estado armónico, de perfecto equilibrio, está oculta, solo sale a relucir cuando no está. La percibimos cuando desaparece para aparecer los síntomas y los signos de una perturbación de ese equilibrio, cuando aflora como lo

perturbante, o como lo considera González de Rivera (2003 ), cuando aparece como una cosa en sí misma originada por una o más causas.

La educación no fue considerada como parte del tratamiento por ninguno de los sujetos de estudio, lo que indica que para ellas no tiene significación, a pesar de que los agentes externos – educadora y médico especialista- la consideran pilar fundamental, si se utilizan las estrategias adecuadas para llegarle a las pacientes, hacer que tomen conciencia para lograr el cambio.

La educación juega un papel preponderante en la aceptación de la enfermedad, la adherencia al tratamiento y finalmente en el logro y mantenimiento del control.

Unas pacientes expusieron sus creencias que coinciden con las expuestas por los agentes externos, principalmente las relacionadas con el tratamiento y las complicaciones. Estas creencias son múltiples y varían de una paciente a otra.

Las creencias influyen en la aceptación de la enfermedad y el tratamiento. Muchas no aceptan la insulina por esta razón. Algunas expusieron que tomaban remedios caseros, plantas medicinales refiriéndose a ellos como guarapos de cierto tipo de ramas. Señalaron,

además que los tomaban, pero sin suspender los medicamentos indicados por el médico.

A la mayoría de las mujeres diabéticas el sentido de la vida se lo dan los hijos, la maternidad. Para dos de ellas el trabajo y lo económico lo destacan como actividad central en su vida. Una sola paciente tenía un proyecto de vida más definido, pensaba estudiar peluquería, soñaba con ser peluquera, para mejorar sus condiciones económicas y brindarles una mejor condición de vida a sus hijos.

En esta época el sentido de la vida se ha extraviado, existe una crisis de valores; se han substituido los valores del espíritu, por los valores materiales. El sentido de la vida, se perdió en el positivismo, pero se puede retomar con Husserl, en la fenomenología.

El sentido de la vida, favorece la aceptación de la enfermedad, fortalece la adhesión al tratamiento y asegura el control. Este concepto, conjuntamente con el de hijos y el de maternidad, emergidos de las pacientes, están asociadas al género, a su condición de ser mujer.

Los sujetos de estudio, también se ven afectadas en lo social, en su relación con el entorno: familia, amigos, trabajo. Al manifestar que la enfermedad les cambia su vida- con relación a su grupo familiar y social-

comentan que tienen que modificar sus hábitos sociales de comer, beber, asistir a las fiestas. Dicen que ya no es lo mismo, que ya no comen como el resto de las personas, su comida es diferente a la de los demás. Una paciente relató que ya no iba a fiestas, ni a reuniones familiares por las restricciones a las que estaba sometida en la comida y en la bebida.

Las relaciones laborales no se vieron perjudicadas en aquellas pacientes que trabajaban fuera de casa, específicamente en dos de las entrevistadas quienes por casualidad, una trabajaba en el comedor de un hospital y la otra tenía una cooperativa donde se preparaba comida para un grupo de trabajadores de un consorcio. No se vió limitada, su capacidad productiva

En cuanto a su relación de pareja, ellas sienten inestabilidad afectiva a nivel de pareja. Refieren pérdida del interés y deseo sexual lo cual también es referido por los agentes externos a quienes se lo comunican en búsqueda de ayuda. Esto podría corresponderse con una de las manifestaciones neuropáticas autonómicas, descritas dentro de las complicaciones crónicas de la enfermedad, o bien al estado depresivo que pudiera estar presente en algunas de estas pacientes.

Aunque las disfunciones sexuales son más frecuentes en el sexo masculino, quizás porque las mujeres no lo refieren por timidez, o el



médico no las indaga, está descrita la presencia de disminución de la libido, anorgasmia y disminución de la lubricación vaginal en las pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Estas alteraciones de la esfera sexual se encuentran en una mayor proporción en este tipo de diabetes, que en la diabetes tipo 1 y que en las mujeres no diabéticas de la misma edad (Leahy, 2000).

. La última dimensión que se manifestó fue la espiritual la cual se permeó a través de los estados de conciencia, de sus noemas, de sus creencias, de las propias emociones; fue expresada a través del lenguaje, de la comunicación.

La enfermedad para ellas es, pérdida de su libertad y de su independencia, en cuyo caso hablan de libertad personal, de su autonomía, debido a las presiones o coacciones externas.

Visto en conjunto, el sentir de las pacientes, con relación a su enfermedad, no es simple, es el de ser una afección no sólo de la esfera biológica sino psíquica, sociocultural y espiritual. Sus sentires son complejos, contrastando con el concepto cartesiano, el concepto simplista, que le da prioridad al cuerpo, restándole importancia a las fuerzas emocionales y eludiendo los cuestionamientos filosóficos y existenciales que se suscitan en torno a la salud; muchos de estos

cuestionamientos son considerados pertenecientes al plano espiritual y no médico, en consecuencia son ignorados en la práctica médica diaria.

La enfermedad se ha reducido al hecho de “estar enfermo”, provocado un distanciamiento del médico de la persona del paciente. Tal como se ha puesto de manifiesto a través de las experiencias vividas por las pacientes, el estar enfermo atañe a la totalidad de la persona. La atención del hombre se ha desviado hacia una parte de él, la externa, dejando a un lado otra parte, la interna, razón de ser de la primera; es allí, en sus vivencia internas en donde podría estar la clave para que el enfermo reconozca la enfermedad, la asimile, la entienda y aprenda a convivir con ella para poder vivir.

Platón dijo: “no se puede sanar el cuerpo sin conocer el alma... más aún, sin conocer la naturaleza del todo”, pensamiento referido en una de las Siete Teorías de la Naturaleza Humana de Stevenson (1987).

Esta reflexión, de tenerla presente, podría ayudar a las personas que trabajan con enfermos, especialmente con estas enfermedades crónicas, pues ella serviría de guía en el trato con el paciente, quien debe verse como sujeto, como una totalidad y no fragmentado por las especializaciones, tal como es considerado por el paradigma biomédico en la ciencia moderna.

Al hombre se divide en órganos, sistemas, compartimientos, cuerpo, psiquis y no es visto como un todo con una visión holística, como una unidad del ser en sí, visión que debe rescatarse, rescatándose la dignidad humana.

## **CAPITULO V**

### **CONSTRUYENDO LA TEORÍA**

#### **DECONSTRUYENDO Y CONSTRUYENDO UNA NUEVA VISIÓN TEORÍA PRELIMINAR**

El abordaje unidimensional del equilibrio metabólico de la mujer diabética en edad reproductiva, permite obtener una visión parcial del problema, lo que limita el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad en profundidad. En tal sentido, se podría inferir que:

“El desequilibrio metabólico de la mujer diabética, en edad reproductiva, se trata unidimensionalmente, toda la atención está centrada en la dimensión objetiva, en lo biológico, cosificando al ser y eliminando su fundamento trascendental, negándole su esencia de ser sujeto, lo cual no contribuye a la restauración de la condición y calidad de vida de los sujetos pacientes”.

Esta teoría preliminar se confirma al encontrar que el mundo subjetivo de la paciente, abre un camino de esperanza para poder lograr un mejor control metabólico en ella.

La mayoría de las investigaciones que se han realizado hasta ahora en el área de la diabetes, específicamente en relación al equilibrio metabólico, han explorado principalmente la dimensión biológica, a través del método empírico analítico. En esta investigación, al explorarse esta dimensión, surgió la necesidad de estudiar también otros aspectos: el Psicológico, Social, Cultural y Espiritual, mediante la fenomenología-hermenéutica.

Esta nueva visión deconstruye la vieja concepción de lo unidimensional, en tal sentido, se exploraron, en la mujer diabética en edad reproductiva, dos grandes dimensiones: la objetiva y la subjetiva. Éstas, aunque lucen separadas, se encontraron entrelazadas, asociadas, una emerge de la otra, una está contenida en la otra.

Por esta razón el desequilibrio metabólico no puede verse desde una perspectiva unidimensional sino multi e interdimensional, al incluir nuevos aspectos en la valoración de la mujer diabética: dejarla de ver como objeto para verla como sujeto.

Al evaluar la dimensión objetiva o biológica, del equilibrio metabólico de las pacientes diabéticas, se midieron cosas tangibles, metas bioquímicas alcanzadas: concentración de glicemia, de lípidos, hemoglobina A1c y metas clínicas: peso, circunferencia de cintura,

presión arterial. Aquí se llegó a la conclusión, que no todas las mujeres diabéticas estudiadas alcanzaron el equilibrio metabólico deseado, se observó que su equilibrio interno estaba perturbado.

Esta perturbación interna, producida por la diabetes en el microcosmo de la persona, es generada a su vez por una perturbación externa que tiene lugar en el macrocosmos, donde el progreso, la tecnología de la época moderna y posmoderna tiene mucho que ver. Los modos de vida que han caracterizado estas épocas, han provocado cambios significativos en la alimentación, en la actividad física y en la aparición de situaciones de estrés permanente, que se deben afrontar.

Los estilos de vida, evidenciados en las pacientes de este estudio, no son saludables. Una vez indagados, se pudo observar que no todas se adhieren al plan alimentario, la adhesión al tratamiento no es permanente, las transgresiones dietéticas son frecuentes, su plan alimentario está sometido a una serie de vaivenes que dependen mucho de su estado de ánimo, de cómo se encuentran ellas psicológicamente en determinados momentos de su vida.

Pocas realizan actividad física de manera regular o constante y la gran mayoría reaccionan con emociones negativas, ante las situaciones cotidianas de su vida. El índice de reactividad al estrés se encontró

alterado en un número importante de mujeres. De lo que se deduce que están sometidas con frecuencia a variables grados y tipos de estrés, al cual no se le presta la suficiente atención a pesar de la influencia que éste ejerce en los niveles glicémicos, como ya se mencionó.

Las alteraciones microcósmicas, plasmadas en los aumentos de los valores de las variables clínicas y bioquímicas estudiadas: la hiperglicemia, la dislipidemia, la obesidad general y visceral, el sobrepeso, la presencia en unas pocas de hipertensión arterial, son un reflejo de los excesos acaecidos en el macrocosmos en el que ellas viven, lugar donde ellas ocupan un sitio y donde ellas desarrollan su dimensión cósmica.

La pérdida del equilibrio externo, producto de la civilización y la tecnificación, ha generado un modo de vida en el cual ellas se sumergen como seres. Y es que esa modernización ha llevado al hombre a un estado de comodidad, de confort tal, que ese exceso de energía que se aporta no se consume, porque el hombre no se ejercita; esa energía no es metabolizada en su medio interno, se almacena, se deposita como grasa corporal, transformándolo en un ser obeso, con aumento de la grasa abdominal.

Esta transformación en la corporalidad es, por lo tanto, producto de la transformación ocurrida en su comportamiento, ante un estilo de vida donde el fin fundamental es el placer, el hedonismo, aspectos que

juegan un papel determinante en su conducta. Como vemos hay una distorsión orgánica, físico biológica, originada por una distorsión conductual, psíquica, que están íntimamente relacionadas y que por lo tanto no podemos separar en estancos o compartimentos.

La distorsión orgánica, por ser tangible, se percibe. Las modificaciones de la conducta podrían percibirse parcialmente, pero las verdaderas razones de esa conducta, por su intangibilidad, no se pueden percibir, aparentemente. Ambas realidades, la objetiva y la subjetiva, están interrelacionadas de tal manera que una depende de la otra y forman una realidad única que es la que interviene en el equilibrio metabólico, no obstante éste se ha estudiado únicamente desde la dimensión biologicista.

Los valores biológicos, nos dan cuenta del equilibrio metabólico, si éste, está normal o alterado. La realidad tangible, nos da razón de cosas del hombre, del hombre como cosa, pero no da razón de lo subjetivo, del existente humano, no da razón del hombre como ser; éste que, según Kiekergaard, no es más que subjetividad, ha sido excluido. Se ha estudiado el equilibrio de la diabetes en la mujer que la padece, pero no a la mujer con un desequilibrio metabólico.



Mediante el estudio empírico analítico, se valora la parte externa de la diabetes, se estudia la enfermedad en la mujer diabética, pero se dejando de lado a la enferma, a la mujer como persona, su interioridad, sus sentimientos, su mundo vivido; no se ha mirado la diabetes desde dentro.

Se ignoran las verdaderas razones de su desequilibrio metabólico. Su mundo interno, lo que les impide adherirse al tratamiento, modificar sus estilos de vida. Mientras no se conozca ese mundo, poco se podrá hacer para ayudarla a alcanzarlo. De aquí que se deba cambiar la perspectiva en su abordaje.

### **CONSTRUYENDO LA TEORÍA.**

Todo ser humano es único. Cada uno es diferente al otro, posee cualidades o características que le confiere su esencia. Esas cualidades no están separadas, sino unidas, relacionadas como un todo integrado, es este todo integrado lo que conforma la persona.

Ser persona equivale a ser digna. La dignidad, debe ser rescatada e incluida en el estudio del hombre y de las cosas que le afectan, pues el hombre se resiste a la cosificación, hacia la cual es empujado constantemente.

Al estudiar el desequilibrio metabólico de la paciente diabética y ser vista como persona, se vió en su multi e interdimensionalidad; ella se descubrió desde las dimensiones que la constituyen. Se descubrió desde lo psíquico, desde su emotividad y desde su espiritualidad; tanto lo psíquico como lo espiritual son parte de ella, de su esencia como persona digna, como ser humano y fue así como ella se mostró.

Al verla desde su interior, se reveló como el resultado de dos elementos- cuerpo y alma- no yuxtapuestos, sino como un núcleo inobjetable, subjetivo y unificador de varias dimensiones. Este núcleo integrador, se manifestó a través de sus vivencias como el existente concreto, el cual es todo cuerpo animado, a la vez que alma corporeizada, espíritu encarnado.

Se descubrió como un cuerpo y un alma que la constiyuyen, como una unidad compleja; se dibujó en su complejidad no mostrando separación entre sus diferentes elementos constitutivos. El ser humano como existente concreto es un ser complejo; es así como ellas se revelan y es así como deben ser vistas y abordadas. Es en esa misma complejidad donde la enfermedad actúa, originando un desequilibrio que las afecta como un todo, afectación que a su vez influye en el propio equilibrio.

Cuando en la mujer se rompe su armonía, su equilibrio interno - como ocurre cuando padece una enfermedad como la diabetes-, debe ser evaluada de una manera integral, holísticamente. Y es que la enfermedad es algo mucho más que una afección biológica, concepto que emergió de las propias pacientes; fue su sentir que la diabetes va más allá de un desequilibrio orgánico y bioquímico, de un desequilibrio metabólico.

El desequilibrio biológico originó en ellas también un desequilibrio psicológico, emocional, social y espiritual, tal como se refleja en sus experiencias humanas vividas.

Uno de los hallazgos, al indagar la interioridad en las pacientes diabéticas en edad reproductiva, fue la estrecha asociación que existe entre la afectación biológica y la psicológica. Es que la mujer como ser, como sistema sustantivo consta de dos subsistemas: organismo y psique. No se trata de dos sistemas unificados, sino de un sistema único dotado de una sustantividad o estructura compleja formada por dos subsistemas que aunque tienen una diferencia substancial, no constiuyen dos estratos, ni siquiera dos ramas, sino una única sustantividad. De modo que ella, como mujer, no tiene organismo y psique separados, ella se manifiesta como un todo psicoorgánico, como una unidad sistémica.

Ese sujeto único, representado por la mujer diabética, se manifiesta como existente humano. No como cuerpo y alma separados, sino que lo uno existe como realidad de lo otro, de modo que puede decirse que la mujer en su realidad es todo alma y todo cuerpo; ella es un todo en sí, toda subjetividad y toda realidad del mundo.

Un mundo, no creado directamente por ella, sino que fue heredado de sus antepasados, de su relación con el mundo; es así como la mujer diabética forja su personalidad, de su trato con los demás, a lo largo de su existencia. Ella no se clausura en sí misma, sino que se abre a sus semejantes desde su propia mismidad. Se apertura a los otros, apertura que es aspecto fundamental en ella como ser humano.

Es que el ser humano es relacional por naturaleza, esta relacionalidad se ve afectada, al afectarse la relación dialógica del existente humano. Una manera de superar la concepción unidimensional de una persona es relacionándose con la otra, aceptando su presencia como elemento constitutivo. Esta relación del hombre con el hombre, no es añadida sino primordial.

Las personas se completan en una contribución recíproca. La consecuencia es el reconocimiento del otro como persona. En el

intercambio del yo con el tú, se conforman el uno con el otro, se hacen verdaderos seres humanos.

En esta reciprocidad del uno con el otro, de su comunión con los otros seres y con las cosas, es como el existente humano se realiza como persona y alcanza su plenitud de ser. Mediante el cuerpo se conecta con el mundo y se hace presente en él, se produce un entramado hombre-mundo, de manera que somos una parte del mismo, el cuerpo es un entre- el hombre y el mundo.

La condición corpórea de las mujeres diabéticas, las obliga a relacionarse con sus semejantes y a adoptar conductas que hacen propias. Este orden existencial, sustentado en la coexistencia y en la cultura, en la sociedad como ámbito real, en sus creencias, determina su comportamiento, sus modos de vida. Sus hábitos nutricionales, sus actividades, incluyendo la actividad física y el ejercicio, además de la manera de afrontar sus emociones día a día, todo es producto de su intersubjetividad.

En su existencia, la persona es concebida como estructura abierta al mundo y a los otros, sin que la compleja pluralidad de elementos que la constituye quebrante su unidad. La persona construye su conciencia en diálogo permanente con el mundo y con las demás personas; la

alteridad y la comunicabilidad son, por lo tanto, dimensiones constitutivas y esenciales del ser integral.

De allí que la afectación biológica, referido por la mujer diabética en edad reproductiva, afecte también su dimensión sociocultural. Este hallazgo afloró de ellas, en cuanto su relación con las personas de su entorno próximo: esposo, padres, hijos y amigos, se tornó diferente, no en lo afectivo, pero sí en el encuentro con el otro, sintiéndose en ocasiones en situación de minusvalía, o de dependencia en relación a ellos. Una de las cosas que más las afectó en este sentido fue el cambio de actitud que ellas debían adoptar en cuanto a los hábitos.

Expresaron que ya no podrían compartir con los demás, los mismos gustos en relación con los alimentos y las comidas, por las restricciones impuestas en la dieta. Así mismo, no podían ingerir alcohol, ni tampoco fumar, lo que las hacía poco partícipes de las reuniones sociales. Por una parte, no deseaban incomodar a los demás y por otra, ya no disfrutaban como antes, ni compartían de igual manera sus encuentros con las otras personas; como si esos momentos agradables, hubiesen perdido su encanto. Varias señalaron que ya no asistían a fiestas ni a reuniones sociales con la misma regularidad, ni con el mismo ánimo.

La concepción del grupo de mujeres diabéticas estudiadas, en relación a la diabetes, es que la enfermedad va más allá de la afección biológica. Ellas se develan más allá de su corporeidad, de lo orgánico. Se develan, desde los niveles que la constituyen, como sistema biopsicosocial y espiritual, niveles que conforman su estructura esencial como mujer, como persona.

La mujer diabética, desde sus niveles más profundos, se dibuja en: lo vital, lo psíquico y lo espiritual. En lo vital se percibe en ella algo más que una estructura físico- química compleja y algo más que una organización de elementos atómicos- moleculares. Está impregnada por un alma corporal que le imprime vitalidad.

En lo psíquico, donde convergen las emociones, se manifiesta agobiada por una serie de emociones negativas que despierta en ellas la enfermedad, como un entramado existente entre lo biológico y lo psíquico, prácticamente no hay separación entre ambas esferas.

En lo espiritual, que se distingue de lo psíquico pero que al mismo tiempo lo incluye, por ser parte de él, se manifiesta por las pérdidas que en ella genera la enfermedad, como si ésta las envolviera para privarlas de su salud, de su independencia, de su libertad, sintiéndose presas en ella.

Ellas plasmaron en sus palabras, los tres niveles constitutivos de su estructura, su unidad sistémica humana.

A la luz de los hallazgos del sentir de las pacientes, se pudo encontrar que la afección biológica origina una inquietud, una disarmonía en el espíritu. Esta manifestación se dejó permear a través de los estados de conciencia de éstas mujeres, evidenciado en sus noesis, en sus creencias y expresados a través del lenguaje.

Aunque ellas asocian esta disonancia espiritual, con su perturbación biológica, ésta se encuentra en un nivel superior; el espíritu trasciende lo vital y lo orgánico, está por encima de la materia, aunque se apoya en ella. El espíritu, es inmaterial, forma parte de la estructura humana, de la mujer como persona y pone de manifiesto su unidad esencial.

Esta unidad sistémica se ve afectada por la enfermedad. Como consecuencia de la perturbación que existe por el desequilibrio biológico de la diabetes, se altera el orden de esa unidad, y se genera un desorden, un caos; este se inicia en la esfera biológica, pero altera lo psíquico, lo sociocultural y lo espiritual. De allí que esta investigación amplíe la visión del fenómeno estudiado, descubriendo, además de lo biológico, el resto de las dimensiones humanas.



El abordaje de la mujer diabética desde todas sus dimensiones, permite una mayor aproximación a la realidad humana. Con esta visión multi e interdimensional, se supera la cosificación de la mujer, se obtiene una visión holística de la mujer diabética en edad reproductiva.

Bajo esta visión holística, se pudo concluir que la diabetes es una condición fatal, que viene a perturbar el equilibrio metabólico de la mujer diabética. La afecta en lo vital, poniendo en peligro su vida pues la puede llevar a la muerte, por la serie de complicaciones crónicas a las que está expuesta.

Ellas mueren como consecuencia de estas complicaciones, siendo una de las principales causas de muerte la enfermedad cardiovascular, puesto en evidencia por la serie de factores de riesgo cardiovascular en ellas detectados, al evaluar su dimensión biológica.

Como se puede apreciar la vida y la calidad de la misma, en estas pacientes, se ve amenazada por cualquiera de las complicaciones que se originan de la enfermedad, debido a la falta de control.

El control en ellas no es sencillo, como señalaron los agentes externos. Ellos acotaron, que se requiere de un gran esfuerzo por parte de las pacientes para poder alcanzar las metas, esfuerzo que es aún

mayor para mantenerlas. Además agregaron, que casi todas tienen la intención de controlarse pero que muy pocas lo logran.

Para las diabéticas, controlarse significa cambio en su estilo de vida, en su modo de vivir, en sus costumbres; hechos relacionados con su cultura nutricional y sistemas de creencias- tanto religiosas como no religiosas-, aspectos que están profundamente arraigados en la conciencia de las pacientes, en su inconsciente colectivo; son constructos que resultan muy difíciles de cambiar, si las pacientes no se disponen a ello.

El patrón de comportamiento de las mujeres diabéticas, en relación a ciertos factores que afectan su salud, es similar; está regido por constructos. Ellas perciben, describen e interpretan el mundo, generalmente, mediante constructos automáticos.

Están expuestas de manera reiterativa a determinados factores nocivos que ponen en riesgo su salud, que por su carácter repetitivo y la profundidad con que se encuentran arraigados, son considerados hábitos.

En relación a los hábitos alimenticios, como ya se señalara, un grupo de ellas tiene hábitos alimentarios inadecuados que deben ser modificados por la **dieta**, la cual surge como categoría central, luego de

haber sometido la información obtenida en las entrevistas al filtro epistémico.

Para las pacientes el comer es un proceso no consciente, involuntario, carente de control y de conocimiento; no lo hacen por conveniencia sino de manera espontánea; provocado por el hambre y movidas por el drive, comen lo que desean para satisfacer su apetito, para eliminar ese estado de discomfort que le produce el hecho de no haber comido. Comen lo que les apetece, sin discernir si lo que están comiendo es nutritivo, saludable o no. Además ingieren la cantidad que desean, sin medida y preparado de cualquier manera, de la manera más fácil y la que le sea más agradable a su paladar. Esta forma de comer está almacenada en su memoria, en su inconsciente cognitivo.

Hacer dieta, para las pacientes diabéticas, es comer por obligación, diferente a lo que ellas acostumbran. El comer diferente implica un cambio en el procesamiento y almacenamiento de la información que ellas manejan.

Su actitud hacia la comida, su conducta alimentaria depende, en parte, de la percepción que tienen de la alimentación, del tipo de alimento y del modo de alimentarse; esto está fijo en su memoria, así lo comunicaron en las entrevistas.

De igual manera lo expresaron los agentes externos, uno de los cuales dijo: la dificultad está en cambiar su cultura nutricional; todas comen muy mal, les encanta la comida chatarra, los refrescos, consumen muchas frituras, carbohidratos en exceso hasta dos y tres en un mismo plato, según lo referido y vivido por nosotros como equipo de salud.

También ingieren carbohidratos simples, en lugar de los complejos, que son los realmente indicados. Este proceso automático de cómo ellas ven la alimentación y la dieta, está relacionado con el concepto de constructo accesible crónicamente. Este es su constructo, su manera automática de ver la alimentación, la dieta. Es un *constructo que se activa con facilidad y requiere de poca información (Barg 1989)* Los constructos accesibles crónicamente, tienen todas las propiedades de los procesos cognitivos inconscientes. También están relacionados con el self, con la manera de ver el self (Higgins, 1989).

El resto de los constructos existentes, necesitan apoyo, control y atención consciente, razón por la cual son poco utilizados. Al contrario los constructos accesibles crónicamente, se utilizan con frecuencia, requieren menos esfuerzo, menos información y menor atención dirigida, que los otros constructos.

Los constructos accesibles crónicamente, predisponen a la percepción y a la memoria, para confirmarlos o reafirmarlos, es por ello que las personas que actúan según estos constructos se alejan de aquellas situaciones o hechos que no los confirman, sino que por el contrario, las induce a cambiarlos.

Ellas comen de acuerdo a sus costumbres, según lo almacenado en su memoria, según sus constructos accesibles crónicamente, hecho que a su vez refuerza aun más estos constructos.

Las pacientes a quienes se les indica dieta, continúan comiendo automáticamente, de acuerdo a la información almacenada en su inconsciente cognitivo, que no requiere esfuerzo, ni atención consciente. Prefieren los alimentos a los que están acostumbrados, de acuerdo a sus constructos y de esta manera los refuerzan.

Se alejan de la dieta, por ser un proceso no automático, consciente, que requiere de un esfuerzo de su parte, según lo referido por ellas y por los agentes externos. Para adherirse a la dieta, deben seleccionar los alimentos que pueden consumir, deben medirlos o pesarlos, además deben emplear mayor tiempo en su preparación y de esta manera cumplir con las especificaciones hechas en las indicaciones dietéticas.

Cuando cumplen la dieta no actúan movidas por sus constructos, por lo que dejan de reforzarlos, estos se van debilitando y las van llevando a un cambio definitivo de los mismos.

Muy ligada a la dieta surgió el **control** como otra de las categorías principales; para la mujer diabética, control significa tomar conciencia, poner de su parte; lo cual indica que éste debería ser racional y estar bajo su voluntad. De allí que, sólo alcanzará el equilibrio metabólico cuando exista un procesamiento consciente y racional de la información concerniente al control, lo que requiere además de un esfuerzo, centrar en ello toda la atención para así poder lograrlo.

El cambio, y por lo tanto el equilibrio metabólico, requiere de un aprendizaje transformacional, éste, por consiguiente, juega un papel primordial en las modificaciones de los estilos de vida; cambiarlos significa dar un vuelco en el procesamiento y almacenamiento de la información procedente del medio externo, lo que equivaldría a hacer un desaprendizaje consciente.

Lograr un cambio en el proceso cognitivo, pasarlo de automático a controlado, es decir de inconsciente a consciente, podría ser una manera de cambiar los drives y los constructos, que están presentes y enraizados en el inconsciente cognitivo de la mujer diabética.

Otra categoría vinculada al fenómeno, señalada por las pacientes, es el tratamiento. Para casi todas las pacientes entrevistadas el tratamiento tiene muy poca relación con los cambios en los estilos de vida. Para ellas el tratamiento se resume más bien a pastillas e inyecciones, destacándose la importancia que todas le dan al tratamiento farmacológico. Esto fue corroborado por los agentes externos al señalar la facilidad con que las pacientes se adhieren a los hipoglicemiantes orales, ellas lo prefieren en lugar de someterse a la dieta.

De aquí se desprende que para las diabéticas en edad reproductiva el control, es eminentemente farmacológico; este enfoque está relacionado con la manera de procesar la información que, como ya se ha señalado, ellas lo hacen de manera inconsciente e irracional, sin esfuerzo alguno de su parte.

Al hablar de tratamiento, todos, tanto las pacientes, como los agentes externos consideraron a la dieta como parte del mismo, coincidiendo que es lo más difícil de cumplir. Al contrario el ejercicio y el control del estrés, fue señalado por pocas pacientes como parte de su tratamiento; aunque varias lo mencionaron, lo hicieron de manera aislada, como una recomendación más que deben cumplir, pero sin darle el peso o la importancia que tienen como medida terapéutica.

El ejercicio, no tiene mayor significación para las mujeres diabéticas estudiadas, no lo consideran prioritario, relegándolo a un segundo plano. Sólo lo realizan si disponen de algún tiempo después de haber cumplido con sus ocupaciones de madre, del hogar o del trabajo fuera de casa si es que lo tienen. Este sedentarismo, guarda relación con el comportamiento adoptado por las mujeres de la época ante los estilos de vida, cuyo fin fundamental es la comodidad y el confort, producto de la modernización.

Las modificaciones en los estilos de vida, en general, no son llevados a cabo, por los sujetos de estudio, quienes actúan según los procesos cognitivos automáticos.

El procesamiento de la información que moldea su conducta - que posteriormente se va a convertir en hábitos - se hace fuera de la conciencia y la razón; requiere poco esfuerzo y poca capacidad de atención, hechos característicos de la población actual, especialmente los jóvenes. Para lograr un cambio en los estilos de vida, se necesita de todo lo contrario, implica un gran esfuerzo; se requiere un despertar de la conciencia y la razón, se necesita un procesamiento de la información cognitivo, controlado, consciente y racional.



Dejar de hacer las cosas más fáciles, en las que se emplea menos esfuerzo y que son las que más gratas, por ser las más placenteras y las hace sentir más cómodas, es una tarea realmente ardua. La teoría de los constructos que se activan desde el inconsciente cognitivo, la teoría de los drive – teoría de la motivación- que busca eliminar el dolor o las situaciones de incomodidad y la teoría de los constructos accesibles crónicamente, juegan un rol determinante en el logro del equilibrio metabólico de la mujer con diabetes tipo 2, en edad reproductiva.

En este modelo teórico cognitivo, se debe tener presente tanto el contenido como el proceso de la información. Si éstos se pueden cambiar, se podrá lograr un cambio en los modos de vida. (págs. 67-68).

Inducir un cambio en el nivel de conciencia de las pacientes, para que la información suministrada en el proceso de aprendizaje transformacional, sea procesada y almacenada en la conciencia, es recomendable y de esta manera se podría modificar el proceso cognitivo, para que deje de ser inconsciente y pase a ser controlado o consciente.

Cambiar los constructos de las pacientes diabéticas, a través de estrategias educativas apropiadas que le permitan elaborar unos nuevos, es posible si se manejan los elementos cognitivos de la

personalidad, es decir la manera como la persona reflexiona sobre sí misma y sobre el mundo.

La personalidad es definida desde el punto de vista de los conceptos y creencias que tiene la gente y las maneras que tiene de procesar la información. De acuerdo a esto, las personas pueden variar su conducta para enfrentarse a las demandas de algunas situaciones específicas. Este sería el caso de las pacientes diabéticas y es sobre estas bases donde se debería actuar.

Para estas pacientes la enfermedad afecta algo más que su unidad psicoorgánica constitutiva, se ven afectada en lo sociocultural y espiritual. Al revelarse como espíritu encarnado, se ven afectadas en su cuerpo animado y en su alma corporeizada.

La transformación en su corporalidad, producto de la transformación del medio ambiente, tiene lugar al adoptar un comportamiento ante un estilo de vida cuyo fin fundamental es el placer, el hedonismo, aspectos determinantes en su conducta.

La dificultad en adherirse a la dieta y a los estilos de vida - basados en la teoría de la motivación hedonista u orientación al placer y las teorías del drive, la de los constructos que se activan desde el inconsciente cognitivo y la de los constructos accesibles crónicamente -

puede superarse para lograr restablecer el equilibrio metabólico, tan difícil de alcanzar.

Al narrar sus experiencias vividas, la mujer diabética se dibujó en su complejidad, no mostró separación entre sus diferentes elementos constitutivos. Se develó como lo que es, como ser humano, como existente concreto, como un ser complejo. En esa misma complejidad es donde la enfermedad actúa originando un desequilibrio que las afecta como un todo. Es que la enfermedad también es compleja, es algo mucho más que un desequilibrio biológico, es un desequilibrio psicológico, emocional, social y espiritual, que las perturba.

El disturbio orgánico, físico biológico de la diabetes tipo 2, es originado por una distorsión conductual, psíquica, íntimamente relacionadas; por lo tanto el abordaje de la mujer diabética en edad reproductiva, ha de ser multi e interdimensional.

Ella debe ser vista como persona, desde su complejidad; corregir, además de la afección biológica, la afección psicológica, sociocultural y espiritual, sin separarlas en sus elementos constitutivos, sin cosificarla.

Basados en el modelo teórico cognitivo de su personalidad debemos orientarlas, ayudarlas a substituir los constructos en los que las pacientes

están ancladas, por unos nuevos. Cambiar sus creencias, modificar la manera que tienen tanto en contenido como en la forma de procesar la información, en especial la relacionada con sus estilos de vida, principalmente con su cultura nutricional, la cual emergió como categoría central en esta investigación fenomenológica hermenéutica.

Estos hallazgos me condujeron elaborar la siguiente teoría:

“En el proceso de restitución del equilibrio metabólico de la mujer diabética en edad reproductiva, hay que conocer su estructura dialogal, sus creencias y motivaciones, su cultura, ir más allá de lo biológico abarcando lo psico-social para tener una visión más compleja, más amplia de la enfermedad y poder así tratarla desde una perspectiva integral, lo que implicaría tratarla no sólo desde fuera sino también desde dentro.”

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón, S. (1993). **Capacidad de Autocuidado del paciente diabético crónico.** Revista Cubana de Enfermería. 9: 110-116. Cuba.
- Alberty, G. (2002). **The DAWN (Diabetes, Attitudes, Whises and Needs) Study.** Pract Diabetes Int, 19:22-24.
- Alberty, G. (2004) **The DAWN (Diabetes, Attitudes, Whises and Needs) Study.** Diabetes Voice, 2004; 49 (Special Issue): 1-49.
- Alberty, G., Zimmet, P., et al (2005). **The Metabolic Syndrome: A new Worl-wide definition from the International Diabetes Federation (IDF).** Lancet, 366: 1059- 1062.
- Álvarez J., Jurgeson G. (2003): **Como Hacer Investigación Cualitativa: Fundamentos y Fenomenología.** México. Paidós.
- Andorno, R. (1998). **Bioética y la Dignidad de la Persona.** Madrid, Tecnos.
- Aristóteles (1971): **Obras completas.** Aguilar. Madrid
- Asociación Americana de Diabetes, ADA (2005). **Position Statement. Diabetes Care; 28: 54-539**
- Asociación Americana de Diabetes, ADA (2006): **Position Statement. Diabetes Care; 29. supplement 1.**
- Asociación Americana de Diabetes, ADA. (2006). **Annual de Diabetes. Clinical Recomendations** Annual Review. US (ADA, 2006).
- Baksi, (2004). **The DAWN (Diabetes, Attitudes, Whises and Needs) Study.** Diabetes Voice, 49 (Special Issue): 1-49.
- Barg, en Pervin, L. (1998). **La Ciencia de la Personalidad.** John Wiley and Sons; 103-104. Madrid.
- Benavente, Y., (2007). **Significado de la Salud-Enfermedad desde la perspectiva de las adolescentes diabéticas embarazadas.** Tesis de Grado no publicada. Universidad de Carabobo. Valencia. Edo. Carabobo
- Boletín Informativo (2004). **Ministerio Popular para la Salud de la República Bolivariana de Venezuela.** Caracas.

- Bonora E. (2002). ***Postprandial peaks as a risk factor for cardiovascular disease: epidemiological perspective.*** Int J Clin Pract Suppl.; 129:5-11.
- Brod, M.,Kongs,J. et al (2008). ***Pshycological Insulin Resistance: Patients beliefs and implications for diabetes management.*** Quality Life Research, 18: 23-32.
- Brownlee M (2004). ***The Pathobiology of Diabetic Complications a Unifying Mechanism.*** *Diabetes*, 54: 1615 – 25.
- Caballero, R., García, A., (1988). ***Capacidad de Autocuidado de pacientes diabéticos no insulíndependientes.*** Trabajo de Grado. Santiago de Chile.
- Camejo M. (2006). ***Guías Prácticas para el Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus.*** Negrin Central. Caracas
- Camejo M. en Cortez A (1999). ***Diabetes Mellitus***, Cap II. 37-51. Disinlimed. Caracas
- Capra, F. (1992). ***El Punto Crucial. Ciencia, Sociedad y Cultura Naciente.*** Troquel. Buenos Aires.
- Cardiometabolic **Education Forum. (2006). Diabetes, Dislipidemla and Atherothrombotic disease.** Facing up to the chaleenges in México.
- Castillo-Valery,A. (2006). ***Bioética.*** Caracas. Disinlimed.
- Chacón, F., Capote, J., (2006): ***Perfil Psicosocial en pacientes diabéticas en edad reproductiva.*** Trabajo de Ascenso. Valencia Universidad de Carabobo.
- Copleston,F. (2000). ***Historia de la Filosofía.*** Ariel, Barcelona.
- Descartes, R. (1979). ***Discurso del Método.*** Alianza. Madrid.
- Desiato, M. (1961). ***Feuerbach y el rescate de la Corporalidad .Los Inicios de la Filosofía Antropológica.*** Universidad Católica Andrés Bello. Caracas.
- Diabetes Control and Complications Trial Research Group. (1993). **The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long term complications in insulin-dependent diabetes mellitus.** N Engl J Med.329:997-986.

Diabetes Prevention Research Group (2002). ***Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin: N Engl J Med.*** 346: 393-403.

Ferrater, J. (2004). ***Diccionario de Filosofía***. Ariel, Barcelona.

Finnish Diabetes Study Group (2003). ***Long term improvement Insulin Sensitivity by Changing Lifestyles of people with Impaired Glucose Tolerance.*** Diabetes. 52: 2532-2538.

Ford E.S. (2005). ***Risk for: All Cause Mortality Cardiovascular Disease and Diabetes Associated with the Metabolic Syndrome: A summary of the evidence.*** Diabetes Care; 28:1769-78.

Frankl, V. (1979). ***El Hombre en Busca de Sentido***. Herder. Barcelona.

Gadamer H. G. (2000). ***Verdad y Método II***. Ediciones Sígueme. Salamanca.

Gadamer, H. G. (1996). ***El Estado Oculto de la Salud***. Gedisa. Barcelona.

Gadamer, H. G. (2002). ***Acotaciones Hermenéuticas***. Trotta. Madrid.

García de los Ríos, M. (2003). ***Diabetes Mellitus***. Arancibia Hnos., Chile.

García, R. (2000). ***El Conocimiento en Construcción: De las Formulaciones de Jean Piaget a la Teoría de los Sistemas Complejos***. Gedisa. Barcelona

Gerich, J., (2003). ***Clinical significance, pathogenesis and management of postprandial hyperglycemia.*** Arch intern Med. 163:1306-1316.

Global Burden of Diabetes (1998). ***Prevalence, numerical estimates and projections.*** Diabetes Care, 21: 1414-1431.

González de Rivera, J. L. (2006). ***Crisis Emocionales***. Espasa. Madrid.

González de Rivera, J.L. (1990). ***El Índice de Reactividad al Estrés. Inteva***. Madrid

González de Rivera, J.L. (2003). ***Medicina Psicosomática***. Madrid, Ades.

- Grant R.W., Buse J.B., et al. (2005). ***Quality of Diabetes Care in US Academic Medical Centers Low Rates Medical Regimen. Diabetes Care.*** 28: 337-42.
- Guangwei, L., Ping Z., et al. (2008). ***The long-term effect of lifestyle interventions to prevent diabetes in the Chjna Da Qing Diabetes Prevention Study: 20 years of fallow-upStudy.***TheLancet. 371:1783-1789.
- Guerra, A., (2003). ***El Cuidado de sí de la Embarazada Diabética, una vía para asegurar un hijo sano.*** Tesis Doctoral. No publicada. Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela. Extraída en mayo 2010 de <http://producción-uc.cid,uc.edu.ve/documents/resumen110A51.pdf/>
- Habermas, J. (1996). ***Textos y Contextos.*** Ariel. Barcelona.
- Hegel,G. (1987) ***Fenomenología del Espíritu.*** Fondo de Cultura Económica. México.
- Hernández-Sampieri, R. (2008). ***Metodología de la Investigación.*** Panamericana. Colombia.
- Higgins, en Pervin, L. (1989). ***La Ciencia de la Personalidad.*** John Wiley and Sons; 103-104. Madrid.
- Husserl E. (1986). ***Meditaciones Cartesianas.*** México, Fondo de Cultura Económica.
- Husserl, E. (1962). ***Ideas Relativas a una Fenomenología Pura y una Filosofía Fenomenológica.*** Fondo de Cultura Económica. México
- Internacional Diabetes Federation (2010). ***The IDF Consensus Worldwide Definition of Metabolic Syndrome (article on Line) available*** from: Extraído desde [www.idf.org.accesed](http://www.idf.org/accesed). Mayo.
- Isomaa B., Alegren P., et al. (2001). ***Cardiovascular Morbidity and Mortality Associated with the Metabolic Syndrome.*** Diabetes Care. 24:683 – 9.
- Jasper, K. (1988). ***La Práctica Médica en la Era Tecnológica.*** Gedisa, Barcelona.



- Jovanovic, L., (1996). ***Medical Management of Pregnancy Complicated with Diabetes.*** Alexandría, VA. American Diabetes Association; 67-86.
- Jung, C.G. (1931). ***El Secreto de la Flor de Oro. Un libro de la vida chino*** Solar LTDA. Bogotá.
- Kant, M. (1981). ***Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres Austral.*** Madrid.
- Karjalainem, J., et al. (1992). ***A bovine albumin peptide as a possible trigger of insulin-dependent diabetes mellitus.*** N Engl J Med. 327:302-307
- Kelly, G., en Pervin, L. (1998). ***La Ciencia de la Personalidad. Teoría del constructo personal.*** John Wiley and Sons; 103-104. Madrid.
- Khaw K.T. et al. (2004). ***HbA1C and Coronary Heart Diseases in Diabetes Mellitus Type 2.*** Ann. Intern Med. 141: 413- 20.
- Khun, T. (2001). ***La Estructura de las Revoluciones Científicas.*** México. Fondo de Cultura Económica, 2001.
- Kihlstrom, J. en Pervin, L. (1998). ***La Ciencia de la Personalidad. El Inconsciente Cognitivo.*** John Wiley and Sons; 230-236. Madrid.
- Kitzmillier, J., Jovanovic, L. (2008). ***Managing Preexisting Diabetes and Pregnancy. Technical Reviews and Consensus Recomendations for Care.*** Alexandría, VA: American Diabetes Association.
- Kottow, M. (1995). ***Introducción a la Bioética.*** Ed. Universitaria. Chile.
- Laín-Entralgo, P. (1969). ***El Médico y el Enfermo.*** Guadarrama. Madrid.
- Lazarus, R., Folkman, S., (1986). ***El Estrés y los Procesos Cognitivos.*** Martínez Roca. Barcelona.
- Leahy, J., Clark, N. (2000). ***Medical Management of Diabetes Melitus.*** Marcel Dekker. New York.
- Leal J. (2005). ***La Autonomía del Sujeto Investigador y la Metodología de la Investigación. Conservando el Discurso.*** Centro Editorial Litorama, Mérida.

- Leininger, M. (1997). **Overview of the theory of cultura-care with the ethnonursing research method.** Journal of Transc,Nurs. Michigan; 8:32-52.
- León, A. (1999). **Ética y Medicina.** Centro Nacional de Bioética. Caracas.
- Lyotard, J.F. (1973). **La fenomenología.** Eudeba Sem. Buenos Aires.
- Martínez M., M. (1989). **Comportamiento Humano: Nuevos Métodos de Investigación.** Trillas, México.
- Martínez-Miguéles, M. (1998). **La investigación Cualitativa Etnográfica en Educación.** Manual Teórica Práctico. Trillas. México.
- Marturana, H., Varela, F. (2004). **De Máquinas y Seres Vivos. Autopoiesis: La Organización de lo Vivo.** Lumen. Argentina.
- Morin E. (1994). **Introducción al Pensamiento Complejo.** Gedisa, Barcelona.
- Morin, E. (1999). **Los Siete Saberes Necesarios a la Educación del Futuro.** Unesco, Francia.
- Morin, E. El Método. **La Naturaleza de la Naturaleza** .Madrid. Cátedra, 1977.
- Morin,E., Ciurana E. (2003). **Educación en la Era Planetaria.** Gedisa. Barcelona.
- Morris,J.,Povey,R., et al. (2010). **Experiences of people with type2 diabetes who have changed from oral medication to self administred insulin injections. A qualitative Study.** Pract Diabetes Int, 22:239- 243.
- Msengana, R. (2004). **Diabetes fear and self-loathing, one persons story.** Diabetes Voice. 49: Special Issue.
- Muñoz-López, M. (2002). **Instrumentos de Evaluación en Salud Mental.** Piramide, Madrid.
- Nam, S. Chesla, C. et al. (2010). **Factors Associated with Psychological Insulin Resistance in individuals with type 2 Diabetes.** Diabetes Care

- Oñate de Gómez, N. en Cortez A. (1999). **Diabetes Mellitus**. Cap. I. 15-35. Disinlimed, Caracas.
- Organización de las Naciones Unidas, (ONU). (1948). **Declaración Universal de los Derechos Humanos** Extraído en mayo 2010 de: [www.un.org-es-righths](http://www.un.org-es-righths).
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (2010) **Obesidad y Sobrepeso**. Extraído en mayo, 2010 de: [www.who.int/media/centre](http://www.who.int/media/centre).
- Pervin, L. (1997). **La Ciencia de la Personalidad**. John Wiley and Sons; 103-104. Madrid.
- Peyrot, M., Rubin, R. et al. (2005). **Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: Results of the Cross-National Diabetes, Attitudes, Wishes and Needs, (DAWN, Study)**. Diab Med; 22: 1379-1385.
- Ríos, J. (2004). **Epistemología: Fundamentos Generales**. Universidad Santo Tomas de Aquino (USITA), Bogotá.
- Rodríguez, M. (2006). **Historia de la Filosofía**. Santillana, Buenos Aires
- Schneider, S., Ruderman, N. (2004). **Exercise in NIDDM**. Diabetes Care, 13: 785-789.
- Selye, H. (1936). **Syndrome produced by diverse nocivous agents**. Nature, 138:22-49.
- Sloterdijk, P. (2003). **Esferas I. Burbujas. Microesferas**. Ediciones Sirvela, Madrid.
- Smith, G., Smith, J., (2003). **Clinical Research: A user guide to researching, analyzing and publishing clinical data**. Bio Scientific. Oxford.
- Soren, E., Peyrot, M. (2005). **The Diabetes Attitudes, Whises and Needs (DAWN), Program: A new approach to improving outcomes of diabetes care**. Diabetes Spectrum (ADA). 18:136-142.
- Spire A. (2000). **El Pensamiento de Prigogine. La Belleza del Caos**. Andrés Bello de España. Barcelona.

- Stevenson, L. (1987). ***Siete Teorías de la Naturaleza Humana: Platón, Cristianismo, Marx, Freud, Sartre, Skinner, Lorenz.*** Cátedra. Madrid.
- The Da Qing Study (1997) ***Impaired Glucose Tolerance and Diabetes Study : Effects of diet and exercise, in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance.*** Diabetes Care, 20: 537-544.
- The DECODA Study Group (1998). ***On behalf of the European Diabetes Epidemiology Study Group. BMJ, 317: 371-375.***
- The DECODA Study Group (2004). ***Hyperglycemia and mortality from all causes and from cardiovascular disease in the populations of Asian origin.*** Diabetología, 47:385-394.
- The DECODA Study Group (2007). ***Hyperglycemia and mortality from all causes and from cardiovascular disease in the populations of Asian origin.*** Diabetes Research and Clinical Practice, 2007;76:57-67.
- The DECODE Study Group (2000). ***Diabetes Epidemiology, collaborative analysis of diagnostic criteria in Europe.*** Diabetes Metab, 282- 286.
- The third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP). (2001). ***Expert panel on detection,evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults.(Adult Treatment Panel III: ATP III).*** JAMA, 285: 2486-2489.
- Tuomilehto, J., Lindstrom, J., et al. (2001). ***Prevention of Type2 Diabetes Mellitus by changes in life style among subjets with Impaired Tolerance Test.*** N Engl J Med, 344(1343- 1350.
- Ugas Fermín, G. (2006). ***La Complejidad, un Modo de Pensar.*** Lito – Formas, Venezuela.
- UK Prospective Study (UKPDS) Group. (1998). ***Intensive Blood Glucose Control with Sulphonylureas or Insulin Compared with conventional Treatment and Risk Complication in Patients with Type 2 Diabetes (UKPDS 33).*** Lancet, 352: 837-53.
- Valenci, P. Schwarz, P.,et al. (2005). ***Prediabetes essential action: A European Perspective.*** Diabetes Metab. 31: 606-620.

**ANEXOS**

## ANEXO 1 COMPLICACIONES CRÓNICAS

Nombre \_\_\_\_\_ N° de Historia \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Nivel educativo: \_\_\_\_\_ Graffar: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ Cintura: \_\_\_\_\_

Tipo de Diabetes: \_\_\_\_\_ Duración de la Diabetes: \_\_\_\_\_

N° de gestaciones: \_\_\_\_\_ N° de partos: \_\_\_\_\_

### FACTORES DE RIESGO:

Peso al nacer < 2,500 Si ☐ No ☐ No sabe ☐

Peso al nacer > 4,000 Si ☐ No ☐ No sabe ☐

Antecedentes familiares de Diabetes (1° grado) Si ☐ No ☐ No sabe ☐

### HÁBITOS:

Fumador (tabaco, cigarrillo, chimó) Si ☐ No ☐

Actividad física: 30 min. 3 o > v/sem. ☐ < 3 v/sem. ☐

Nunca ☐

**Responde con emociones negativas (Rabia, angustia, miedo) ante las presiones del trabajo, estudio, familia o medio social**

Frecuentemente ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

### Frecuencia de consumo de algunos de este grupo de alimentos:

#### Grupo 1: Frutas, vegetales verdes, avena, leguminosas (caraotas, lentejas, etc.)

Diario ☐ Varias veces a la semana ☐ Semanal ☐ Raramente ☐

Nunca ☐

#### Grupo 2: Azúcar, Papelón, miel, melaza

Diario ☐ Varias veces a la semana ☐ Semanal ☐ Raramente ☐

Nunca ☐

#### Grupo 3: Embutidos (Jamón, mortadela, salchicha, diablito, etc.) mantequilla, mayonesa, vísceras, frituras

Diario ☐ Varias veces a la semana ☐ Semanal ☐ Raramente ☐

Nunca ☐

#### Grupo 4: Sardina, atún, otros pescados (no fritos), aceite vegetal crudo, aguacate, semillas (almendras, linaza, ajonjolí)

Diario ☐ Varias veces a la semana ☐ Semanal ☐ Raramente ☐

Nunca ☐

**Grupo 5: Frecuencia de consumo y tipo de Alcohol:** \_\_\_\_\_ Diario ☐ Varias veces a la semana ☐ Semanal ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

## ANEXO 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted es invitado a participar voluntariamente en este estudio, sin ofrecerle incentivo de ningún tipo; es libre de aceptar o rechazar. Usted deberá responder estos cuestionarios, cuyos resultados que serán manejados confidencialmente ya que se evaluará: síndrome de desgaste profesional, Índice de reactividad al estrés, Desgaste profesional crónico y trastornos psicopatológicos. Su respuesta se mantendrá en absoluta reserva;

Yo: \_\_\_\_\_

Acepto libre a participar en este estudio previa información del mismo.

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha de la autorización: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## ANEXO 3

### INDICE DE REACTIVIDAD AL ESTRÉS.

El estrés es una respuesta automática del organismo ante situaciones que exigen mayor esfuerzo de lo ordinario. Cada persona tiene reacciones características ante el estrés y algunas se enumeran en la lista siguiente. Por favor Marca la respuesta con una **X**, que le parecen más próxima a su forma habitual de reaccionar en situaciones de estrés o tensión nerviosa.

**Gracias por tu participación en el estudio** Valores:

0	Nada
1	Un Poco
2	Moderadamente
3	Bastante
4	Mucho o exageradamente

Nº		0	1	2	3	4
1	Inquietud, incapacidad de relajarme y estar tranquilo					
2	Pérdida de apetito					
3	Descentrarme del problema y pensar en otra cosa					
4	Ganas de suspirar, opresión en el pecho sensación de ahogo					
5	Palpitaciones taquicardia					
6	Sentimientos de depresión y tristeza					
7	Mayor necesidad de comer, aumento de petito					
8	Temblores, tics o calambres musculares					
9	Aumento de actividad					
10	Náuseas, mareos, inestabilidad					
11	Esfuerzo por razonar y mantener la calma					
12	Hormigueo o adormecimiento en la manos, cara, etc.					
13	Molestias digestivas, dolor abdominal, etc.					
14	Dolor de cabeza					
15	Entusiasmo, mayor energía o disfrutar la situación					
16	Disminuir la actividad					
17	Pérdida del apetito sexual o dificultad sexuales					
18	Tendencia a echar la culpa a alguien o algo					
19	Somnolencia o mayor necesidad de dormir					
20	Aprensión, sensación de estar poniéndome enfermo					
21	Agotamiento o excesivo fatiga					
22	Micción frecuente					
23	Rascarme. Morderme las uñas, frotarme, etc.					
24	Sentimientos de agresividad o aumento de irritabilidad					
25	Diarrea					
26	Beber, fumar o tomar algo (chicle, pastillas, etc.)					
27	Necesidad de estar solo sin que nadie me moleste					
28	Aumento del apetito sexual					
29	Ansiedad, mayor predisposición a miedos, temores etc.					
30	Tendencia a comprobar repetidamente si todo está bien					
31	Mayor dificultad en dormir					
32	Necesidad de estar acompañado y de ser aconsejado					



## **ANEXO 4**

### **Entrevistas**

ENTREVISTA 1		SUJETOS DE ESTUDIO			247
TEXTO	CÓDIGO	PROPIEDADES	CATEGORÍA	SIGNIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
<p><b>¿Por qué estás aquí hoy?</b> Yo vine porque con mi segundo embarazo se me subió el azúcar y la tensión y por eso se me murió una niña de 37 semanas y 5 días (Respira profundo, pero no hay lágrimas, ni señal de dolor en su rostro) Me mandaron a hacerme los exámenes para acá para la Unidad de Diabetes y Embarazo.</p>	Enfermedad	En su segundo embarazo presentó el azúcar y la tensión alta, por lo que perdió una niña de 37 semanas y 5 días. La enviaron a la Unidad para hacerle los exámenes.	Enfermedad	La envían a la consulta por pérdida de una niña hacia el final de su embarazo, por presentar <b>azúcar y tensión altas.</b>	Acude a la Unidad para estudio por haber perdido una niña en su anterior embarazo, por haber presentado diabetes gestacional.
<p><b>¿Viniste a la Unidad a chequearte, después del embarazo para ver si quedaste o no diabética? ¿Cómo saliste?</b> Sí, me hice todos los exámenes que me mandaron. Todo salió normal</p>	Enfermedad	Vino por primera vez a la Unidad, después del embarazo, para determinar si era o no diabética, pero sus exámenes salieron normales, no tenía diabetes.	Enfermedad	Vino por primera vez a la consulta después del embarazo para realizarse estudios especiales que indicarían si la paciente tenía o no diabetes.	

<p><b>¿Volviste a control?</b> No acudí a control hasta ahora, después de 7 meses, cuando volví a tener el azúcar un poco alta y me enviaron nuevamente.</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p>Volvió luego de 7 meses porque nuevamente presentó el azúcar un poco alto.</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p>Acude a consulta porque <b>la refieren para estudio</b> por haber perdido una niña por presentar diabetes en el embarazo; todo sale normal. Luego vuelve porque la envían por tener nuevamente la glicemia elevada.</p>	
<p><b>¿Te preocupa tener el azúcar alto, cómo te sientes por eso?</b> Sí, me preocupa (responde sin inmutarse).</p>	<p><b>Hijo</b></p>	<p>Preocupación, deseos de tener un hijo.</p>	<p><b>Hijo</b></p>	<p>Por la inexpresividad en su rostro, lo parco de sus respuestas y la poca emotividad percibida en su doloroso relato, se puede extraer que aún no se ha recuperado del <b>impacto emocional</b> que ocasionó la pérdida de su hijo.</p>	<p><b>Por el gran impacto emocional al cual ha estado sometida, no actúa conscientemente, lo hace como una autómatas. Cumple las órdenes médicas, con el sólo propósito de lograr un hijo, está comprometida su condición de madre.</b></p>
<p><b>¿Por qué?</b> Porque temo perder otro bebé, por eso vengo a hacerme los exámenes.</p>	<p><b>Hijo</b></p>	<p>Temor a perder otro bebé por su enfermedad, viene por eso a hacerse exámenes.</p>	<p><b>Hijo</b></p>	<p>Temor de perder otro hijo y no poder llegar a ser madre</p>	

<p><b>¿Además de tu bebé, por qué otra cosa te preocupa tener el azúcar alto?</b></p> <p>Me preocupa que sólo tenga una oportunidad más para otro embarazo, el anterior fue cesárea, en el próximo me esterilizan, se salve o no mi hijo...</p>	<b>Hijo</b>	Le preocupa que sólo tiene una última oportunidad para otro embarazo. Miedo a una posible esterilización, sin tener aún su hijo.	<b>Hijo</b>	Temor a perder otro hijo, es su última oportunidad y tiene miedo porque ve comprometida su condición de madre.	
<p><b>¿Qué sientes por tener el azúcar alto?</b></p> <p>Me siento horrible, tengo miedo, sí tengo miedo de perder otro bebé, ya he perdido dos, la primera por una cardiopatía y la segunda se me murió en la barriga, por el azúcar</p>	<b>Hijo</b>	Se siente horrible. Miedo a perder otro bebé.	<b>Hijo</b>	Miedo a perder otro bebé, porque ya ha perdido dos.	
<p><b>¿Qué haces, para controlar el azúcar?</b></p> <p>Dieta; trato de comer lo que el médico me dice, pero me cuesta comer siempre lo mismo....ya me repugna; no tengo libertad para comer lo que deseo.</p>	<b>Dieta</b>	Trata de comer lo que le indican. Le cuesta seguir la dieta por lo rutinario, esos alimentos le repugnan.	<b>Dieta</b>	Sabe lo que debe comer, no lo cumple porque se cansa de la rutina de la dieta, no tiene libertad de comer lo que desea.	Está siguiendo, en general, indicaciones de la dieta, algunas transgresiones ocasionales.

<b>¿Por qué te cuesta? ¿Qué comes?</b> Como ensaladas con papas, zanahorias, lechuga, pepinos, carne a la plancha. Arroz, pollo. ¡Ah, el pollo, a veces me canso de comer, veo el pollo y ah¡... Siento repugnancia. A veces como carne que me lleva mi esposo, el es carnicero.	<b>Dieta</b>	Como ensaladas con papas, zanahorias, lechuga, pepinos, carne a la plancha. Arroz, pollo. ¡Ah, el pollo, a veces me canso de comer, veo el pollo y ah¡... Siento repugnancia. A veces como carne que me lleva mi esposo, el es carnicero.	<b>Dieta</b>	Cumple parcialmente lo que le indican.	
<b>¿Cómo lo preparas, comes grasas?</b> Uso un poquito de aceite para preparar las comidas. Casi no como frituras, no me gustan.	<b>Dieta</b>	Usa poquito aceite, no come frituras, no le gustan.	<b>Dieta</b>	Cumple parcialmente lo que le indican.	
<b>¿Comes dulces?</b> A veces como gelatina, natilla pero racionada.	<b>Dieta</b>	Come poco dulce como gelatina, natilla, racionada.	<b>Dieta</b>		
<b>¿Cumples la dieta?</b> Si, ahora como en el hospital y porque he aprendido lo que debo comer en las charlas.	<b>Dieta</b>	Ha aprendido lo que debe comer en el hospital y las charlas.	<b>Dieta</b>	<b>Dice haber aprendido a comer.</b>	<b>Cambio aparente de sus hábitos alimentarios.</b>

<p><b>¿Qué otra cosa haces para controlar el azúcar?</b></p> <p>Tomo pastillas, como estoy trabajando ahora cumplo mejor el tratamiento, lo puedo comprar. Compro hasta 2 y 3 cajas y las tengo allí. Lo mismo hago con las insulinas.</p>	<b>Tratamiento</b>	Cumple mejor el tratamiento porque trabaja y puede comprar las pastillas y la insulina	<b>Tratamiento</b>	Cumple con el tratamiento farmacológico: hipoglicemiantes orales e insulina, desde que puede adquirirlas.	<b>Adhesión al tratamiento farmacológico al superar la barrera económica.</b>
<p><b>¿Te estás aplicando la insulina con regularidad?</b></p> <p>Desde que la puedo comprar, sí.</p>	<b>Tratamiento</b>	Cumplimiento regular de la insulina, desde que la puede comprar.	<b>Tratamiento</b>	Adhesión al tratamiento porque puede adquirirlo.	Adhesión a la insulina.
<p><b>¿Ha cambiado tu vida?</b></p> <p>He cambiado mucho, na' guará. El cambio ha sido....Antes me daba rabia tener que hacer dieta, quedaba con hambre (Se ríe). Creo que por eso no cumplía Ahora sé que puedo tomar leche descremada, yogurt, galletas integrales.....Creo que por eso no cumplía....</p>	<b>Dieta</b>	No la cumplía porque quedaba con hambre, le daba rabia hacer dieta. Ahora cumple la dieta porque sabe que puede comer entre comidas (yogurt, leche descremada, galletas integrales).	<b>Dieta</b>	No se adhería a la dieta, por desconocimiento de su alimentación. Comía poco. Ahora hace sus meriendas con alimentos saludables, que le quitan el hambre y por ello está aceptándola.	<b>El conocimiento de una dieta adecuada</b> , variada y agradable, la Introducción de meriendas que la satisfacen y eliminan la sensación de hambre (que le daba rabia), <b>ha hecho que la acepte.</b>
<p><b>¿Qué te hizo cambiar?</b></p> <p>El miedo a enfermarme de la vista, estaba viendo muy borroso. También por los riñones</p>	<b>Tratamiento</b>	Miedo a perder la vista - está viendo borroso- y los riñones.	<b>Tratamiento</b>	El miedo a las complicaciones la ha hecho cambiar.	Adherencia al tratamiento por temor a las complicaciones.
<p><b>¿Qué haces, para evitar eso?</b></p> <p>Ahora compro 2-3 cajas de pastillas y 2 – 3 inyecciones de insulina y las guardo.</p>	<b>Tratamiento</b>	Compra varias cajas de hipoglicemiantes e insulina y las guarda.	<b>Tratamiento</b>	Está cumpliendo tratamiento farmacológico, compra y toma las medicinas que le indican.	Adherencia al tratamiento farmacológico.

<b>¿Haces ejercicio?</b> Estoy caminando todos los días de lunes a viernes, media hora por la tarde cuando trabajo en la mañana. Cuando trabajo por la tarde no camino.	<b>Ejercicio</b>	Hace ejercicio todos los días de lunes a viernes por la tarde, cuando trabaja por la mañana. Cuando trabaja por la tarde no camina.	<b>Ejercicio</b>	Hace ejercicio cuando trabaja en la mañana, no así cuando trabaja en las tardes.	Adherencia total al ejercicio.
<b>¿Cómo te sientes con la enfermedad?</b> Antes me sentía con rabia ahora lo he aceptado mejor. Sé que puedo comer.	<b>Emociones</b>	Rabia al principio de la enfermedad, ahora la ha aceptado.	<b>Emociones</b>	Rabia con la enfermedad.	Disminuyen las emociones negativas al aceptar la enfermedad.
<b>¿Pensaste que la diabetes cambiaría tu vida?</b> Sí, de hecho la enfermedad la cambió: no he podido tener niños, no puedo comer lo que quiero, tengo que venir al médico siempre, siempre lo mismo. Ya nada es igual.	<b>Enfermedad</b>	La enfermedad cambió su vida: no ha tenido hijos, no puede comer lo que quiere, tiene que ir al médico. Ha perdido su rutina. Ya no es igual.	<b>Enfermedad</b>	La enfermedad cambió su vida, debe cumplir las indicaciones del médico, le quita la libertad, compromete su maternidad.	Cambia su vida, restringe su libertad y compromete su maternidad.
<b>¿Has tenido apoyo?</b> Sí de mi esposo, de mi mamá, ella me dice que me cuide, que obedezca al médico.	<b>Enfermedad</b>	Apoyo de su mamá, le dice que se cuide, que obedezca al médico.	<b>Enfermedad</b>	Apoyo de su madre y de su esposo.	Apoyo de su madre y de su esposo.

<p><b>¿Tú lo haces, sigues las instrucciones del médico?</b> A veces las sigo.</p> <p><b>¿Qué te cuesta más cumplir?</b> Más que todo la comida, soy muy dulcera, pero ahorita si me estoy cuidando; como que si lechuga, tomate, pepino....poca pasta... (lo dice no muy convencida)</p>	<b>Dieta</b>	A veces la sigue. Lo que más le cuesta es no comer dulce, pero ahora se está cuidando, come que si lechuga, tomate, pepino, poca pasta...	<b>Dieta</b>	Lo que más le cuesta cumplir, es el dulce.	<b>Lo más difícil de cumplir es el dulce.</b>
<p><b>¿Qué piensas respecto a tu enfermedad, que piensas hacer?</b> Yo digo que si tengo el azúcar alto tengo que poner de mi parte, tengo que cuidarme por mí y por mi bebé, para que crezca sana y fuerte. Si yo no lo hago <b>¿Quién más?</b> (Con mucha seguridad, se la imagina niña)</p>	<b>Enfermedad</b>	Si tiene el azúcar alta, debe poner de su parte para que su bebé crezca sana y fuerte.	<b>Enfermedad</b>	Tiene la certeza de que si se cuida, su bebé crecerá sano y fuerte.	<b>Tiene la certeza que sí se controla, logrará su bebé y crecerá sana y fuerte.</b>
<p><b>¿Estás viniendo a las charlas para educación?</b> He venido poco, vine a la charla que dieron hoy, estoy aprendiendo a comer.</p>	<b>Educación</b>	Ha asistido a pocas charlas, hoy asistió. Está aprendiendo a comer.	<b>Educación</b>	Ha aprovechado las charlas a las que ha asistido, para la dieta.	<b>Está aprendiendo a comer.</b>



<p><b>¿Cómo te sientes? ¿Te sientes bien contigo misma?</b>  SÍ, porque mi mamá y mi esposo me cuidan, están pendientes del control de mi azúcar. Me siento tranquila, aunque ahorita estoy preocupada porque después del embarazo he aumentado de peso.</p> <p><b>¿Desde cuándo?</b>  Desde hace como tres meses.</p>	<b>Control</b>	Su mamá y su esposo la cuidan, están pendiente de su control.	<b>Control</b>	No se ha responsabilizado totalmente de su control.	Está comenzando a controlarse, desde hace tres meses aproximadamente.
<p><b>¿Sigues las indicaciones?</b>  A veces las sigo Qué te cuesta más cumplir? Más que todo la comida, soy muy dulcera, pero ahorita si me estoy cuidando; Como que si lechuga, tomate, pepino....poca pasta (lo dice no muy convencida)</p>	<b>Dieta</b>	Le cuesta cumplir con la dieta, es dulcera. Ahora se está cuidando.	<b>Dieta</b>	Actualmente a refleja adhesión al plan alimentario.	<b>Está tomando conciencia de su enfermedad y por lo tanto de la dieta.</b>
<p><b>¿Qué piensas hacer con tu vida?</b>  Cuidarme, para mi control, creo que si sigo todas las indicaciones como me mandaron voy a tener mi bebé</p> <p><b>¿Cómo te visualizas?</b>  ¡Bien! Estoy dispuesta a hacer todo lo que me digan, me veo cuidando a mi hija. Para eso debo... poner de mi parte, se ríe (expresión de alegría). Tengo fe le pido a Dios y Él me ayudará.</p>	<b>Control</b>	Si sigue todas las indicaciones logrará el control y por lo tanto a su bebé, tiene fe en Dios, Él la ayudará.	<b>Control</b>	Si sigue todas las indicaciones logrará el control y por lo tanto a su bebé, además tiene fe en Dios, que la ayudará.	<b>Sabe que si toma conciencia de su control, tendrá su bebé.</b>

ENTREVISTA 2	SUJETOS DE ESTUDIO				
TEXTO	CÓDIGO	PROPIEDADES	CATEGORÍA	SIGNIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
<b>¿Por qué viniste a consulta?</b> Porque hace un año me diagnosticaron diabetes.	<b>Enfermedad</b>	Diagnóstico, tiempo de evolución	<b>Enfermedad</b>		
<b>¿Tuviste problemas de azúcar con tus embarazos ¿Tus partos fueron normales?</b> No, no presenté problema con el azúcar alto durante mis embarazos, y eso que tuve 3 hijos, todos por parto normal, pero la primera era muy grande, muy formada y me la sacaron con fórceps (Sonríe)	<b>Hijos</b>	Antecedentes Obstétricos: hijos nacidos en parto normal pero le aplicaron fórceps con su primera hija por ser grande.	<b>Hijos</b>	Relata con agrado las vivencias como madre.	Los <b>hijos</b> son <b>gratificantes</b> para ella.
<b>¿Los otros fueron iguales de grandes?</b> El varón fue el más pequeño, peso 3.800 Kg. Y la otra niña peso 4.800 Kg. Pero nacieron por parto normal, Porque tenía mareos, malestar, pesadez y me dio después una infección en la orina (cara muy risueña).	<b>Hijos</b>	Antecedentes del peso, recién nacidos de gran tamaño	<b>Hijos</b>	Recuerda con detalles y agrado el momento del nacimiento de sus hijos	Su expresión de complacencia y la descripción detallada de sus vivencias maternas, revela en ella un gran <b>espíritu maternal</b> .
<b>¿Tú conocías los síntomas?</b> ¡Claro! (Con mucha seguridad) yo conocía los síntomas. Mi mamá era diabética y yo era quien la cuidaba.	<b>Enfermedad</b>	<b>Conocía los síntomas</b> por su madre diabética a quien ella atendía.	<b>Enfermedad</b>	<b>Conocía los síntomas.</b>	.

Ella vivía en el llano pero venía a pasar varios días para mi casa y yo la atendía.					
<b>¿Cómo te sentiste cuando te dijeron que tenías el azúcar alto?</b> Sentí miedo, depresión, me deprimí mucho.	<b>Enfermedad</b>	Miedo, depresión	<b>Emociones</b>	Sintió <b>miedo y se deprimió</b> mucho al saber que tenía diabetes.	<b>Miedo y depresión.</b>
<b>¿Por qué tú dices que estabas deprimida?</b> Porque yo siempre le tenía mucho miedo a la diabetes por mi mamá, ella se ponía cada vez peor.....y luego estuvo hospitalizada casi 5 meses .Se fue consumiendo a pesar de todos los esfuerzos que se hicieron para tratar de salvarla. En realidad lo que sentí fue miedo.....miedo a la diabetes.....miedo a todo.	<b>Enfermedad</b>	<b>Miedo</b> a la diabetes porque su mamá fue empeorando y consumiendo hasta que la hospitalizaron. Murió a pesar de los esfuerzos por salvarla. Sintió <b>miedo a todo.</b>	<b>Enfermedad</b>	<b>Miedo</b> a la diabetes, vivió junto a su madre la enfermedad, hospitalización y muerte.	Tenía <b>miedo</b> a ser diabética por las <b>desagradables vivencias de su madre.</b>
<b>¿Cómo te sientes ahora un año después que te dijeron que tenías el azúcar alta?</b> Bueno, la realidad es que al menos ya acepté. Acepté a vivir con ella y bueno a superar, superar, superar.....Siempre a tratar de superar y de seguir adelante.	<b>Enfermedad</b>	<b>Aceptación</b> , aceptó la enfermedad, a <b>vivir con ella, superarla y seguir adelante.</b>	<b>Enfermedad</b>	Manifiesta <b>aceptación</b> de su enfermedad, trata de adaptarse a ella, superarla y continuar adelante.	<b>Aceptación de la enfermedad, apoyo de su familia</b>

<p><b>¿Quién te ayudó en este aspecto?</b></p> <p>Emocionalmente muchas personas se acercaron a mí, en especial mi mamá. Mi esposo también me ayudó, más de una vez me dijo que por qué me iba a poner así....pero luego perdí su apoyo, ya nosotros veníamos con problemas, nos separamos, ya no cuento con él</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p><b>Ayuda de su madre</b> principalmente. <b>Ocasionalmente</b> por su esposo pero luego de separarse lo perdió.</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p>Sintió <b>mayor apoyo emocional</b> de su madre que de su esposo.</p>	
<p><b>¿Te afectó la separación?</b></p> <p>De cuerpo sí, pero vivimos en la misma casa.</p> <p><b>Si me afectó;</b> mi alimentación es un desastre, siento que fue mi responsabilidad el no tener una alimentación adecuada, mi madre tampoco la tenía, ambas desconocíamos lo que teníamos que comer: que si pollo, ensaladas, poco arroz, no sabíamos bien.</p>	<p><b>Dieta</b></p>	<p>Su alimentación es un desastre, siente que es su responsabilidad, el no tener una alimentación adecuada.</p>	<p><b>Dieta</b></p>	<p><b>Alimentación no adecuada,</b> no sabía bien que comer, siente que es su responsabilidad.</p>	<p><b>Hábitos alimenticios inadecuados</b></p>
<p><b>¿Qué has aprendido de tu problema?</b></p> <p>He aprendido que yo hice desastres, con mi vida, con mi alimentación. No me cuidé, no me alimenté bien. No llevé mi dieta como debía ser. Aprendí que no hice las cosas bien. Antes de mi</p>	<p><b>Dieta</b></p>	<p>Hizo desastres con su vida, no se alimentó bien comía de todo. No se cuidó en su dieta, tomaba todos los fines de semana y fumaba.</p>	<p><b>Dieta</b></p>	<p>No tenía conocimiento de una alimentación balanceada, se siente responsable por no tener hábitos dietéticos saludables, además de referir hábitos alcohólicos y</p>	<p>Hábitos higiénicos dietéticos inadecuados. Hábitos nutricionales no saludables. Responsable por</p>

enfermedad tomaba todos los fines de semana, fumaba, comía cualquier cosa y..... (Se quedó pensando)				tabáquicos.  Se siente responsable por sus transgresiones en la dieta	transgresiones dietéticas.
<b>¿Tú sabías que no debías hacer eso?</b> Sí, sí sabía que debía cuidar mi alimentación, pero no me preocupé. Yo siento y asumo que fue mi responsabilidad, no de mi mamá, ella no estaba muy enterada de cómo debía alimentarse y yo conocía muy pocas cosas, que si comer pollito con poco arroz.... Mamá vivía lejos y era de esas señoras tercas y bueno...no cumplíamos con la dieta.		Sabía que debía cuidar su alimentación, siente que fue su responsabilidad el no tener una alimentación adecuada, su madre tampoco la tenía, ambas desconocían lo que debían comer: pollo, poco arroz. Incumplimiento de la dieta.			
<b>¿Pero cómo te sientes ahora?</b> Hoy siento que la enfermedad es parte de mi vida	<b>Enfermedad</b>	<b>Parte de su vida</b>	<b>Enfermedad</b>		
<b>¿Por qué dices que es parte de tu vida?</b> Porque es algo que tengo que asumir y debo aprender a vivir con ella. Que puedo tener una vida normal. Todo depende de mí, mi alimentación, mi relación con el entorno familiar y laboral.	<b>Enfermedad</b>	<b>Asume enfermedad, debe aprender a vivir con ella.</b> Todo depende de ella, de su <b>relación con su entorno familiar y laboral.</b>	<b>Enfermedad</b>	Reafirma que <b>ha aceptado su enfermedad</b> y que de ella depende el control.	<b>Acepta la enfermedad como parte de su vida;</b> está decidida a llevar una vida normal depende de su control.

<p><b>¿Estás trabajando?</b>          Si, trabajo con comida. Trabajo para una cooperativa donde le preparo comida a un grupo de trabajadores. Pero ellos comen una cosa y yo como otra. Aunque hoy aprendí en la charla que puedo comer lo mismo que comen todos peros en cantidades diferentes. De hecho yo les cocino sano, raras veces hago pollo frito. No como grasas, ni frituras.          Como vegetales verdes, brócoli. Tenía claro lo que no podía comer, se me ha hecho difícil porque las comidas son muy repetitivas. Como yogurt, cereal integral, granola.</p>	<p><b>Dieta</b></p>	<p>Tipo de alimentos, aprendió en la <b>charla que puede comer de todo pero en menor cantidad: no frituras, no grasas.</b> Comer vegetales verdes, yogurt, cereal integral, granola. <b>Difícil</b> por lo <b>repetitivo de las comidas</b></p>	<p><b>Dieta</b></p>	<p><b>No había tenido una instrucción adecuada en cuanto a la alimentación.</b>          Conocía mejor los alimentos prohibidos que los permitidos. Desconocía que podía comer de todo pero racionado, lo cual hacía que sus comidas fueran repetitivas y aburridas. La charla le permitió ampliar sus conocimientos.</p>	<p><b>El conocimiento de los diferentes tipos de alimentos permite variar las comidas, las hace más agradables y facilita la adherencia a la dieta.</b></p>
<p><b>¿Tomas medicamentos? ¿Has tenido problemas con ellos?</b>          Sí, pero no he tenido problemas con ellos a pesar de que son muchas medicinas. Tomo Bioeuglucón, Vit.C, Calcio y Capsulas de aceite de pescado, hace poco que consumo linaza por mi cuenta.</p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p>Tratamiento:          Bioeuglucón, Vit. C, Calcio, Aceite de Pescado, Linaza.</p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p><b>Cumple</b> con los <b>medicamentos indicados</b> y algunos naturales, por cuenta propia.</p>	<p><b>Adherencia al tratamiento farmacológico.</b>          No representa dificultad para la paciente a pesar de estar polimedicada.</p>

<b>¿Haces Ejercicio?</b> Camino un poquito. No tengo tiempo porque vivo en Valencia y trabajo en Barquisimeto. Comparto el tiempo entre los dos sitios.	<b>Ejercicio</b>	<b>Camina poquito, no tiene tiempo</b>	<b>Ejercicio</b>	Sabe que debe caminar pero no lo hace con la regularidad debida, por falta de tiempo.	<b>No adhesión al ejercicio</b> , le da prioridad a su trabajo
<b>¿Cómo te sientes emocionalmente?</b> Bueno emocionalmente yo me siento muy mal. El temor a la enfermedad ya lo superé, ya asumí mi situación con relación a la enfermedad. Pero siento miedo.....	<b>Enfermedad</b>	<b>Se siente mal emocionalmente.</b> Dice superó el <b>temor</b> a la enfermedad, asumió su situación. Siente <b>miedo....</b>	<b>Emociones</b>	<b>Reacción negativa</b> ante las complicaciones de la enfermedad, ella piensa que lo superó aún siente <b>temor y miedo</b> por esto.	<b>Reacciona con emociones negativas</b>

ENTREVISTA 3	SUJETOS DE ESTUDIO				
TEXTO	CÓDIGO	PROPIEDADES	CATEGORÍA	SIGNIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
<b>¿Por qué viniste?</b> Soy diabética, el azúcar me subió.	Enfermedad	Azúcar alta	Enfermedad		
<b>¿Cómo te sientes hoy, sabiendo que tienes el azúcar alto?</b> Al principio no la aceptaba, yo comía de todo hasta chucherías, el chocolate me encantaba, la pasta era para mí un plato especial. Bueno, Dra. Ud. sabe que yo antes dure como dos años que no trabajaba y no tomaba tratamiento ni me inyectaba ni nada, en ese aspecto soy sincera, no cumplía el tratamiento aún sabiendo que debía hacerlo. Yo le decía a mi esposo que tenía que tomar pastillas, a veces él me la compraba, cada mes sería. Yo me las tomaba cuando él me las compraba. Cuando me las	Tratamiento	Al comienzo <b>no aceptación, no dieta:</b> comía de todo, chucherías, chocolate, pasta. <b>No cumplía con el tratamiento, no lo compraba porque no trabajaba.</b> Tomaba las pastillas cuando <b>su esposo se las compraba</b> , una vez al mes. Tomaba menos dosis de la indicada para que le duraran. Esposo no creía en su enfermedad. Ella hacía "desastres"	Tratamiento	El incumplimiento del <b>plan alimentario</b> denota <b>la no aceptación de la enfermedad.</b> Lo mismo ocurre con el tratamiento farmacológico, aunque <b>dependía económicamente de su esposo para adquirirlo</b> , no hubo una fuerte convicción de su importancia.	La <b>no aceptación</b> de la enfermedad la condujo al incumplimiento de la dieta, y del tratamiento farmacológico, aunque <b>otra barrera es lo económico.</b> No hay convicción de su importancia.



mandaban una en la mañana y otra en la tarde me la tomaba sólo en la mañana para que me duraran. Yo le decía a mi esposo que me comprara las pastillas, necesito que me compres el tratamiento. Yo hacía " desastres"					
<p><b>¿Cuánto tiempo estuviste así sin seguir tu control?</b>  Como dos años más o menos. Tomaba las pastillas cuando él me las compraba que era que... cada mes, sería....</p> <p>Yo tomaba las pastillas cuando él me las compraba. Yo al principio cuando me hacía mis exámenes tenía 70, 90 de glicemia pero luego me descuidé.</p>	<b>Tratamiento</b>	<p><b>Tomaba las pastillas cuando se las compraba el esposo,</b> una vez al mes. Al principio de la enfermedad se controlaba sus glicemias y eran normales : 70, 90 ,<b>luego me descuidé</b></p>	<b>Tratamiento</b>	<p>Al inicio estuvo en control, luego su <b>tratamiento fue irregular y al final lo abandonó,</b> durante dos años, por razones económicas.</p>	<p><b>Irregularidad en el tratamiento por razones económicas.</b></p>

<p><b>¿Cuánto tiempo de diabética tienes?</b></p> <p>Como ocho años. Eso fue cuando yo tenía como 28 años. Al principio me controlé, pero después...</p> <p><b>¿Qué te hizo volver a control?</b></p> <p>Por miedo a perder los riñones. Mi papá era diabético pero él murió. Cuando yo tenía 22 años me dio una infección en la orina y ahora me repitió; siento molestias en el lado izquierdo que es el riñón que me duele. Cuando tengo el azúcar alto me duele, cuando me voy a parar me duele, siempre tengo como el dolorcito ahí.</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p>Tiempo de Evolución <b>Control</b> de su enfermedad. <b>Abandono</b> tratamiento.</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p>Control al inicio, luego abandonó el tratamiento, <b>lo retoma por miedo a las complicaciones.</b></p>	<p><b>Abandono del tratamiento. No hubo control por no aceptación de su enfermedad.</b></p>
<p><b>¿Qué sentiste tú cuando te dijeron que tenías el azúcar alta, cómo esto te impacto?</b></p> <p>AY ¡me dio tristeza....Yo pensaba que me iba a morir de eso, así estuve como un año, pero después lo acepté porque mi madre es diabética y mi padre era diabético.</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p><b>Tristeza. Pensaba que iba a morir,</b> durante el primer año. Después, dice <b>aceptar la enfermedad</b>, porque sus padres también fueron diabéticos.</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p><b>Tristeza y temor a morir</b> el primer año del diagnóstico, luego aceptó a la enfermedad porque sus padres eran diabéticos</p>	<p>El <b>temor</b> a morir durante el primer año hace que se controle luego <b>abandona el tratamiento</b> resignándose a tener la</p>

					enfermedad, más no aceptándola
<p><b>¿Cómo ha sido tu control?</b>          Al comienzo me controlé, como ya le dije, rebajé un poquito, pero después comía de todo, a escondidas, porque yo sentía mucha hambre. Yo no sabía bien que debía comer. A mí me acostumbraron a comer abundante y me costó muchísimo. Ahorita si trato de comer racionado, me cuesta mucho.</p>	<b>Dieta</b>	Control al inicio, perdió peso, pero luego comía de todo a escondidas. Sentía hambre, no sabía que comer. Desconocía lo que debía comer. <b>Comía abundante, ahora trata de racionar la comida.</b>	<b>Dieta</b>	<b>Dieta irregular,</b> transgresiones frecuentes, comida abundante por quedar siempre con hambre, <b>desconocimiento de un plan alimentario.</b>	<b>No adhesión al plan alimentario por falta de educación,</b>
<p><b>¿Además de tristeza que sentiste?</b>          Me dio miedo .Lo primero que pensé fue riñón o amputación, eso fue lo primero que pensé amputación.</p>	<b>Enfermedad</b>	<b>Miedo a</b> la enfermedad del <b>riñón</b> y a la <b>amputación.</b>	<b>Enfermedad</b>	<b>Le teme a las complicaciones renales y la amputación.</b>	<b>Temor a las complicaciones</b>

<p><b>¿El hecho de ser diabética representó algún cambio en tu vida?</b></p> <p>Sí, ahora debo ser más rígida. Lo único que no he dejado de hacer es fumar a pesar de que me han dicho que no debo hacerlo. Lo dejé hace un año cuando me operaron de la vesícula, porque la anestesia me dio disnea, hasta que me tuvieron que nebulizar. De allí para acá no he fumado más.</p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p><b>Poco rígida en el seguimiento de las indicaciones</b> dejó de fumar, hace un año cuando presentó disnea secundaria a una anestesia.</p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p>Rebelde a seguir las indicaciones médicas incluyendo las medidas higiénico dietéticas, entre ellas el habito de fumar</p>	<p><b>Incumplimiento</b> en las indicaciones médicas, cuando las sigue es por <b>temor a las complicaciones</b></p>
<p><b>¿Desde cuándo y cuánto fumaba?</b></p> <p>A los 22 años. Me fumaba como 1 caja diaria, me desesperaba cuando no tenía cigarro y tan fácil que lo dejé, cuando me lo dijo el médico; sería porque tomé conciencia.</p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p><b>Fumaba</b> como una caja diaria, se desesperaba sin el cigarrillo. Dice que <b>lo dejó con facilidad al tomar conciencia.</b></p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p>Hábito tabáquico acentuado dice que lo <b>suspende por haber tomado conciencia, cuando el médico le dijo.</b></p>	<p><b>Tomar conciencia</b></p>
<p><b>¿Quién te apoyó con tu enfermedad?</b></p> <p>Mi mamá, ella se asustó porque esa es una enfermedad que si no se la controla....se complica hasta la vista. Mi esposo... ,ese estaba más preocupado</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p><b>Apoyo de su mamá</b> para que se controlara, quien se asustaba por las complicaciones como la vista. Su esposo mostró preocupación</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p><b>Apoyo de su madre, temor a complicaciones</b></p>	<p><b>Apoyo de su madre. Temor a las complicaciones</b></p>

<p><b>¿Quién, además era diabético en tu familia?</b></p> <p>Un hermano, el murió ya a los 30 años pero en un accidente, aunque estaba flaquito obstinado de su enfermedad, cansado de tantas pastillas. También dos hermanas y otro hermano más.</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p>Antecedentes familiares de diabetes: dos hermanos y dos hermanas.</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p>Antecedentes familiares de diabetes</p>	
<p><b>¿Qué piensas hacer ahora que volviste a control?</b></p> <p>Pienso cuidarme, no quiero enfermarme de los riñones ni perder una pierna.</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p>Cuidarse, <b>temor a la enfermedad renal y a la amputación.</b></p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p>Retoma el <b>control por miedo a las complicaciones.</b></p>	<p>Aparente disposición a <b>reiniciar el control, por miedo a las complicaciones.</b></p>

ENTREVISTA 4	SUJETOS DE ESTUDIO				
TEXTO	CÓDIGO	PROPIEDADES	CATEGORÍA	SIGNIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
<b>¿Por qué viniste hoy?</b> Soy diabética, tengo alta el azúcar	Enfermedad	Azúcar alta	Enfermedad		
<b>¿Cuándo te dijeron que tenías diabetes?</b> Hace dos años, cuando estuve embarazada.	Enfermedad	Diagnóstico con el Embarazo	Enfermedad	La enfermedad se diagnosticó con el embarazo	
<b>¿Cuándo te dijeron que tenías diabetes, qué sentiste?</b> Lo primero que pensé fue en mi hijo, me eché a llorar, de pensar que mi hijo fuera también diabético.  Me sentí con mucha presión, por la edad y porque me decían que la diabetes era esto o era aquello.	Enfermedad	Pensó en su hijo, se echó a llorar, pensó que su hijo fuese diabético.  Presión por edad y por la enfermedad.	Emociones	Irrumpió a llorar por temer que su hijo fuese diabético. Presión.	A través del llanto manifestó temor que su hijo tuviese la misma enfermedad.
<b>¿Antes, sabías que era la diabetes?</b> <b>¿Habías oído hablar de ella?</b>  No sabía bien que era la diabetes, pero me preocupé, sobre todo por mi edad y por lo que había oído decir a la gente de la enfermedad sobre la vista y los riñones.	Enfermedad	Preocupación por su edad y por el daño de la enfermedad a su vista o riñones	Emociones	Preocupación por daño a su vista o riñones.	Se preocupa por lo que ha oído produce la enfermedad, sus complicaciones.

<p><b>¿Qué te produjo el hecho de saber que tenías diabetes?</b></p> <p>Me sentí con mucha presión, por la edad y porque me decían que la diabetes era esto o era aquello. Dije, cónchale, tengo una enfermedad, aunque mi esposo me decía que eso no era una enfermedad.</p>	<b>Enfermedad</b>	<b>Presión</b> por edad y por la enfermedad, <b>cónchale tengo una enfermedad.</b>	<b>Emociones</b>	<b>Sorpresa</b> al darse cuenta que tenía una enfermedad, esto le originó <b>presión.</b>	<b>Presión</b> por lo repentino de su enfermedad y por lo que conocía sobre ella.
<p><b>¿Qué sentiste?</b></p> <p>Me sentí mal, me entró una angustia una desesperación. Le pedí mucho a Dios por mi hijo, para que no saliera diabético. Me la pasaba llorando.</p>	<b>Enfermedad</b>	Se sintió mal, <b>angustia, desesperación. Le pidió</b> a Dios porque su hijo no fuera diabético. Vivía <b>llorando.</b>	<b>Enfermedad</b>	Angustia, desesperación <b>por la enfermedad y la posibilidad que su hijo la presentara.</b>	<b>Angustia y desesperación por que su hijo naciera diabético.</b>
<p><b>¿Sentías miedo por ti o por el bebé?</b></p> <p>Bueno, por los dos, sobre todo por mi edad. Cuando me dijeron que era diabética me sentí muy mal.</p>	<b>Enfermedad</b>	Se sintió mal, por su hijo y por ella, por la edad que tenía	<b>Enfermedad</b>	<b>Mal al saberse diabética.</b>	
<p><b>¿Pero, cómo te fue con el azúcar y el embarazo?</b></p> <p>Me fue bien, me hospitalizaron como 2 meses, me controlaron el azúcar y mi bebé nació normal. Todo salió bien.</p>	<b>Enfermedad</b>	Le fue muy bien. Hospitalización, se controló el azúcar. Bebé normal	<b>Enfermedad</b>	<b>Embarazo y bebé normales.</b>	<b>Experiencia positiva con el control de su embarazo</b>

<p><b>¿El tener el azúcar alta afecta tu vida?</b></p> <p>No mucho. Primero mi esposo me decía que eso no era una enfermedad, pero me deprimía mucho cuando yo venía para acá, para el hospital.</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p>Esposo no aceptó enfermedad <b>Depresión</b> al ir al hospital.</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p>Esposo no acepta su enfermedad, <b>El hospital la deprime.</b></p>	<p><b>Se deprimía al ir al hospital.</b></p>
<p><b>¿Qué sientes cuando vienes para acá?</b></p> <p>Cuando vengo a consulta y me dicen que tengo esto o aquello alto, me siento mal, siento una desesperación. Me siento mal porque dicen que eso puede dar un derrame cerebral. Cuando tengo el azúcar alta me da mucho miedo... y como soy hipertensa....Cuando regreso a la casa me pongo a pensar tantas cosas. Pienso que me voy a morir, que voy a dejar a mis hijos solos por esta enfermedad, porque yo no me cuido.</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p><b>Desesperación por valores altos</b> y posibles derrame cerebral. <b>Azúcar alta, hipertensión</b> le dan miedo. <b>Piensa que va a morir. Hijos solos.</b> No se cuida.</p>	<p><b>Emociones</b></p>	<p><b>Manifiesta emociones negativas, desesperación, miedo, sentimiento de culpa por no cuidarse y dejar sus hijos solos.</b></p>	<p><b>Emociones negativas cuando no se controla, se siente culpable por ello y por dejar a sus hijos solos.</b></p>



<p><b>¿Por qué dices que no te cuidas?</b>          Porque cuando me provoca comerme algo, una fritura... yo misma me digo que estoy haciendo mal porque yo no puedo comer eso. Cuando me provoca comerme un dulce, y me lo como yo me siento muy mal....</p>	<b>Dieta</b>	Come frituras y dulces, se siente mal por comer cosas que no puede.	<b>Dieta</b>	Siente que se está <b>haciendo mal a sí misma por comer alimentos no permitidos.</b>	<b>Sentimiento de culpa por salirse de la dieta,</b> sabe que le hace mal.
<p><b>Entonces, ¿no te cuidas en la alimentación?</b>          A veces, ha sido difícil para mí cambiar mi alimentación.</p>	<b>Dieta</b>	<b>No se cuida por lo difícil de cambiar alimentación</b>	<b>Dieta</b>	Muy difícil cambiar alimentación.	<b>Alimentación muy difícil de cambiar</b>
<p><b>¿Con qué frecuencia cumples tu tratamiento?</b>          A veces lo cumplo pero no siempre. Me siento mal cuando me salgo del tratamiento.</p>	<b>Tratamiento</b>	No lo cumple siempre, se sale del tratamiento.	<b>Tratamiento</b>	Salirse del tratamiento, la hace sentir mal.	<b>Incumplimiento del tratamiento ocasionalmente, se siente mal por ello.</b>
<p><b>¿Qué llamas tu salirte del tratamiento?</b>          Bueno, las pastillas las tomo casi siempre, a veces se me pasa la hora cuando estoy ocupada con los niños. Pero la comida, no siempre como lo que me dicen, no siempre como bien.</p>	<b>Tratamiento</b>	Pastillas las toma casi siempre, lo olvida cuando está ocupada. La comida: no siempre come bien como le dicen	<b>Tratamiento</b>	<b>Cumple mejor las pastillas, que la dieta.</b> Pero las puede olvidar por ocupación con sus hijos.	<b>Cumple mejor el tratamiento farmacológico que la dieta.</b>

<p><b>¿Qué llamas tú comer bien?</b>          Por lo menos, comer a la plancha, que si comer frutas. Sé que el arroz y la pasta puedo comer poco. Debo comer carne, pescado, pollo, pero sin grasa, no frito....</p>	<b>Dieta</b>	<b>Comer bien es comer a plancha la carne, pescado o el pollo. Poco arroz y pasta. No comer grasas y frituras</b>	<b>Dieta</b>	<b>Tiene conocimiento de lo que debe comer, y como prepararlo, pero no lo hace.</b>	<b>Sabe cuáles son los alimentos saludables y su preparación</b>
<p><b>¿Qué te ha costado en el tratamiento?</b>          Además de la comida, me ha costado mucho el ejercicio. Se me olvida caminar, me ocupo en la casa ando de acá para allá y no lo hago, no salgo a caminar. Eso me causa presión, angustia.</p>	<b>Tratamiento</b>	<b>Le ha costado la comida y hacer ejercicio. Se olvida cuando se ocupa. Eso le causa presión, angustia.</b>	<b>Dieta</b>	<b>Le cuesta comer lo que le indican y hacer ejercicio</b>	<b>No cumplir las indicaciones que le cuestan le causa presión y angustia.</b>
<p><b>¿Qué haces para evitar o controlar eso?</b>          Nada, no me han dicho nada sobre eso. Bueno, pero ya sé lo que puedo o no puedo comer, sé lo que me cae mal. Yo eliminé el azúcar. Aunque a veces tomo jugo en lugar de comerme la fruta como me indicaron.</p>	<b>Tratamiento</b>	<b>No le han dicho sobre control o prevención de la presión o angustia que en ellas se genera. Sabe lo que debe comer. Eliminó azúcar .Toma jugo en lugar de la fruta.</b>	<b>Dieta</b>	<b>No le indican que hacer con la presión y angustia</b>	<b>Sin apoyo para controlar sus emociones.</b>

<p><b>¿A qué le atribuyes tú esa enfermedad? ¿A qué crees que se deba?</b></p> <p>Será a la mala alimentación la que me dio la enfermedad. Ud. Sabe que a veces nosotros como quien dice comemos mal. Nosotros comemos mucho, como los “animales”. Es mentira que comamos por ej. Que si media taza de arroz así como tampoco la cantidad que se debe de ensalada, uno no se come la cantidad que dice el médico o el nutricionista.</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p><b>Mala alimentación, la causa de su enfermedad.</b></p> <p>Se come en grandes cantidades, no come las cantidades exactas indicadas por el médico o el nutricionista.</p>	<p><b>Creencias</b></p>	<p><b>Cree que la alimentación inadecuada y las grandes cantidades le originaron la enfermedad. No comen el tipo de alimento, ni las cantidades indicadas por el médico o la nutricionista.</b></p>	<p><b>Cree que la alimentación inadecuada es la causa de su enfermedad.</b></p>
--	--------------------------	--	-------------------------	---	---

<p><b>¿Se lo atribuyes a alguna otra cosa?</b> No, pienso que eso pasa y yo le pido a Dios que me ayude, soy católica.</p>	<p><b>Creencias</b></p>	<p>Le pide <b>ayuda a Dios</b>, es católica</p>	<p><b>Creencias</b></p>	<p><b>Creencia que Dios</b> la ayudará con su enfermedad, es católica</p>	<p><b>Relaciona enfermedad con creencias religiosas</b></p>
<p><b>¿Cómo impactó la diabetes tu vida, crees que la cambió?</b> Sí, mucho, mi vida cambió por completo, ya nada es igual.</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p><b>Cambió su vida, ya nada es igual.</b></p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p>La enfermedad cambió su vida por completo</p>	<p>La enfermedad le <b>impactó cambiando su vida.</b></p>
<p><b>¿Por qué dices que ya nada es igual?</b> He cambiado mi carácter, a veces hablo golpeado, grito a los niños. Mi esposo me dice que no sea así, que controle mi carácter. El hijo mayor a veces me descontrola. Cuando me dan una queja de él en el colegio o me dicen que va mal en los estudios, yo me siento muy mal, al llegar a la casa me pongo a llorar. Ahora estamos bien, gracias a Dios, yo lo aconsejo mucho, las quejas me molestan.</p>	<p><b>Carácter</b></p>	<p><b>Cambios de carácter. Habla golpeado, grita a los niños, se descontrola.</b> No le gustan quejas sobre sus hijos la pone mal y la hace llorar.</p>	<p><b>Emociones</b></p>	<p><b>Reacciona con emociones negativas a situaciones de su vida diaria:</b> hijos, colegio; grita, habla golpeado, llora.</p>	<p><b>Reacciones emocionales negativas a circunstancias cotidianas.</b></p>

<b>¿Qué haces para no sentirte mal?</b> Me pongo a ver TV o a leer, eso es lo que hago cuando estoy brava.	<b>Control de carácter</b>	Ve TV, lee cuando está brava.	<b>Emociones</b>	Ve televisión, lee, cuando está brava.	Busca por sí misma manera de relajarse.
<b>¿Cómo te sientes cuando te dicen que tienes el azúcar alto?</b> Cuando me dicen que el azúcar o el colesterol alto, me siento muy mal, siento una presión. Sé que debo comer y hacer lo que me dicen.	<b>Control</b>	<b>Azúcar o colesterol alto, la hacen sentir mal, presión. Sabe que debe comer bien y hacer lo que le dicen</b>	<b>Control</b>	<b>Valores de glicemia y colesterol, normales.</b>	Control es tener exámenes normales.
<b>¿Entonces, no siempre haces lo que te indican?</b> No, a veces no como me dicen, aunque las pastillas si las tomo.	<b>Tratamiento</b>	<b>No come bien, a veces. Las pastillas, sí las toma</b>	<b>Tratamiento</b>	<b>Cumple mejor con los medicamentos que con la dieta.</b>	Mejor adhesión a tratamiento Farmacológico que al plan alimentario.
<b>¿Puedes comprar el tratamiento?</b> Sí, las pastillas del azúcar y las de la tensión, a veces no tengo si no me las dan, no las tomo.	<b>Tratamiento</b>	<b>Toma las medicinas cuando tiene dinero o se las dan en el hospital</b>	<b>Tratamiento</b>	<b>El cumplimiento del tratamiento depende de lo económico.</b>	Factor económico barrera en cumplimiento del tratamiento.
<b>¿Qué es para ti no control, qué significa?</b> Cuando no vengo para acá y por los exámenes el médico me dice que el azúcar o el colesterol están altos. Cuando vengo hago las cosas bien y estoy mejor, me dan de alta y al volver regreso con todo alterado.	<b>Control</b>	<b>Control en consulta del hospital, si no va tiene valores azúcar, colesterol altos, si va hace las cosas bien, si no va todo se altera.</b>	<b>Control</b>	<b>Dependencia del médico o del equipo para su buen control</b>	No hay conciencia del control.

<p><b>¿Qué crees debas hacer con eso, cómo corregirlo, para lograr el control?</b></p> <p>Sí pongo el empeño puedo lograrlo, pero me cuesta, sobre todo con la comida, con el exceso de comida. Yo sé que estoy actuando mal pero lo hago.</p>	<b>Tratamiento</b>	Si pone empeño puede lograr el control. Le cuesta la comida y la cantidad. Come en exceso, se siente mal pero lo hace.	<b>Tratamiento</b>	Si pone empeño puede cumplir con la dieta, que le cuesta, y lograr el control	Al tomar conciencia cumplirá la dieta y logrará el control.
<p><b>¿Estás haciendo ejercicio?</b></p> <p>No, por ahora no estoy caminando.</p>	<b>Tratamiento</b>	No hace ejercicio.	<b>Ejercicio</b>	No cumple con el ejercicio	Vida sedentaria.
<p><b>¿Qué es para ti lo más importante, respecto a tu enfermedad?</b></p> <p>Estar sana.</p>	<b>Enfermedad</b>	Estar sana es lo más importante	<b>Enfermedad</b>	Estar sana es lo más importante.	Le da valor a la salud.
<p><b>¿Qué es para ti estar sana?</b></p> <p>No tener el azúcar alta, esa tensión</p>	<b>Enfermedad</b>	Estar <b>sana es no tener el azúcar o la tensión alta.</b>	<b>Enfermedad</b>	<b>Estar sana es no tener azúcar o tensión altas.</b>	Salud es tener valores normales en los exámenes.
<p><b>¿Crees que puedas vivir bien con tu enfermedad?</b></p> <p>Sí, debo vivir con mi enfermedad si me controlo y tengo que estarme controlando, el médico sabe por los exámenes si he hecho las cosas bien.</p>	<b>Control</b>	Estar en control para vivir con su enfermedad. El médico sabe por <b>los exámenes; si están bien, dice hay control.</b>	<b>Control</b>	Debe <b>controlarse para vivir con su enfermedad.</b>	Aceptación. Para vivir con su enfermedad debe estar en control.
<p><b>¿Pero, a quién crees tú que le importa más si haces las cosas bien, a ti o al médico?</b></p> <p>Bueno, a mí....Cuando me dicen que tengo esto o aquello alto, me siento muy mal, siento una cuestión por dentro (Se toca el pecho).</p>	<b>Enfermedad</b>	Se siente <b>mal cuando tiene valores altos.</b>	<b>Control</b>	Se siente <b>mal si no hay control.</b>	<b>Mal por la falta de control</b>

ENTREVISTA 5 :		SUJETOS DE ESTUDIO			
TEXTO	CÓDIGO	PROPIEDADES	CATEGORÍA	SIGNIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
<b>¿Qué crees que debes hacer?</b> Cumplir con el tratamiento, seguir lo que me indican y... Es que eso lo hago al principio, un poco "a juro", pero después le agarro el paso para tratar de controlarme, me da miedo el daño que me pueda producir la enfermedad, la ceguera, la diálisis.	<b>Control</b>	Cumplir el tratamiento. Seguir indicaciones, al principio "a Juro", luego agarra el paso para controlarse y evitar complicaciones.	<b>Control</b>	Siente que el cumplimiento del tratamiento es una imposición. Lo sigue para evitar complicaciones.	La paciente <b>no está convencida del control, no ha tomado conciencia de él</b> , siente que es una obligación. Lo hace así tener calidad de vida.
<b>¿Qué es lo que más te preocupa de la enfermedad?</b> Quedarme ciega, o que me tengan que estar dializando.	<b>Enfermedad</b>	Le preocupa quedar ciega y la diálisis.	<b>Enfermedad</b>	Le preocupa ceguera o diálisis.	<b>Le preocupa más las complicaciones que la enfermedad</b>
<b>¿Y, entonces, qué vas a hacer?</b> Cuidarme, hacer lo que me dice el médico	<b>Enfermedad</b>	Cuidarse, seguir indicaciones,	<b>Enfermedad</b>	Cuidarse	El <b>cuidado</b> de su enfermedad es <b>seguir las indicaciones</b> .
<b>¿Crees que es sólo el médico o la enfermera quien te va a curar?</b> Bueno no, eso depende principalmente de mí.	<b>Enfermedad</b>	<b>Curación</b> depende también de ella	<b>Enfermedad</b>	<b>Cuidado</b> de su enfermedad depende también de ella.	Ella está involucrada en el cuidado de su enfermedad.
<b>¿Si yo te pregunto que es para ti la enfermedad, qué me dirías?</b> Un cáncer.	<b>Enfermedad</b>	La compara con un CÁNCER	<b>Enfermedad</b>	Comparable con un cáncer.	Ven <b>la enfermedad incurable, grave</b> .

<p><b>¿Cómo te sientes por tu condición de diabética?</b></p> <p>Al principio cuando me lo diagnosticaron no lo acepté, ni me controlé, pero luego por mi bebé si me controlé. Me sentí malísima porque me decían que era fatal para mí, sentí como si era un cáncer, creí morir.</p> <p><b>¿Todavía te sientes mal?</b></p> <p>No, ahora me deprimó menos, me siento con menos tristeza. Hago bailoterapia y siento que me relaja, me relaja mucho.....Me siento mejor con ganas de cumplir y hacer mis cosas bien. La bailoterapia, me ha caído bien.</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p>Al principio, <b>no lo aceptó y no quería controlarse</b>, luego por su bebé sí aceptó y logró su control. Me sentí malísima, decían que era fatal, que era un cáncer, que iba a morir. <b>Por qué a mí?</b> Ahora se siente mejor, se deprime menos con menos tristeza por la bailoterapia que está practicando, la relaja y hace sentir mejor.</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p><b>No aceptación de la enfermedad, al momento del diagnóstico</b>, se sintió que tenía un cáncer por lo que no se controló. Luego sí lo hizo por su bebé <b>Hay mejoría de su depresión, está menos triste por la bailoterapia que practica que la relaja la hace sentir mejor.</b></p>	<p><b>No acepta la enfermedad</b>, la compara con un cáncer y como siente que va a morir no se controla. Posteriormente la aceptó por un hijo que iba a tener.</p>
<p><b>¿Y ahora cómo te sientes?</b></p> <p>Ahora me siento mejor, desde que uso la insulina y me controlo mejor yo me siento; bien;. Cuando me indicaron la insulina me decían que me iban a pasar muchas cosas que me dañarían mi organismo, que me podía quedar ciega. Pero aquí en la Unidad me dicen lo contrario, así que acepté inyectarme la insulina y ahora tengo un mejor control, me siento mejor</p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p>Cuando me indicaron la <b>insulina me dijeron que me iba a dañar mi organismo</b>, que me iba a quedar ciega pero en la Unidad me dijeron que no era así; <b>acepté inyectarme y ahora me siento mejor</b>, tengo un mejor control. Desde que uso la insulina me siento bien.</p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p>Fe en la Unidad por lo que no admite la <b>creencia de que quedaría ciega por la insulina</b>. Acepta inyectarse la insulina y se siente mejor</p>	<p><b>Desde que aceptó la enfermedad e inyectarse insulina logra mejor control metabólico y de las emociones.</b></p>
<p><b>¿Cómo ha influido en tus emociones?</b></p> <p>Me deprimó menos, me siento con menos tristeza. Siento que me relaja, me relaja mucho.....Me siento mejor</p>	<p><b>Ejercicio</b></p>	<p><b>Con el ejercicio me siento mejor con ganas de cumplir</b> y hacer mis cosas bien, me deprimó menos y me da menos</p>	<p><b>Ejercicio</b></p>	<p>El incluir el <b>ejercicio en su tratamiento le relaja, reduce su depresión y tristeza.</b></p>	<p><b>Ha visto los beneficios del ejercicio en su control metabólico, estrés y emociones.</b></p>



con ganas de cumplir y hacer mis cosas bien.		tristeza.			
<b>¿Por qué la prefieres?</b> Porque las pastillas me caían mal, me molestaba el estomago. Lo incomodo de la insulina, para mí, es que debo comer y merendar a las horas establecidas, si no me puede dar una hipoglicemia y eso además de peligroso, se siente uno muy mal...malísimo, pero el control es mejor. Además hace un mes, estoy haciendo bailoterapia.	<b>Tratamiento</b>	Prefiero la insulina porque las pastillas me caían mal, me molestaban en el estómago. Lo incómodo de la insulina es el horario que debo inyectarme y las comidas a las horas establecidas sino corro el riesgo de una hipoglicemia.	<b>Tratamiento</b>	Prefiere la insulina a las pastillas porque le caían mal y porque mejoró su control. Lo que no le agrada es el riesgo a la hipoglicemia y el horario de las comidas	<b>Prefiere la insulina la cual le permitió un mejor control a pesar de incomodarle el horario estricto en su aplicación y en las comidas, el cual debe observar para evitar la hipoglicemia.</b>
<b>¡Te FELICITO! ¿Desde cuándo practicas y cuánto tiempo, cuántas veces a la semana?</b>  En general, dos horas a la semana, todos los días cuando puedo. Si no, al menos tres veces a la semana, como me indicaron. Con eso me siento mejor	<b>Tratamiento</b>	También hago ejercicio desde hace un mes práctico bailoterapia, cuando puedo, todos los días o si no tres veces a la semana, como me indicaron... y me siento mejor.....j	<b>Tratamiento</b>	<b>Agrega el ejercicio al tratamiento, practica bailoterapia según las indicaciones.</b>	<b>Adhesión al tratamiento farmacológico y al ejercicio.</b>
<b>¿En qué sentido, dices que te sientes mejor?</b> Eso ha mejorado mi carácter, me da menos rabia. Antes del ejercicio de nada me daba rabia.	<b>Tratamiento</b>	Desde que hago ejercicio me siento mejor j <b>Ha mejorado mi carácter, me da menos rabia</b>	<b>Tratamiento</b>	Ha mejorado su carácter y menos rabia desde que hace ejercicio.	<b>La práctica de ejercicio le ha permitido controlar las emociones</b>

<p><b>¿Cómo te impactó la enfermedad?</b>  <b>¿Como mujer, que sentiste?</b>          Antes no me importaba nada, pero ahora tengo dos hijos y por ellos sé que debo controlarme, yo he aprendido a controlarme</p>	<b>Enfermedad</b>	<p>Antes no me importaba nada, pero ahora <b>tengo dos hijos y por ellos se que debo controlarme</b> y me controlo mejor</p>	<b>Enfermedad</b>	<p>Sus hijos le han servido de estímulo para su control</p>	<p><b>Su vida cobró sentido con sus hijos y esto ha favorecido su control</b></p>
<p><b>¿Qué le da sentido a tu vida?</b>          Todo, ¡mi familia, mi hogar, mi casa, mis hijos, pensar en ellos me hace sentir bien</p>	<b>Sentido de la vida</b>	<p><b>Hijos, su familia, su casa le han dado sentido a su vida</b></p>	<b>Sentido de la vida</b>	<p>Sus hijos, su familia son de suma importancia en su vida</p>	<p><b>Aspectos inherentes a su condición de mujer le han dado sentido a su vida</b></p>
<p><b>¿Existe alguna otra motivación? Tienes proyectos?</b>          Sí, tengo proyectos, quiero estudiar peluquería, he hecho algunos cursos y quiero continuar estudiando.</p>	<b>Sentido de la vida</b>	<p>Tiene proyectos, quiere estudiar peluquería, ha hecho algunos cursos y quiere continuar estudiando.</p>	<b>Sentido de la vida</b>	<p><b>Tiene proyectos lo que indica que tiene ganas de vivir, mejorar y seguir adelante.</b></p>	<p>Se siente estimulada a seguir adelante, ha afrontado su enfermedad</p>
<p><b>La enfermedad te cambió tu vida?</b>          Sí Debo ser más rígida en la alimentación, tipo, calidad y cantidad de alimentos. Horas de comida. No ¡(tajante). No Aunque, siento que me he restringido en las comidas.</p>	<b>Enfermedad</b>	<p>Cambió su vida en la rigidez de su alimentación, calidad, cantidad de alimentos, horario.</p>	<b>Enfermedad</b>	<p>Siente que la <b>enfermedad cambió su manera de vivir</b> especialmente la alimentación, calidad, cantidad de alimentos, horario</p>	<p>La alimentación es uno de los principales cambios generados por su enfermedad, refiere haber adquirido conciencia respecto a ella</p>
<p><b>Por qué?</b>          Como lo que tengo que comer, he tomado conciencia.</p>	<b>Dieta</b>	<p>Come lo que tiene que comer, ha tomado conciencia</p>	<b>Dieta</b>	<p>Dice tener conciencia de su alimentación.</p>	<p>Ha adquirido conciencia que su alimentación debe ser saludable</p>

<p><b>¿Sientes que tu vida tiene sentido?</b></p> <p>Claro ¡Mis hijos, lo que quiero hacer, mis proyectos. Vivir en mejores condiciones económicas, mejorar mi vida, tener salud.</p>	<b>Sentido de la vida</b>	Sus hijos, los proyectos, mejorar su vida, condiciones económicas, su salud.	<b>Dieta</b>	Sus hijos y los proyectos de vida la motivan para lograr una buena salud.	Su vida tiene sentido, la enfermedad no le ha coartado su relación laboral
<p><b>¿En tu enfermedad has sentido apoyo de tu familia?</b></p> <p><b>¿Quiénes?</b></p> <p>Sí, todos. Toda mi familia, mis hermanos, mi esposo. A veces me toman como inútil y eso me desagrada. Viven cuidándome, pendiente de mi. No comas esto, no comas eso que no lo debes comer.</p>	<b>Enfermedad</b>	Apoyo de toda su familia, quien la cuida, depende de ella.	<b>Enfermedad</b>	Siente el apoyo familiar, depende de ellos cosa que no le agrada, la sobre protegen.	<b>Apoyo y dependencia familiar</b>
<p><b>Cumples con la dieta?</b></p> <p>Si quiero cuidarme, por eso cumplo con la dieta, pero es difícil.</p>	<b>Dieta</b>	Cumple con la dieta, le es difícil	<b>Dieta</b>	<b>Le cuesta cumplir con la dieta</b> , pero sus deseos de cuidarse hacen que cumpla con ella	Sus deseos y determinación de cuidarse le permiten superar las dificultades en el cumplimiento de la dieta
<p><b>¿Por qué te cuesta la dieta?</b></p> <p>La verdad es que anteriormente, me costaba más porque no me gustaba la comida que me mandaban. Antes sí, pero ahora no, ya me acostumbré con la dieta desde que aprendí lo que debo comer.</p>	<b>Dieta</b>	Anteriormente le era muy difícil cumplir, <b>ahora dice que aprendió a comer.</b>	<b>Dieta</b>	Cumple la dieta porque aprendió a comer	<b>Hubo un cambio determinante en su alimentación, en su actitud hacia la vida.</b>

<p><b>¿Qué te ha hecho cambiar?</b></p> <p>En las charlas me han dicho lo que debo comer y trabajé con una de las Dras. Que me enseñó a preparar vegetales y otras comidas, además todos en la casa debemos comer igual, aunque a los muchachos no les gusta las ensaladas.</p> <p>Algunas cosas, pero los muchachos Ud. Sabe cómo son ellos que no le gustan algunas cosas como los vegetales.</p>	<p><b>Educación</b></p>	<p><b>En las charlas le han dicho como comer,</b> ha aprendido a preparar las comidas sin grasa, los vegetales. Todos comemos igual en casa, algunas cosas como los vegetales no les gusta aún a los muchachos.</p>	<p><b>Educación</b></p>	<p>Por la educación está logrando un cambio en sus hábitos alimentarios, lo que debe comer, como preparar los alimentos y que todos en casa deben comer igual.</p>	<p><b>La educación ha permitido lograr cambios en su alimentación y entender que toda su familia debe tener una alimentación saludable.</b></p>
<p><b>Sabes lo que significa control?</b></p> <p>Cumplir el tratamiento, cumplir con la alimentación cumplir con todo. Antes cuando no aceptaba que tenía diabetes, no cumplía con la comida, decía no yo no necesito de eso, yo estoy bien. Pero ahora sí cumplo, quiero tener una vida mejor.</p>	<p><b>Control</b></p>	<p>Ella sabe que el control es cumplir con la dieta, cumplir con todo, antes no lo aceptaba porque decía que ella no necesitaba de eso, que estaba bien. Ahora sí cumple, desea vivir mejor.</p>	<p><b>Control</b></p>	<p>Sabe que el control se logra por la adhesión al tratamiento.</p>	<p>Para lograr el equilibrio metabólico debe haber aceptación de la enfermedad, adhesión al tratamiento motivado por sus deseos de mejorar su calidad de vida.</p>

<p><b>Tomas o cumples con los medicamentos, crees que alguna otra cosa te puede mejorar o curar?</b></p> <p>Sí, yo cumplo bien desde hace unos meses para acá. Pero sé que solo las medicinas y la dieta, pueden mejorarme, esta enfermedad no se cura.</p> <p>No, yo no; nunca me ha gustado eso, pero yo tenía una amiga (mi madrina) que me decía que tomara algunas plantas, pero nunca me gustó. Nunca he tomado ramas. Ella se murió y yo me dije a mí misma, debo cuidarme.</p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p>Desde hace algunos meses, cumple con el tratamiento</p> <p>No, yo nunca he tomado ramas, hace unos meses murió mi madrina que tenía diabetes y tomaba ramas, ella me decía que tomara pero nunca me gustó.</p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p>De unos meses para acá cumple con el tratamiento.</p> <p><b>Nunca ha tomado ramas, no cree que eso le reduzcan el azúcar, menos ahora después de la muerte de su madrina.</b></p>	<p><b>Cumple con el tratamiento porque desea mejor calidad de vida.</b></p> <p><b>Ella no cree en las ramas para bajar el azúcar y menos después de una vivencia negativa con alguien cercano.</b></p>
<p><b>¿Te cuidas mejor desde que ella murió?</b></p> <p>Sí, era una persona muy cercana, eso fue hace seis meses, ella murió y me dije a mí misma: debo cuidarme; desde allí me cuido mejor.</p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p>Cumple mejor su tratamiento después de la muerte de su madrina, persona muy cercana a ella, ahora se cuida mejor.</p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p><b>La muerte de su madrina, ocasionada por la diabetes, le hizo tomar la decisión de cuidarse.</b></p>	<p><b>Vivencia negativa con alguien allegado a ella, le impactó e hizo reflexionar</b></p>
<p><b>Lo haces más por eso que por tus hijos?</b></p> <p>Creo que sí, por las dos cosas. Si me muero quien va a cuidar de mis hijos. Yo soy huérfana de madre y me hizo falta, yo quiero cuidar de mis hijos.</p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p>Cumple mejor su tratamiento por sus hijos, temor de morir y no poder cuidarlos</p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p>Sus hijos la hacen tener control</p>	<p><b>El temor a dejar a sus hijos solos, le hizo tomar conciencia para llevar una vida con calidad</b></p>
<p><b>Qué es lo que te parece más fácil en el tratamiento?</b></p> <p>La insulina</p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p>Lo más fácil para ella en el tratamiento es la insulina, lo más difícil, la dieta</p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p><b>Lo más difícil del tratamiento es cumplir la dieta, lo más fácil la insulina.</b></p>	<p><b>Lo más difícil de cumplir es la dieta. Lo más fácil, la insulina</b></p>

<b>Lo más difícil?</b> Es la dieta, algunos alimentos como los vegetales, que no me gustaban; pero he aprendido a prepararlos y ahora sí los cómo.	<b>Dieta</b>	Lo más difícil de la dieta son los vegetales, aprendí a cocinarlos y ahora sí los como	<b>Dieta</b>	<b>Lo más difícil de la dieta son los vegetales, por no estar acostumbrados a ellos.</b>	<b>El conocimiento de lo que se debe comer, su preparación facilita la adhesión a la dieta.</b>
<b>Cumples siempre con el tratamiento?</b> Todos los días, yo siempre cumplo mi tratamiento	<b>Tratamiento</b>	Cumplo todos los días.	<b>Tratamiento</b>	Cumple su tratamiento	
<b>Tiene tu religión alguna influencia en el cumplimiento de tu tratamiento?</b> No, mi familia es cristiana evangélica. Yo creo en Dios, pero eso no tiene nada que ver. El cumplimiento no tiene nada que ver con la religión.	<b>Creencias</b>	La religión no tiene nada que ver con el cumplimiento del tratamiento.	<b>Creencias</b>	<b>Ella no establece ningún nexo entre el cumplimiento del tratamiento y sus creencias religiosas</b>	<b>La adhesión al tratamiento no tiene relación con la religión.</b>
<b>Qué haces en tu tiempo libre?</b> Nada. Ahí bailoterapia por supuesto, de un tiempo para acá practico ese ejercicio, me hace sentir bien. Estoy por comenzar con el curso de peluquería.	<b>Ejercicio</b>	Empleo el tiempo libre en bailoterapia, el ejercicio me hace sentir bien. Próxima realización de curso de peluquería	<b>Ejercicio</b>	Está motivada en mejorar su estilo de vida, para lo cual trabaja en su tiempo libre	<b>Emplea el tiempo libre en mejorar su equilibrio metabólico y su vida personal.</b>

Entrevista 6: Enfermera. AGENTES EXTERNOS					
TEXTO	CÓDIGO	PROPIEDADES	CATEGORÍA	SIGNIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
<p><b>¿Cómo crees que se sienten las pacientes cuando saben que son diabéticas?</b></p> <p>Ellas, al principio no admiten esa enfermedad. Se ponen a pensar que hay familiares que son mayores que ellas y no padecen de diabetes, entonces creen que no tienen la enfermedad y al no aceptarla, no aceptan el control.</p> <p>Uno trata de orientarlas acá, educándolas y diciéndoles que no se deben saltar ninguna de las comidas, que las meriendas son necesarias, pero ellas siempre tienen algo negativo hasta que ellas entiendan que la enfermedad está y hay que controlarla. Muchas de ellas, según la experiencia de aquí de la Unidad, ellas ya aceptan con la ayuda del médico tratante, el psicólogo o el psiquiatra, éstos nos ayuda mucho cuando las evalúan. Aquí en la Unidad cuando hemos contado con su apoyo. Cuando ellas no quieren aceptar la enfermedad o se les queda el tratamiento en casa o se les rompe la insulina. Muchas cuando vienen a consulta dicen, no que se me quedó la insulina en la casa, no que tuve que ir a tal parte y se me quedó la insulina, entonces deben ir para un psicólogo o un psiquiatra y en varias sesiones ya ellas aceptan.</p>	Enfermedad	<p><b>No aceptación</b> de la enfermedad al inicio, principalmente <b>las que creen que por no tener familiares mayores que ellas con diabetes</b>, ellas no tienen la enfermedad, por eso no aceptan el control. Ellas siempre tienen algo negativo, o se les queda la insulina en casa o dicen que se les rompió. Se trata de orientarlas en sus comidas, horario, meriendas hasta que entienden que la enfermedad está y aceptan el control. En la toma de conciencia de su enfermedad influye el médico tratante,</p>	Enfermedad	<p>Al inicio ellas no aceptan la enfermedad y por consiguiente el tratamiento, debido a sus creencias. La educación por parte del equipo de salud hace que acepten la enfermedad y el control. En la toma de conciencia de su enfermedad influye el médico tratante, el psicólogo o el psiquiatra, cuando intervienen.</p>	<p>Las pacientes tienen creencias que influyen en la no aceptación de la enfermedad y por consiguiente en el tratamiento.</p>

		si no el psicólogo o el psiquiatra, ayudan mucho cuando éstos las evalúan.			
<p><b>¿Y Ustedes el equipo tratante, influyen en eso?</b>  <b>¿Quiénes Influyen?</b></p> <p>Nosotros insistimos, y decimos tenemos que buscar la manera y volvemos otra vez a empezar, con la educación. Y así ellas lo van aceptando.</p>	<b>Educación</b>	<b>Nosotros tenemos que buscar la manera, insistimos con la educación, volvemos a empezar y ella lo van aceptando</b>	<b>Educación</b>	La aceptación se logra con persistencia en la educación constante y repetitiva.	La educación es un proceso individual, constante y continuo que lleva su tiempo hasta lograr la aceptación
<p><b>¿Cómo está haciendo Ud. La alimentación?</b>  <b>¿Cómo se está inyectando Ud. La insulina?</b></p> <p>Hay pacientes que aunque por más que se les diga no se inyectan ellas mismas, tienen otra persona que lo haga por ellas por ejemplo una hija o hijo médico o cualquier persona relacionada con la salud, a veces que ellas esperan que lleguen de la guardia o del hospital para que las inyecte, entonces allí ya pasa el tiempo, no le ponen la insulina a la hora que se les dice, este.... a veces buscan excusas, que tuvieron un trastorno, que se le murió un familiar y no cumplen con el tratamiento ; allí por ejemplo yo les explico el horario todo lo del esquema, allí yo les digo, bueno tienen que hacerlo; No deje que tu organismo la sabotee, porque eso es un pretexto. Ellas dicen bueno sí, yo tengo que vencer esto, responden ellas. Yo les digo no dejen que su organismo los controle, controle Ud. a</p>	<b>Tratamiento</b>	Incumplimiento en el tratamiento. No siguen las indicaciones en relación a la inyección de la insulina, no se inyectan ellas mismas, dependen de algún familiar relacionado con la salud. Incumplen el horario del tratamiento, no lo hacen a la hora indicada. A veces incumplen por falta de dinero.	<b>Tratamiento</b>	No adhesión total al tratamiento. En relación a la insulina, incumplen el horario, no se inyectan ellas mismas, dependen de otra persona generalmente un personal de la salud incumplen por razones económicas.	Hay incumplimiento en las indicaciones, en el tratamiento. En lo que a la inyección de la insulina se refiere se destaca el incumplimiento del horario y la dependencia de otras personas.



<p>su organismo. Ellas al final lo aceptan y lo cumplen, aquí todo el mundo les dice lo que deben hacer. Se les explica su plan alimentario, y uno les insiste y le pregunta lo está cumpliendo? Como lo estás haciendo?, aquí uno interroga a las pacientes todo el tiempo, siempre estamos pendiente de la paciente si cumple o no cumple, porque aquí no es que la paciente entra y salga, no; aquí decimos ella tiene que salir conociendo todo lo referente a su enfermedad, siempre que le pregunta por qué no está cumpliendo con la insulina? Porque no está siguiendo la dieta? A veces dicen bueno es que no tengo dinero para comer de dieta. Aquí uno las orienta: bueno vamos a ver debes comer ensaladas, bueno vamos a comprar aunque sean sardinas pues, deben comprar o conseguir la fruta más barata, la que le convenga por ejemplo el mango, en época de invierno, claro que de acuerdo a su ración.</p>					
--	--	--	--	--	--

<p><b>¿Quiénes del equipo de Salud insisten con la Educación?</b></p> <p>Todos: el médico, el educador, la nutricionista, nosotras las enfermeras, todos lo insistimos. A ellos se les da la educación general al grupo, pero siempre se refuerza a cada una, individualizamos, por ejemplo la nutricionista, ella a cada una les explica, a cada uno se trata individualmente. Se le hace su plan alimentario de acuerdo a su talla y su peso, y de acuerdo a su situación económica y social cada una tiene un problema, una situación diferente, y eso se le considera individualmente.</p>	<p><b>Educación</b></p>	<p>Educación individualizada. Plan alimentario de acuerdo a su talla y peso, de acuerdo a su situación económica y social. Cada una tiene un problema, una situación diferente y eso se le considera individualmente</p>		<p>La educación debe ser individualizada tomando en cuenta la situación de cada paciente, incluyendo la económica y social.</p>	<p>Cada paciente vive una situación diferente en base a la cual debe hacerse la educación</p>
<p><b>¿Qué crees tú, cuando depende de ellas, que es lo más difícil, además de no aceptar la enfermedad? Qué crees tú que es lo más difícil de cumplir en su tratamiento? Qué es lo que tú crees, de acuerdo a tu experiencia?</b></p> <p>Bueno según mi experiencia es que ellos por ejemplo les cuesta inyectarse la insulina, que trabajan en una compañía y tienen que irse a las 5 de la mañana, ponen eso como excusa y se lo llevan, no se inyectan. Aquí se les da la orientación, se les dice, se les explica lo que deben hacer, ponemos todo lo que esté de nuestra parte (y que por parte de uno no sea que no cumplen). Bueno, pero no todas son así, aquí hay pacientes que cumplen y que están controladas, que se han mantenido bien. Hay un grupo que no lo hace tan bien. A esas le dedicamos más tiempo.</p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p><b>Dificultad para inyectarse la insulina</b> por coincidencia con <b>el horario de trabajo</b>. Se les <b>orienta</b>. No todas son así. Se <b>dedica más tiempo</b> a la que <b>no se controla bien</b>.</p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p>Tratamiento difícil de cumplir.</p>	<p>La educación no tiene límite de tiempo, se debe continuar hasta que el paciente asuma su control.</p>

<p><b>Según lo que tú has vivido con ellas, que es lo que ellas piensan que las puede curar?</b></p> <p>Oh ¡muchas de ellas piensan que las plantas pueden ayudar a controlarles el azúcar. No, es que ahora estoy tomando tal rama o tal fruta, que me dijeron que era buena, como el Noni dicen que es muy bueno o esto lo otro, pero yo me inyecto o tomo mis pastillas. Nosotros le decimos, bueno tómelo, sí es que Ud. quiere, pero tómese su tratamiento, no lo abandone. El control esta en su tratamiento, el control está aquí en el servicio. Tómese su tratamiento convencional, si quiere, pero no lo deje; así lo hacen.</p>	<p><b>Creencias</b></p>	<p><b>Las plantas pueden ayudar a controlar el azúcar,</b> Unas las medicinas. Otras usan frutas como <b>el noni,</b> pero <b>en general no abandonan el tratamiento.</b></p>	<p><b>Creencias</b></p>	<p>La mayoría no abandona el tratamiento convencional por otro natural, lo adiciona pero no lo substituye.</p>	<p>Las creencias en el tratamiento alternativo parecen no muy arraigadas porque la mayoría no abandona el tratamiento convencional.</p>
<p><b>¿Cómo ves tú que ella reaccionan cuando le dicen que es diabética? Qué crees tú que ellas sienten al saber que tienen diabetes?</b></p> <p>Ah! Temor, unos lloran y otros se resisten a creerlo, sobre todo los que ninguno en su familia son diabéticos. Pero se les dice que el estilo de vida, el tipo de alimentación, la alimentación exagerada los ha llevado a la diabetes, la falta de ejercicios.</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p>Reaccionan con temor, llanto, resistencia a la enfermedad, no aceptación por no tener antecedentes diabéticos en su familia. Se les explica el estilo de vida, tipo de alimentación, alimentación exagerada, la falta de ejercicios, los ha llevado a la diabetes.</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p>Reaccionan con temor, llanto y resistencia a la enfermedad, por la falta de antecedentes familiares; se les hace entender que además de los factores genéticos- en la enfermedad- influyen los estilos de vida.</p>	<p>El impacto de la enfermedad genera emociones negativas como el temor, barrera que le impide aceptar la enfermedad. Esgrimen creencias que son debatidas con argumentos educativos.</p>

<p><b>¿Cuáles son las emociones que tú has visto más en ellas?</b>          Tristeza y llanto, muchas rompen a llorar, la mayoría se ponen a llorar como que sienten una incapacidad, una impotencia. Pero al final se conducen mejor que aquellas que se resisten a creer que tienen la enfermedad y no lo expresan. Ellas dicen no....., yo no tengo esa enfermedad y la aceptación de la enfermedad es lo más difícil de lograr; al aceptarla ya se puede decir que inician su control.</p> <p style="text-align: right;"><b>Ellas</b></p> <p><b>saben que significa control?</b>- porque aquí se les explica - que deben controlarse, cumplir su plan alimentario, tomarse sus pastillas, inyectarse la insulina porque si no se va a afectar el corazón, el riñón, los pies. A ellas les da más miedo ponerse ciega, eso a ellas les da temor así como la amputación y a quedarse sin su miembro. La diálisis también pero eso lo ven como a más tardío. Por eso ellas van a la consulta preventiva del pie diabético, donde se les enseña a cuidarse los pies para evitar la amputación. Muchas de ellas no se inyectan la insulina porque tienen mitos creen que si se inyectan se pueden quedar ciegas, que su comadre, algún familiar o amigo la dejo que si se inyectaban insulina quedaban ciegas.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Emociones</b></p>	<p><b>Tristeza, llanto, incapacidad, impotencia.</b> Las que reaccionan de esta manera aceptan mejor la enfermedad que aquellas que no lo expresan, para quienes resulta más difícil aceptarla. Al <b>aceptar la enfermedad inician su control. Miedo a quedar ciega, a la amputación, a la diálisis</b> pero a más largo plazo. Otras no se inyectan insulina por la <b>creencia de quedarse ciegas</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Emociones</b></p>	<p>Las pacientes que expresan sus emociones terminan aceptando mejor la enfermedad y el control, que aquellas que no la expresan. Creencia de quedar ciega obstaculiza inyección de insulina.</p>	<p>Las emociones juegan un papel importante en la aceptación de la enfermedad. Las creencias influyen en el tratamiento.</p>
---	---	--	---	---	--

<p><b>¿Las personas que vienen a la consulta, comen sano?</b> <b>¿Qué comen?</b></p> <p>La mayoría lo que come es carbohidrato, comen espagueti, si comen carne, mezclan con la pasta o con arroz algunas les aburre el pollo. Algunas que les gustan son zanahorias o remolacha con papa. Muy pocas comen verdura, eso no les gusta lo que quizá más que se les indican muy pocas lo consumen, y eso que alguna de ellos dicen ah! Me gustan o me acostumbraré a comer vegetales, pero son pocas. Esto se logra con educación, pero es difícil erradicar estos hábitos.</p>	<b>Dieta</b>	<p><b>Consumen más carbohidratos, espagueti. De ensalada zanahoria o remolacha con papas, arroz. Muy pocas comen verduras.,</b> aunque algunas se acostumbran. <b>El pollo les aburre.</b> Sí refieren comer carne. Se pueden acostumbrar a comer sano con educación, <b>pero erradicar estos hábitos es difícil.</b></p>	<b>Dieta</b>	<p>Las pacientes consumen carbohidratos simples, las ensaladas las prefieren de tubérculos que de verduras, algunas se aburren del pollo y consumen carne. Estos hábitos alimentarios son con educación, pero es una tarea difícil.</p>	<p>Las pacientes tienen una cultura nutricional inadecuada que es difícil de cambiar aún con la educación.</p>
<p><b>En cuanto al ejercicio? Qué opinas sobre él?</b></p> <p>Cuando se les incentiva a hacer el ejercicio, ella hacen el esfuerzo y cuando ven que logran reducir el azúcar haciendo ejercicio eso les motiva y lo hacen. Lo que he notado aquí es que a las personas del grupo de ejercicios de la Unidad, tienen mejor control de su diabetes.</p>	<b>Ejercicio</b>	<p>Las pacientes que se incentivan a hacer <b>ejercicio se les reduce el azúcar, esto las motiva para continuar y lograr mejor control de su diabetes.</b></p>	<b>Ejercicio</b>	<p><b>Las pacientes que practican ejercicio de manera constante y regular logran un mejor control de su diabetes, esto a su vez las incentiva a continuar en el programa de ejercicios.</b></p>	<p><b>Los beneficios que brinda un programa de ejercicios, motivan a las pacientes a continuar ejercitándose y lograr el equilibrio metabólico deseado.</b></p>

<p><b>Si yo te preguntara entre el plan alimentario, los medicamentos y el ejercicio, cual es lo que a ella le cuesta más cumplir?</b></p> <p>Respecto al medicamento, el inyectarse la insulina, eso le gusta mucho porque hay muchos mitos entre ellos el quedar ciega.</p>	<b>Tratamiento</b>	<p><b>Lo más difícil de cumplir de los medicamentos es inyectarse la insulina</b>, por los <b>mitos</b> que existen sobre ella como el <b>de quedar ciega</b>.</p>	<b>Tratamiento</b>	<p>Lo más difícil de cumplir en el tratamiento es inyectarse insulina, por las creencias que sobre ella existe, como la ceguera.</p>	<p>La adhesión al tratamiento farmacológico, como la insulina está influenciado por las creencias.</p>
<p><b>Qué crees tú que debemos hacer, como equipo de salud para lograr en ellos un cambio?</b></p> <p>Insistir más en la educación, que ellas asistan con más frecuencia a las sesiones educativas, que sean más constantes en venir a ellas, ser más constantes en eso. La paciente tipo 2 son las que más cuesta que asistan, las diabéticas embarazadas son las que más cumplen y las tipo 1.</p>	<b>Educación</b>	<p><b>Insistencia y constancia en la educación para lograr el cambio. Mayor frecuencia y asistencia a las sesiones educativas</b>, por parte de las pacientes con diabetes tipo 2. Las embarazadas y las Tipo1, cumplen más con la asistencia</p>	<b>Educación</b>	<p>Es necesario mayor número de charlas, mejorar la asistencia y la constancia en la educación.</p>	<p><b>Para que la educación sea más efectiva se debe mejorar charlas.</b></p>

<p><b>¿Tú has notado que la diabetes cambia en ella su vida en lo general y en lo personal?</b></p> <p>Claro, uno ve que tienen que cambiar y adaptarse por ejemplo a un tipo de alimentación, ajustarse a un horario de comida, ellos alegan que eso es bien difícil de cumplir. Las que se inyectan insulina les cuesta más arrancar, pero una vez que arrancan cumplen en general. Las que toman pastillas cumplen mejor, se adaptan más fácil. Algunas se les olvida o dejan las pastillas en casa, pero no es usual, si reciben educación, ellas poco a poco se toman su tratamiento.</p>	<b>Tratamiento</b>	Cambio en su vida por el tratamiento: su tipo de alimentación, horario de comida, tener que inyectarse. Al inicio cuesta adherirse al tratamiento. Cumplen mejor con las pastillas que con la insulina, pero en general cumplen su tratamiento.	<b>Tratamiento</b>	La diabetes cambia la vida de las pacientes en general porque lo primero que deben cambiar son sus hábitos alimentarios, el inyectarse insulina, ajustarse a un horario tomar sus pastillas; pero a pesar de ello ellas cumplen si primero cumplen con su educación	Las pacientes que cumplen y asimilan el programa educativo se adhieren mejor al tratamiento.
<p><b>Quiénes cumplen mejor?</b></p> <p>Las diabéticas embarazadas. Como al principio les cuesta bajar el azúcar y por su bebé vienen a control todas las semanas como les corresponde. Se preocupan mucho por su bebé.</p>	<b>Control</b>	Cumplen mejor las embarazadas. Preocupación por su bebé	<b>Control</b>	Las pacientes motivadas por su bebé se adhieren mejor al tratamiento.	La motivación favorece la adhesión al tratamiento.

<p><b>Que cambios notas en las que cumplen mejor?</b></p> <p>Las que se controlan cumplen su tratamiento y bajan de peso, sus valores de glicemia, lípidos y otros se normalizan. Hay de todo, unas se disciplinan y cumplen, otras no. Unas lo toman en serio, en cambio otras.....luego vienen echaditas a perder.....</p> <p>Bueno hay pacientes que lo toman en serio, además de varias cosas: la edad: las de más edad se controlan mejor porque ya le temen más a las complicaciones, sienten que su tiempo se les vence. El nivel educativo, socioeconómico, cultural. Pero esto no siempre es así. Aquí vienen pacientes con grados de instrucción, que son maestras uno les dice tú eres educadora tu sabes lo que es eso. Ahí no, eso es diferente, contestan. Pero ellas sí saben que deben controlarse, cómo se deben controlar, que valores deben tener, pero no lo toman en serio.</p>	Control	Cambios en el peso y valores de laboratorio en las que cumplen el tratamiento. Unas lo toman en serio y cumplen mientras que otras no.	Control	Al adherirse al tratamiento la paciente alcanza las metas clínicas y metabólicas deseadas, se disciplina y por lo tanto se mantiene en control.	El logro del equilibrio clínico metabólico deseado, por la adhesión al tratamiento, sirve de estímulo para que continúen adherida al mismo.
	Tratamiento	Toman en serio su enfermedad y cumplen por <b>temor a complicaciones</b> , las pacientes <b>de mayor edad, de mejor nivel cultural, económico y social</b> , aunque <b>en algunos casos esto no se cumple.</b>	Tratamiento	Los factores que favorecen la adhesión al tratamiento, son múltiples: la edad, nivel cultural, nivel socioeconómico, aunque no depende exclusivamente de ellos sino de la paciente.	Además de los factores que actúan como barrera en la adhesión al tratamiento, hay otros factores, que podrían denominarse intrínsecos, en la paciente que favorecen o no la adhesión.



<p><b>¿Ellas saben de control?</b></p> <p>Claro que lo saben (responde con firmeza), ellas saben hasta que la Hb glicosilada se la deben hacer cada tres meses, los valores de glicemia capilares, recuerde que algunas se autocontrolan con el aparato, aunque pocas. Saben bien que deben comer, cómo inyectarse,...pero, no siempre lo hacen. Ellas cuando vienen y saben que lo están haciendo bien quieren hacerse de todo, en cambio cuando no lo están haciendo bien no quieren hacerse ni la glicemia capilar ( se ríe).Cuando saben que han perdido peso quieren pesarse, medirse la cintura, cuando no.....Ellas son vivas ( continúa sonriendo)</p>	<p><b>Control</b></p>	<p><b>Conocimiento del control</b> que <b>exámenes</b> deben hacerse: Hb glicosilada, glicemias capilares que se <b>autocontrolan</b> con el aparato. También saben que deben comer, cómo deben tener el peso, la circunferencia de cintura, los valores de glicemia, como inyectarse, pero <b>no todas lo hacen, ni siempre lo hacen.</b></p>	<p><b>Control</b></p>	<p>Casi todas tienen conocimiento de lo que es el control pero no todas lo cumplen, y las que se controlan en ocasiones no lo hacen.</p>	<p>El control es irregular, no es igual en todas las pacientes ni todas lo cumplen todo el tiempo</p>
--	-----------------------	--	-----------------------	--	---

<p><b>De las metas que deben lograr cuáles alcanzan mejor?</b></p> <p>Bueno, el nivel de azúcar, el peso la circunferencia abdominal. A veces vienen unas "chéveres " y a veces todas descontroladas.</p>	Control	<p>Ellas <b>conocen las metas</b> que indican control adecuado: nivel de glicemia, peso, circunferencia abdominal. <b>A veces vienen bien, a veces descontroladas.</b></p>	Control	<p>Tienen conocimiento de sus metas pero no todas las alcanzan y las que lo hacen no se mantienen todo el tiempo.</p>	<p>Hay irregularidad en el logro y en el mantenimiento de las metas: no todas las logran y no todas las mantienen.</p>
<p><b>Por qué crees que eso ocurre?</b></p> <p>Ellas vienen los días lunes, después del fin de semana, salen de la ciudad, van a un cumpleaños, a la playa, a veces les es difícil mantenerse.</p>	Control	<p><b>Les es difícil mantenerse los fines de semana</b> por lo social salen de la ciudad, van a la playa, a un cumpleaños.</p>	Control	<p>Les es difícil mantenerse por lo social no han tomado conciencia de que el cumplimiento del plan alimentario es por toda la vida.</p>	<p>No han tomado conciencia que deben cambiar definitivamente sus estilos de vida.</p>
<p><b>Qué crees tú lo que ellas piensan del tratamiento?</b></p> <p>Que es difícil, principalmente la comida a veces cumplen, a veces no. Se toman mejor las pastilla o medicinas, menos la insulina que también cuesta cuando comienzan a inyectarse.</p>	Tratamiento	<p><b>Que es difícil</b> Lo más difícil de cumplir es la comida, irregularidad en su cumplimiento Igual pasa con la insulina al comienzo, cumplen mejor las pastillas.</p>	Tratamiento	<p>Tratamiento difícil de cumplir.</p>	<p>Después de rechazo a la insulina, lo <b>más difícil de cumplir es la dieta</b></p>

<p><b>Como cumplen en cuanto a regularidad, el tratamiento?</b></p> <p>A veces no lo cumplen; esto ocurre principalmente con la comida. Los medicamentos los toman, pero a veces. Hay irregularidad en el mismo. Yo diría que casi siempre lo cumplen, algunas pacientes sí lo cumplen siempre. Uno las ve y no son gordas, no son impacientes como la mayoría de las diabéticas, son organizadas: su peso está bien, sus glicemias normales. Yo digo que son arregladitas, siempre vienen a consulta. En cambio otras no, te dicen "ah ¡yo no sabía eso" y tienen años viniendo a control y ni su peso, ni las glicemias están dentro de lo normal.</p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p><b>Algunas pacientes no cumplen el tratamiento con regularidad, esto ocurre con las comidas y con los medicamentos.</b> Las pacientes organizadas siempre vienen a consulta, tienen el peso y la glicemia normales, otras no tienen ni el peso, ni las glicemias normales; <b>dicen no saber cosas a pesar de tener años en control.</b></p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p>Hay dos tipos de pacientes las organizadas que siempre cumplen y las desorganizadas que no alcanzan el control clínico- metabólico.</p>	<p>Las pacientes organizadas se adhieren al tratamiento y alcanzan el control</p>
<p><b>Qué crees es lo que más les cuesta?</b></p> <p>La insulina, (tajante respuesta), sobre todo al principio. Aunque muchas dicen, casi todas que lo que más les cuesta cumplir es la dieta.</p>	<p><b>Tratamiento.</b></p>	<p><b>Lo que más les cuesta es la insulina al principio. Para otras la mayoría es la dieta.</b></p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p><b>A una les cuesta cumplir con la insulina, se niegan a inyectársela, a otras les cuesta más seguir el plan alimentario.</b></p>	<p><b>El incumplimiento del tratamiento varía de una paciente a otra, mientras a una lo que más le cuesta es la insulina, a otras es la dieta.</b></p>

<p><b>Tú crees que ellas tienen algún sentido en su vida?</b></p> <p>Sí, sí creo. Muchas de ellas son profesionales y trabajan, tienen estabilidad económica. Hay otras que quieren tener un hijo, otras ya lo tienen y deben luchar por él.</p>	<p><b>Sentido de la vida</b></p>	<p>Muchas de ellas tienen <b>sentido de la vida se los dan los hijos</b>, para tenerlos o para luchar por él. <b>Para otras es el trabajo</b>, luchar por la estabilidad económica</p>	<p>Sentido de la vida</p>	<p>El sentido de la vida lo buscan en la maternidad, los hijos o en el trabajo.</p>	<p>Muchas de las pacientes le han dado sentido a su vida.</p>
<p><b>Quiénes crees tú que se controlan mejor?</b></p> <p>Las diabéticas embarazadas ¡También las que no tienen bebés y quieren salir embarazadas. Lo hacen mejor y logran su hijo.</p> <p>También he notado que los cristianos se controlan mejor, ellos sienten que tienen un compromiso y deben exigirse para lograr un buen control, aquí hay católicos, evangélicos y una pequeña proporción de santeros que buscan su control.</p>	<p><b>Control</b></p>	<p><b>Se controlan mejor las diabéticas embarazadas y las que no lo están pero quieren tener un hijo.</b></p> <p>Los cristianos también se controlan mejor, sienten que tienen un compromiso.</p>	<p><b>Control.</b></p>	<p>Se controlan mejor las que su vida tiene algún sentido</p> <p>Los que profesan alguna religión se sienten más comprometidos a mantener su control.</p>	<p>Se logra un mejor control en las pacientes que le han dado un sentido a su vida.</p> <p>Lo espiritual favorece el control, porque el paciente se siente responsable de sus actos, los compromete.</p>

<p><b>Cuál crees tú sea el mundo de las pacientes? Cuáles son sus ideales, sus motivaciones?</b></p> <p>Aquí hay de todo. Hay personas que son muy responsables, hay personas que ponen pretexto por todo, para evadir su responsabilidad ante la enfermedad y justificar el incumplimiento del tratamiento. Hay pacientes que manifiestan sus deseos de cambiar (con contundencia), inclusive hay quienes han adquirido conciencia que deben cambiar sus hábitos alimentarios y cocinan no sólo para ellas sino para todos en su casa, que todos deben comer como los diabético: “comida sana”, no azúcares, no frituras, vegetales y sobre todo racionado. Algunas logran que su familia se involucre.</p>	<p><b>Control</b></p>	<p><b>Unas toman conciencia del control, otras no</b></p>	<p><b>Control</b></p>	<p>Casi todas tienen conocimiento de lo que es el control pero no todas lo cumplen, se necesita un cambio de conciencia. Las que se controlan en ocasiones no lo hacen.</p>	<p>Es necesario un cambio de conciencia, para lograr un cambio en su forma de pensar y poder modificar sus hábitos de manera permanente, es decir cambiar su estilo de vida</p>
<p><b>Si yo te pregunto cuántas se controlan bien: Todas, Casi todas, Pocas, Ninguna?</b></p> <p>Yo diría que casi todas, hacen un esfuerzo.</p>	<p><b>Control</b></p>	<p>Yo diría que <b>casi todas se esfuerzan por su control</b></p>			

<b>Qué crees tú que le cuesta más cumplir?</b> Podría ser la alimentación, algunas les cuesta mucho comer sano	<b>Tratamiento</b>	<b>A algunas lo que más les cuesta cumplir es la alimentación sana.</b>	<b>Dieta</b>	El cambiar a una alimentación sana, les cuesta mucho.	
<b>Cómo crees que se sienten ellas cuando no logran el control?</b> Ellas saben sus culpas, bueno no cumplí con el plan alimentario, me salí de la dieta, no comí lo que debía, no cumplí con el horario. Se sienten con culpa. Ellas te dicen el pecado, saben que lo están haciendo mal., sienten angustia por eso.	<b>Dieta</b>	<b>No cumplen con la dieta, se salen, no cumplen el horario Se sienten culpables y se angustian.</b>	Dieta	Se sienten mal, cuando incumplen el horario de comida o transgreden la dieta, se genera un sentimiento de culpa y angustia	La lucha interior entre lo que saben que deben comer y lo que comen, les genera sentimiento de culpabilidad.
<b>Cuál crees que sea la barrera más importante en el cumplimiento del tratamiento?</b> En la mayoría los hábitos alimentarios inadecuados, la forma de comer.  Aquí se les orienta con la educación y ayuda con el tratamiento, exámenes, glucómetro. Pero su cultura nutricional, sus hábitos alimentarios son difíciles de cambiar.	<b>Dieta</b>	<b>Hábitos alimentarios inadecuados, difíciles de cambiar, la forma de comer, es la principal barrera.</b>	<b>Dieta</b>	<b>La barrera más importante son los hábitos alimentarios inadecuados, muy difícil de cambiar</b>  <b>Su cultura nutricional es difícil de cambiar</b>	<b>La cultura nutricional es lo más difícil de cambiar, los hábitos alimentarios inadecuados constituyen la barrera fundamental.</b> Para lograr mejor control se debe mejorar la educación, dar apoyo psicológico.

<p><b>Qué crees tú que debemos hacer para lograr mejor control en las pacientes?</b></p> <p>Creo que no debemos cansarnos. Ser constantes principalmente con la educación, mejorar estrate Aumentar y mejorar las sesiones educativas, motivarlas para que la educación sea más efectivas. Se debe Mejorar la parte psicológica, darle apoyo psicológico, que no existe en estos momentos en la Unidad, para aceptar la enfermedad, aceptar el cambio en sus estilos de vida.</p>	<b>Control</b>	<p><b>Mejorar la educación, estrategias;</b> que sean más constantes, <b>darles, apoyo psicológico para mejorar sus estilos de vida.</b></p>	<b>Control</b>	<p>Mejor control, <b>mejorar la educación, que sea efectiva,</b> brindarles <b>apoyo psicológico</b> y mejorar estilos de vida.</p>	<p><b>Para lograr el control, cambiar estilos de vida: mejorar programa educativo que éste sea efectivo.</b></p>
<p><b>Cómo crees que se sienten las pacientes por ser diabéticas?</b></p> <p>Las pacientes se sienten tristes, deprimidas, o con rabia. Ellas mismas lo dicen cuando se enteran o uno se da cuenta por lo que expresan con la mirada o en su rostro.</p>	<b>Emociones</b>	<p>Ellas se <b>sienten tristes, deprimidas, con rabia.</b></p>	<b>Emociones</b>	<p>El saberse <b>diabéticas les genera tristeza, depresión, rabia.</b></p>	<p><b>Diabetes para ellas son emociones negativas: tristeza, rabia, depresión.</b></p>

ENTREVISTA 7: NUTRICIONISTA			AGENTES EXTERNOS		
TEXTO	CODIGO	PROPIEDADES	CATEGORÍA	SIGNIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
<p><b>Cómo crees que se sienten las pacientes cuando saben que tienen diabetes?</b></p> <p>De entrada no es fácil, se sienten mal. Dicen que es el final, que se van a morir</p>	Enfermedad	Sienten que es el final, que van a morir	Enfermedad	Para ellas la enfermedad es algo terrible.	Asocian la enfermedad con la muerte.
<p><b>Cómo hacen Uds. Para salvar esta barrera?</b></p> <p>Con la información y la educación, se les explica cómo manejar la parte médica y la nutricional, se les explica que son parte del tratamiento, pero que sus enfoques son diferentes. Acepta las cosas bien, esto es una condición de vida que se presenta, debes aceptarla y seguir adelante;.....</p>	Educación	<p><b>Información y educación sobre el tratamiento;</b> que la educación y la nutrición forman parte del mismo.</p> <p><b>Se educan</b> para que <b>acepten la diabetes</b>, no como una enfermedad sino <b>como una condición de vida.</b></p>	Educación	<b>No conformarse con informar, se debe educar</b> para que ellas acepten la diabetes como una condición de vida.	<b>Lograr que acepten la Diabetes como una condición de vida. La educación es una herramienta esencial para ello.</b>
<p><b>Consideras que no aceptan la enfermedad?</b></p> <p>Al principio no la aceptan por desconocimiento. Luego sí, después de varias charlas y conversaciones; en la medida que ellas van conociendo sobre su enfermedad ellas la van aceptando. La aceptan cuando conocen.</p>	Enfermedad	Al principio <b>no aceptan</b> la enfermedad, la aceptan <b>luego de charlas y conversaciones</b> , cuando la van conociendo van aceptándola.	Enfermedad	Al conocer la enfermedad la van aceptando	<b>La educación es esencial para la aceptación de la enfermedad</b>



<p><b>Cómo saben que no la aceptan y cuando comienzan a aceptarla?</b></p> <p>Porque se comienzan a ver que el tratamiento, que no cumplían, comienzan a cumplirlo y las glicemias comienzan a disminuir.</p> <p>Al comienzo para todo ponen excusas por no hacer las cosas bien. Algunas tardan años en aceptarla en la realidad</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p><b>Al principio ponen excusas para todo</b>, luego comienzan a cumplir el tratamiento y las glicemias van disminuyendo, esto indica que ya hay aceptación de la enfermedad.</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p>La <b>no aceptación</b> de la enfermedad hace que utilicen <b>cualquier pretexto para incumplir</b>.</p>	<p><b>La no aceptación de la enfermedad es una barrera en el cumplimiento de la diabetes</b></p>
<p><b>Qué crees que influye en eso?</b></p> <p>Bueno las ganas de salir adelante, otras por su bebé, dependen de la motivación de cada una.</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p>Las que tardan menos en aceptar es porque tienen alguna motivación: ganas de salir adelante, por su bebé</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p>La motivación ayuda a la aceptación y ésta es más rápida</p>	<p><b>La motivación y el sentido de vida, permite la aceptación de la enfermedad y seguir adelante</b></p>

<p><b>Tú crees que su vida tiene sentido?</b></p> <p>Algunas sí, otras no. Las que desean su bebé sí, como las diabéticas gestaciones. Las diabéticas tipo 2, con hijos, son las que menos aceptan y las más difíciles de controlar.</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p><b>Para algunas su vida tiene sentido,</b> como las gestacionales quienes desean un hijo. Las diabéticas tipo 2, aceptan menos y es más difícil que cumplan el tratamiento para lograr el control</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p><b>La maternidad le da un gran sentido a sus vidas,</b> favoreciendo la aceptación y control.</p>	<p>Su espíritu maternal priva en la conducción de su vida</p>
<p><b>Consideras que ellas cumplen con el tratamiento?</b></p> <p>Yo pienso que casi siempre ellas cumplen con su tratamiento. A veces, se salen por algún motivo o incidente que les impide cumplir con su rutina. Otras cuantas se pierden pero regresan.</p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p>Casi siempre cumplen el tratamiento, se salen por un motivo muy puntual. Unas cuantas se pierden pero regresan.</p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p><b>Generalmente cumplen el tratamiento, si no lo hacen es por algo puntual</b></p>	<p><b>Generalmente cumplen el tratamiento</b></p>

<p><b>Cómo crees tú que ellas se sienten emocionalmente?</b></p> <p>Unas se sienten bien, especialmente cuando cumplen, se sabe por su comportamiento emocional, están satisfechas, alegres. Cuando no cumplen se sienten deprimidas y tristes, a veces manifiestan que se sienten culpables por incumplir.</p>	<b>Emociones</b>	Las que cumplen se sienten alegres, satisfechas. Cuando no cumplen están tristes y se deprimen. Unas se sienten culpables por incumplir.		El cumplimiento del tratamiento influye positivamente en sus emociones y el incumplimiento influye negativamente, genera sentimiento de culpa.	La adhesión al tratamiento influye en sus emociones
	<b>Tratamiento</b>	<p>Les cuesta la insulina</p> <p>Algunas no aceptan la insulina por sus creencias: mala para su bebé, que ya es el final, que están listos, que están graves, van a morir del corazón.</p>		La no adhesión a la insulina se debe a creencias negativas.	En la adhesión al tratamiento influyen sus creencias.

<p><b>Qué crees que les cuesta más cumplir?</b></p> <p>La insulina.</p> <p>¿Por qué? No acepta la insulina por sus creencias le cuesta inyectarse. Unas creen que es mala para su bebé. Otras dicen no cuando los diabéticos se ponen insulina es porque ya están listos, porque se agravan cuando se les pone insulina. Creen que es el final.....que van a morir del corazón.</p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p>Les cuesta la insulina</p>		<p>La no adhesión a la insulina se debe a creencias negativas.</p>	<p>En la adhesión al tratamiento influyen sus creencias.</p>
<p><b>Qué hace el equipo para lograr el cumplimiento?</b></p> <p>La educación, se refuerzan las charlas con educación individual. Se citan con más frecuencia, más mediciones de glicemias, más periódicas hasta lograr los cambios esperados; insistiendo cada vez más en educar a la paciente. Esto hace que la paciente vaya modificando su actitud.</p> <p>Los cambios se notan con las glicemias normales.</p>	<p><b>Educación</b></p>	<p>Para lograr el cumplimiento se refuerzan las charlas con educación individual, citas y glicemias más frecuentes</p>			

<b>Qué otra cosa debe hacerse para que cumplan?</b> Trabajar la parte emocional, ayudarlas con un psicólogo, darles soporte emocional.	<b>Emociones</b>	Trabajar la parte emocional, darles soporte emocional, apoyo psicológico.	<b>Emociones</b>	Apoyo psicológico	Un buen apoyo emocional favorece la adhesión al tratamiento.
<b>Quiénes cumplen el tratamiento? Ninguna, Algunas, Casi Todas, Todas.</b> Casi todas cumplen, de acuerdo a lo que he observado, en las que reciben educación.	<b>Tratamiento</b>	Casi todas cumplen su tratamiento.	<b>Tratamiento</b>	Las pacientes que se educan, cumplen mejor el tratamiento. la paciente	La educación es fundamental en la adherencia al tratamiento.
<b>Cumplen con la dieta?</b> Sí, casi todas cumplen con la dieta, en general salvo excepciones, que no tienen recursos suficientes para su alimentación, pero se les enseña a substituir un alimento por otro de igual valor nutritivo y calórico. Se les enseña a comer prácticamente de todo, con lo que tienen en casa.	<b>Dieta</b>	Casi todas cumplen la dieta, salvo excepciones por	<b>Dieta</b>	Lo económico podría representar una barrera en	Lo económico podría representar una barrera en

		contar con menos recursos. Mediante la educación se les enseña a comer de todo, lo que tienen en casa, a substituir un alimento por otro del mismo valor nutritivo y calórico		algunas pacientes, lo cual se solventaría "enseñándolas a comer bien".	el cumplimiento de la dieta.
<b>¿Qué pasa con el resto del tratamiento?</b> Ese problema no lo tienen con la insulina porque aquí se los da el ministerio. Los hipoglicemiantes sí son más problemáticos porque no los hay todos y en ocasiones no contamos con ellos de manera continua y regular.	<b>Tratamiento</b>	La insulina se las suministra el Ministerio de la Salud, así como algunos hipoglicemiantes.	<b>Tratamiento</b>	Lo económico no debería representar una barrera para el tratamiento farmacológico, porque se les suministra gratuitamente.	Lo económico, en este grupo no afecta el tratamiento farmacológico. El suministro es gratis. Aunque en teoría no debería ocurrir, esto ocurre

<p><b>¿Cómo comen estas pacientes?</b></p> <p>Las pacientes traen malos hábitos alimentarios, comen alimentos ricos en grasa, azúcares. Comen en excesiva cantidad y no tienen un horario adecuado. Los hábitos alimentarios adecuados deben adquirirlas aquí, o mejor dicho cambiar los hábitos inadecuados. Eso es lo difícil, se logra con educación.</p>	<p><b>Dieta</b></p>	<p>Vienen con malos hábitos alimentarios, comen alimentos ricos en grasas y azúcares, en excesiva cantidad, en horarios diferentes, se modifican con la educación.</p>	<p><b>Dieta</b></p>	<p>Los malos hábitos alimentarios de las pacientes se modifican con educación.</p>	<p>Las pacientes tienen una cultura nutricional inadecuada, esa aunque no es una tarea fácil, podría modificarse con la educación.</p>
--	---------------------	--	---------------------	--	--





<p><b>¿Tú crees que la diabetes cambia su vida?</b></p> <p>Si, tienen que aprender a alimentarse sanamente. Cumplir un horario. Eso les cambia su vida.</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p>Las pacientes le temen a las complicaciones: riñón, diálisis, amputación. También le temen al cambio. Si deciden cambiar les va bien y eso es un estímulo para seguir su control y evitar</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p>Temor a las complicaciones renales (diálisis) las estimulaba al cambio</p>	<p>Temor a complicaciones</p>
<p><b>Ellas controlan sus emociones, su estrés?</b></p> <p>Esa parte no la manejan bien.</p>	<p><b>Emociones</b></p>	<p>Eso no lo manejan bien.</p>	<p><b>Emociones</b></p>	<p>No son bien manejadas ni por las pacientes, ni por equipo de salud</p>	<p><b>Manejo Inadecuado de las emociones.</b></p>
<p><b>En definitiva, se controlan bien o no?</b></p> <p>En general ellas cumplen con todo. Comen bien, les cuesta las raciones pero cuando lo hacen y ven los resultados se emocionan y lo cumplen.</p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p>Ellas cumplen el <b>tratamiento, una vez que adquieren</b> conocimiento. En general comen bien, les cuesta pero lo logran algunas. Lo más difícil es adaptarse a las raciones.</p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p>El <b>conocimiento es muy importante</b> para adherirse a la dieta y al resto del tratamiento</p>	<p><b>Cuando la educación genera conocimiento hay una mayor adherencia al tratamiento, incluyendo la dieta.</b></p>

<p><b>A qué le temen estas pacientes?</b></p> <p>Al riñón principalmente, la diálisis y a la amputación. También al cambio de sus estilos de vida. Las que cambian y les va bien, se estimulan, se sienten más organizadas y continúan adelante con su control porque saben que esto las ayuda a evitar complicaciones.</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p>Las pacientes le <b>temen a las complicaciones: riñón, diálisis, amputación.</b> También le temen al cambio. Si deciden cambiar les va bien y eso es un estímulo para seguir su control y evitarlas.</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p>Las pacientes le <b>temen al cambio y a las complicaciones,</b> por esto y por el deseo de ser madres asumen el control.</p>	<p><b>Las pacientes siempre buscan una razón para asumir el control de la diabetes.</b></p>
<p><b>A qué más le temen?</b></p> <p>Las que no son madres a no llegar a serlo.</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p><b>Temor a no ser madres.</b></p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p>Uno de los <b>mayores temores es no poder llegar a ser madre.</b></p>	

ENTREVISTA 8 : EDUCADORA		AGENTES EXTERNOS			
TEXTO	CÓDIGO	PROPIEDADES	CATEGORÍA	SIGNIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
<p><b>¿Cómo reaccionan las pacientes cuando saben que son diabéticas?</b> Elas no admiten esa enfermedad, a veces duran años para aceptarla.</p>	Enfermedad	<p>La <b>no aceptación</b> de la enfermedad al principio, no aceptación del control, a veces duran años para admitirla. <b>Al no aceptarla no cumplen, no siguen las indicaciones.</b> Estas son <b>algunas otras si cumplen desde el principio.</b> Uno trata de hacerlas entender que es la enfermedad, que deben cuidarse y como cuidarse; que hay que controlarse.</p> <p>En la Unidad, se insiste en la educación, todo el equipo la refuerza: el médico, la enfermera, el educador.... todos;</p>	Enfermedad	<p>Reaccionan ante la enfermedad: <b>no aceptándola; al no aceptarla no se controlan.</b> Unas la aceptan otras no. <b>Para que la acepten es necesaria la educación.</b></p> <p>En la Unidad hay charlas educativas y educación individual por parte todo el equipo de salud. La educación permite que acepten la enfermedad y logren el control.</p>	<p><b>La no aceptación de la enfermedad influye en la adhesión al tratamiento. La educación es fundamental para la aceptación y logro del control.</b></p>
<p><b>Por qué dices que no aceptan su enfermedad?</b> Porque no se cuidan no siguen las indicaciones. No son todas, pero algunas, porque otras sí lo aceptan y se cuidan desde el principio. Uno trata de que ellas entiendan diciéndoles qué es la enfermedad y que deben y como cuidarse, que la enfermedad hay que controlarla.</p>					
<p><b>Quienes influyen en ellas para que entiendan y tomen conciencia que son diabéticas?</b> Aquí en la Unidad se les ayuda con la educación; el médico, la educadora, la enfermera, todos..., todo el equipo, de manera individual, fuera de las charlas educativas que se dictan semanales.</p>					

Las que no se cuidan cuando están embarazadas si cumplen, luego se olvidan de ellas para dedicarse a su bebé, ellas tratan de darle lo mejor, se dedican a él. Si tienen que venir todos los días vienen, pero por su bebé, no por ellas.	<b>Enfermedad</b>	<b>Las que no se cuidan, si lo hacen durante el embarazo por sus bebés, luego se dedican a ellos y se olvidan de sí mismas.</b> Por su bebé vienen todos los días, si es necesario. Si es por ellas no.	<b>Enfermedad</b>	<b>En la aceptación de la enfermedad, los hijos tienen mucho peso, ellas les dan más importancia que a sí mismas.</b>	<b>Los hijos juegan un importante papel en la educación y aceptación de la enfermedad, así como en la adherencia al tratamiento.</b>
<b>¿Cómo hacen para que ellas acepten la enfermedad?</b>  Por la educación, se les explica a cada una y otra vez....se les manda a leer libros para que reflexionen, acepten su situación y se adhieran al tratamiento.	<b>Educación</b>	<b>Por la educación, se les explica una y otra vez, se les manda a leer libros para que reflexionen, acepten y se adhieran al tratamiento.</b>	<b>Educación</b>	<b>La aceptación de la enfermedad se logra con persistencia en la educación, también se puede ayudar reflexionando sobre lecturas de material que se le facilita.</b>	<b>La educación es un proceso individual, constante y continuo que permite la aceptación de la enfermedad y la adherencia al tratamiento.</b>

<p><b>¿Cómo crees que se sienten con la enfermedad?</b></p> <p>Sienten angustia, tristeza, rabia, ellas mismas lo dicen o uno se cuenta de eso cuando habla con ellas.</p>	<p><b>Emociones</b></p>	<p>La enfermedad les hace sentir <b>angustia, tristeza, rabia</b>, ellas lo dicen o se les nota cuando hablan.</p>	<p><b>Emociones</b></p>	<p>La enfermedad despierta en ellas <b>emociones negativas</b> lo manifiestan directamente o por sus expresiones.</p>	<p>Cada paciente reacciona con diferentes emociones negativas al enfrentar su situación y así lo expresan.</p>
<p><b>¿Cuándo superan esas emociones negativas?</b></p> <p>Con la educación al pasar el tiempo, otras cuando empiezan a hacer ejercicio. Algunas cuando aceptan la enfermedad después que han estado hospitalizadas por alguna complicación y después de ésta es cuando comienzan a hacer bien el tratamiento, a controlarse. Ven que estas emociones son dañinas.</p>	<p><b>Emociones</b></p>	<p>Superan las emociones con la educación al pasar el tiempo, otras cuando empiezan a hacer ejercicio. Algunas cuando han estado hospitalizadas por alguna complicación o después y cuando empiezan a controlarse.</p>	<p><b>Emociones</b></p>	<p>Las emociones las superan con la <b>educación, al iniciar el ejercicio, con el tiempo, cuando acepta la enfermedad después</b> de alguna hospitalización, se dan cuenta de lo dañino de las emociones negativas y que se deben <b>controlar</b>.</p>	<p><b>Las emociones superan con el tiempo, el ejercicio. Con la educación aceptan la enfermedad o cuando viven una experiencia y se dan cuenta que se tienen que controlar.</b></p>

<p><b>¿De acuerdo a tu experiencia, qué usan como tratamiento?</b></p> <p>La mayoría lo que indica el médico, muchas creen en plantas que bajan el azúcar; frutas como el noni, ramas. Cuando las toman no dejan su tratamiento.</p>	<p><b>Creencias</b></p>	<p>Creen que algunas plantas pueden ayudar a controlar el azúcar, Unas usan ramas conjuntamente, otras frutas como el noni, pero en general no dejan su tratamiento.</p>	<p><b>Creencias</b></p>	<p>La mayoría <b>no deja el tratamiento convencional por uno natural</b>, lo agrega pero no lo cambia por él.</p>	<p><b>Complementan el tratamiento convencional con el alternativo debido a sus creencias.</b></p>
<p><b>¿Qué crees se deba hacer para su control?</b></p> <p>Insistir en la educación, organizar grupos para que cuenten sus experiencias .El psicólogo o psiquiatra ayuda - cuando se puede hacer la interconsulta, pues no tenemos uno fijo- a cambiar estilos de vida, drenar las emociones y alcanzar un mejor control.</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p>Insistir en la <b>educación, organizar grupos para que cuenten sus experiencias. El psicólogo o psiquiatra</b> ayudaría a los cambios en estilos de vida y el control.</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p><b>Con la educación, experiencias vividas de otros pacientes, el apoyo emocional</b> (psiquiatra) y los cambios en los estilos de vida, se puede lograr un mejor control..</p>	<p><b>El control se puede alcanzar con la educación y el apoyo emocional, cambios de estilos de vida por personal especializado.</b></p>

<p>Tristeza y llanto, muchas rompen a llorar, la mayoría siente incapacidad, una impotencia..... Pero al final se conducen mejor que aquellas que se resisten a creer que tienen la enfermedad y no lo expresan. Ellas dicen no....., yo no tengo esa enfermedad y la aceptación de la enfermedad es lo más difícil de lograr; al aceptarla se puede decir que inician su control.</p> <p>Por qué sienten miedo, a <b>que le temen?</b>- Sienten incapacidad de cumplir su plan alimentario, impotencia por depender de sus pastillas, temor a inyectarse la insulina, creen les va afectar el corazón o la vista. A ellas les da miedo ponerse ciega, a quedarse sin una pierna o un dedo. Le temen a la diálisis también. Por eso ellas van a la consulta con nefrólogo, la preventiva del pie diabético, se les enseña a cuidarse los pies. Temen inyectarse insulina por mitos, creen que pueden quedar ciegas, como su comadre, familiar o amigo.</p>	<p><b>Emociones</b></p>	<p><b>Tristeza, llanto, incapacidad, impotencia.</b> Las que reaccionan de esta manera aceptan mejor la enfermedad que aquellas que no lo expresan para quienes resulta más difícil aceptarla. Al aceptar la enfermedad inician su control.</p>	<p><b>Emociones</b></p>	<p>Las pacientes sienten <b>tristeza, llanto, impotencia</b>, por las complicaciones, mitos o creencias. Las que expresan sus emociones terminan aceptando mejor la enfermedad y el control, que aquellas que no la expresan.</p>	<p><b>Sienten tristeza, impotencia, por complicaciones, mitos o creencias. Las emociones juegan un papel importante en la aceptación de la enfermedad.</b></p>
--	-------------------------	---	-------------------------	---	--

<p><b>¿Las personas que vienen a la consulta, comen sano? ¿Qué comen?</b></p> <p>La mayoría lo que come es mucho carbohidrato, comida para llenarse: arroz, pasta, granos. En una mi carbohidrato, comen espagueti, si comen carne, mezclan con la pasta o con arroz algunas les aburre el pollo. Algunas que les gusta son zanahorias o remolacha con papa. Muy pocas comen verdura, eso no les gusta lo que quizá más que se les indican muy pocas lo consumen, y eso que alguna de ellos dicen ah! Me gustan o me acostumbraré a comer vegetales. Pero son pocas. esto se logra con educación, pero es difícil erradicar estos hábitos.</p>	<p><b>Dieta</b></p>	<p><b>Consumen más carbohidratos,</b> espagueti. De ensalada zanahoria o remolacha con papas, arroz. Muy pocas comen verduras., aunque algunas se acostumbran. El pollo les aburre. í refieren comer carne. <b>Se pueden acostumbrar a comer sano con educación, pero erradicar estos hábitos es difícil.</b></p>	<p><b>Dieta</b></p>	<p>Las pacientes <b>consumen carbohidratos simples, las ensaladas las prefieren de tubérculos que de verduras,</b> algunas se aburren del pollo y consumen carne. Estos hábitos alimentarios son con educación, pero es una tarea difícil.</p>	<p><b>Las pacientes tienen una cultura nutricional inadecuada que es difícil de cambiar aún con la educación.</b></p>
--	---------------------	---	---------------------	--	---



<p><b>En cuanto al ejercicio? Qué opinas sobre él?</b></p> <p>Cuando se les incentiva a hacer el ejercicio, ellas hacen el esfuerzo, son constantes. Cuando ven que logran reducir el azúcar haciendo ejercicio eso les motiva y lo continúan haciendo. Lo que he notado aquí es que las personas del grupo de ejercicios de la Unidad, tienen mejor control de su diabetes.</p>	<p><b>Ejercicio</b></p>	<p>Las pacientes que logran incentivarse a hacer ejercicio se les reduce el azúcar; a pesar de ser un esfuerzo, esto las motiva para continuar y lograr mejor control de su diabetes, como ocurre con las del programa de ejercicio.</p>	<p><b>Ejercicio</b></p>	<p>Las pacientes que practican <b>ejercicio de manera constante y regular logran un mejor control de su diabetes, esto a su vez las incentiva a continuar en el programa de ejercicios.</b></p>	<p><b>Los beneficios que brinda un programa de ejercicios, motivan a las pacientes a continuar ejercitándose y lograr el equilibrio metabólico deseado.</b></p>
<p><b>¿Si yo te preguntara entre el plan alimentario, los medicamentos y el ejercicio, cual le cuesta más cumplir?</b></p> <p>Respecto al medicamento, el inyectarse la insulina, eso no les gusta mucho porque hay mitos, entre ellos quedar ciega.</p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p>Lo más difícil de cumplir en el tratamiento es <b>inyectarse la insulina</b> por los mitos que existen sobre ella como el de quedar ciega.</p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p>Lo más difícil de cumplir en el tratamiento es <b>inyectarse insulina, por las creencias</b> que sobre ella existe, como la <b>ceguera.</b></p>	<p><b>Lo que más les cuesta en el tratamiento, es inyectarse la insulina, está influenciado por las creencias.</b></p>

<p><b>¿Qué crees tú que debemos hacer, como equipo de salud para lograr en ellos un cambio?</b></p> <p>Insistir más en la educación, que ellas asistan con más frecuencia y constancia a las sesiones educativas, que sean más dinámicas, motivadoras y, ser más insistentes en eso. Las pacientes tipo 2 son las que más cuesta que asistan, las diabéticas embarazadas son las que más vienen y las tipo1.</p>	<p><b>Educación</b></p>	<p>Insistencia y <b>constancia en la educación, charlas más dinámicas y motivadoras, para lograr</b> mayor frecuencia y asistencia a las sesiones educativas, de las tipos 2. Las embarazadas y las Tipo1, cumplen más con la asistencia</p>	<p><b>Educación</b></p>	<p>Es necesario mayor número de charlas, <b>mejorar la asistencia y que sean dinámicas y motivadoras</b>, incentivar la constancia en la educación.</p>	<p><b>Para que la educación sea más efectiva se debe mejorar las charlas, así como su asistencia.</b></p>
<p><b>¿Tú has notado que la diabetes cambia en ella su vida en lo general y en lo personal?</b></p> <p>Claro, uno ve que tienen que cambiar y adaptarse por ejemplo a un tipo de alimentación, ajustarse a un horario de comida, ellos alegan que eso es bien difícil de cumplir. Las que se inyectan insulina les cuesta más arrancar, pero una vez que arrancan cumplen en general. Las que toman pastillas cumplen mejor, se adaptan más fácil. Algunas se les olvida o dejan las pastillas en casa, pero no es usual, si reciben educación, ellas poco a poco se toman su tratamiento.</p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p><b>Cambio en su vida por el tratamiento:</b> su tipo de alimentación, horario de comida, tener que inyectarse. Al inicio cuesta adherirse al tratamiento. <b>Cumplen mejor con las pastillas que con la insulina,</b> pero en general cumplen su tratamiento <b>si reciben educación.</b></p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p>La diabetes <b>cambia la vida</b> de las pacientes en general porque lo primero que deben cambiar son sus hábitos alimentarios, el inyectarse insulina, ajustarse a un horario tomar sus pastillas; pero a pesar de ello ellas cumplen. <b>Se adhieren más a las pastillas</b> que a la insulina. Si primero cumplen con la educación, cumplen mejor su tratamiento.</p>	<p><b>La diabetes cambia su vida al cambiar sus hábitos. Se adhieren más a las pastillas que a la insulina, si se educan cumplen mejor su tratamiento.</b></p>

<p><b>¿Quiénes cumplen mejor?</b>  Las diabéticas embarazadas. Como al principio les cuesta bajar el azúcar y por su bebé vienen a control todas las semanas como les corresponde. Se preocupan mucho por su bebé.</p>	<p><b>Control</b></p>	<p><b>Cumplen mejor las embarazadas. Preocupación por su bebé</b></p>	<p><b>Control</b></p>	<p>Las pacientes motivadas por su bebé se adhieren mejor al tratamiento, al control.</p>	<p><b>La motivación favorece la adhesión al tratamiento y control.</b></p>
<p><b>¿Qué cambios notas en las que cumplen mejor?</b>  Las que se controlan cumplen su tratamiento y bajan de peso, sus valores de glicemia, lípidos y otros se normalizan, esto las estimula a seguir el tratamiento. Hay de todo, unas se disciplinan y cumplen, otras no. Unas lo toman en serio, en cambio otras.....luego vienen echaditas a perder....</p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p><b>Cambios en el peso y valores de laboratorio en las que cumplen el tratamiento, esto les sirve de estímulo. Unas lo toman en serio y cumplen, mientras que otras no.</b></p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p>Al adherirse al tratamiento la paciente alcanza las metas clínicas y metabólicas deseadas, se disciplina y por lo tanto se mantiene en control. Unas cumplen otras no.</p>	<p><b>El logro del equilibrio clínico metabólico deseado, por la adhesión al tratamiento, sirve de estímulo para que continúen adherida al mismo.</b></p>

<p><b>Por qué crees que unas lo toman más en serio?</b></p> <p>Bueno hay pacientes que lo toman en serio, además de varias cosas: la edad: las de más edad se controlan mejor porque ya le temen más a las complicaciones, sienten que su tiempo se les vence. El nivel educativo, socioeconómico, cultural. Pero esto no siempre es así. Aquí vienen pacientes con grados de instrucción, que son maestras uno les dice tú eres educadora tu sabes lo que es eso. Ah ¡no, eso es diferente, contestan. Pero ellas sí saben que deben controlarse, cómo se deben controlar, que valores deben tener, pero no lo toman en serio.</p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p><b>Las que toman en serio su enfermedad y el tratamiento son las pacientes de mayor edad, de mejor nivel cultural, económico y social, aunque en algunos casos esto no se cumple.</b></p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p>Los factores que <b>favorecen la adhesión al tratamiento, son múltiples: la edad, nivel cultural, nivel socioeconómico,</b> aunque no depende exclusivamente de ellos sino de la paciente.</p>	<p>Además de los factores que actúan como <b>barrera en la adhesión al tratamiento, hay otros factores, que podrían denominarse internos,</b> en la paciente que favorecen o no la adhesión.</p>
---	---------------------------	--	---------------------------	---	--

<p><b>Ellas saben de control?</b></p> <p>Claro que lo saben (responde con firmeza), ellas saben hasta que la Hb glicosilada se la deben hacer cada tres meses, los valores de glicemia capilares, recuerde que algunas se autocontrolan con el aparato, aunque pocas. Saben bien que deben comer, cómo inyectarse, ...pero, no siempre lo hacen. Ellas cuando vienen y saben que lo están haciendo bien quieren hacerse de todo, en cambio cuando no lo están haciendo bien no quieren hacerse ni la glicemia capilar (se ríe). Cuando saben que han perdido peso quieren pesarse, medirse la cintura, cuando no.....Ellas son vivas (continúa sonriendo)</p>	<p><b>Control</b></p>	<p><b>Conocimiento del control</b> que exámenes deben hacerse: Hb glicosilada, glicemias capilares que se controlan con el aparato. También saben que deben comer, cómo deben tener el peso, la circunferencia de cintura, los valores de glicemia, como inyectarse, pero no todas lo hacen, y quienes lo hacen no lo hacen siempre, especialmente cuando saben que no están bien controladas.</p>	<p><b>Control</b></p>	<p><b>Casi todas tienen conocimiento de lo que es el control</b> pero no todas lo cumplen, y las que se controlan <b>no lo hacen de manera permanente.</b></p>	<p><b>El control es irregular, no es igual en todas las pacientes ni todas lo cumplen permanentemente.</b></p>
<p><b>De las metas que deben lograr cuáles alcanzan mejor?</b></p> <p><i>Bueno, el nivel de azúcar si, el peso, la circunferencia abdominal no. A veces vienen una "chéveres " y a veces todas "descontroladitas".</i></p>	<p><b>Control</b></p>	<p>Ellas <b>conocen las metas</b> que indican control adecuado: nivel de glicemia si lo alcanzan; el peso y la circunferencia abdominal no siempre. A veces vienen bien, a veces descontroladas.</p>	<p><b>Control</b></p>	<p>Tienen conocimiento de sus metas pero no todas las alcanzan y las que lo hacen no se mantienen todo el tiempo.</p>	<p><b>Hay irregularidad en el logro y en el mantenimiento de las metas: no todas las logran y no todas las mantienen.</b></p>

<p><b>¿Por qué crees que eso ocurre?</b></p> <p>Ellas vienen los días lunes , después del fin de semana, salen de la ciudad, van a un cumpleaños, a la playa, a veces les es difícil mantenerse</p>	<p><b>Control</b></p>	<p>Les es difícil mantenerse los fines de semana porque salen de la ciudad, van a la playa, a un cumpleaños.</p>	<p><b>Control</b></p>	<p>Les es difícil mantenerse porque no han tomado conciencia de que el cumplimiento del plan alimentario es por toda la vida.</p>	<p>No han tomado conciencia que deben cambiar definitivamente sus estilos de vida.</p>
<p><b>Qué crees tú lo que ellas piensan del tratamiento?</b></p> <p>Que es difícil, principalmente la comida a veces cumplen, a veces no. Se toman mejor las pastilla o medicinas, menos la insulina que también cuesta cuando comienzan a inyectarse.</p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p>Que es difícil</p> <p><b>Lo más difícil de cumplir es la comida,</b> irregularidad en su cumplimiento Igual pasa con la insulina cuando comienzan a inyectarse.</p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p>Tratamiento difícil de cumplir.</p> <p><b>Transgreden la dieta con frecuencia, es lo más difícil de cumplir</b> para las que no se inyectan porque al principio rechazan la insulina..</p>	<p><b>Después de rechazo a la insulina, lo más difícil de cumplir es la dieta</b></p>

<p><b>Como cumplen en cuanto a regularidad, el tratamiento?</b></p> <p>A veces no lo cumplen; esto ocurre principalmente con la comida. Los medicamentos los toman, pero con irregularidad. Yo diría que casi siempre lo cumplen, algunas pacientes sí lo cumplen siempre. Uno las ve y no son gordas, no son impacientes como la mayoría de las diabéticas, son organizadas: su peso está bien, sus glicemias normales. Yo digo que son arregladitas, siempre vienen a consulta. En cambio otras no, te dicen "ah ¡yo no sabía eso" y tienen años viniendo a control y ni su peso, ni las glicemias están dentro de lo normal.</p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p><b>Algunas pacientes no cumplen el tratamiento con regularidad, esto ocurre con las comidas y con los medicamentos.</b> Las pacientes organizadas siempre vienen a consulta, tienen el peso y la glicemia normales, otras no tienen ni el peso, ni las glicemias normales; dicen no saber cosas a pesar de tener años en control.</p>	<p><b>Tratamiento</b></p>	<p>Hay dos tipos de pacientes las organizadas que siempre cumplen y las desorganizadas que no alcanzan el control clínico- metabólico.</p>	<p><b>Las pacientes organizadas se adhieren al tratamiento y alcanzan el control</b></p>
<p><b>Qué crees es lo que más les cuesta?</b></p> <p>La insulina, (tajante respuesta), sobre todo al principio. Aunque muchas dicen que lo que más les cuesta cumplir es la dieta.</p>	<p><b>Tratamiento.</b></p>	<p>Lo que más les cuesta es la insulina al principio. Para otras es la dieta.</p>		<p>A una les <b>cuesta cumplir con la insulina, se niegan a inyectársela, a otras les cuesta más seguir el plan alimentario.</b></p>	<p><b>El incumplimiento del tratamiento varía de una paciente a otra, mientras a unas lo que más le cuesta es la insulina, para otras es la dieta.</b></p>

<p><b>Tú crees que ellas tienen algún sentido en su vida?</b></p> <p>Sí , sí creo. Muchas de ellas son profesionales y trabajan, tienen estabilidad económica. Hay otras que quieren tener un hijo, otras ya lo tienen y deben luchar por él.</p>	<p><b>Sentido de la vida</b></p>	<p>Muchas de ellas tienen sentido de la vida se los dan los hijos, para tenerlos o para luchar por él. Para otras es el trabajo, luchar por la estabilidad económica</p>	<p><b>Sentido de la Vida</b></p>	<p><b>El sentido de la vida lo buscan en la maternidad, los hijos, profesión o en el trabajo.</b></p>	<p><b>Muchas de las pacientes le han dado sentido a su vida.</b></p>
<p><b>Quiénes crees tú que se controlan mejor?</b></p> <p>Las diabéticas embarazadas ¡También las que no tienen bebés y quieren salir embarazadas. Lo hacen mejor y logran su hijo.</p> <p>También he notado que los cristianos se controlan mejor, ellos sienten que tienen un compromiso y deben exigirse para lograr un buen control, aquí hay católicos, evangélicos y una pequeña proporción de santeros que buscan su control.</p>	<p><b>Control</b></p>	<p>Las diabéticas embarazada y las que no lo están pero quieren tener un hijo.</p> <p>Los cristianos también se controlan mejor, sienten que tienen un compromiso.</p>	<p><b>Control</b></p>	<p>Se controlan mejor las que su vida tiene algún sentido</p> <p>Los que profesan alguna religión se sienten más comprometidos a mantener su control.</p>	<p><b>Se logra un mejor control en las pacientes que le han dado un sentido a su vida.</b></p> <p><b>Lo espiritual favorece el control, porque el paciente se siente responsable de sus actos.</b></p>



<p><b>Cuál crees tú sea el mundo de las pacientes? Cuáles son sus ideales, sus motivaciones?</b></p> <p>Aquí hay de todo. Hay personas que son muy responsables, hay personas que ponen pretexto por todo, para evadir su responsabilidad ante la enfermedad y justificar el incumplimiento del tratamiento. Hay pacientes que manifiestan sus deseos de cambiar (con contundencia), inclusive hay quienes han adquirido conciencia que deben cambiar sus hábitos alimentarios y cocinan no sólo para ellas sino para todos en su casa, que todos deben comer como los diabéticos: “comida sana”, no azúcares, no frituras, vegetales y sobre todo racionado. Algunas logran que su familia se involucre.</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p>Hay de todo: personas responsables y las que no. Algunas manifiestan sus deseos de cambiar, han adquirido conciencia que deben comer “sano”. Algunas logran que la familia se involucre.</p>	<p><b>Enfermedad</b></p>	<p>Cada paciente es diferente: algunos son responsables y quieren cambiar; luego de procesar la información dada en el proceso educativo, adquieren la conciencia de cambiar sus hábitos alimentarios para ellas y su familia.</p>	<p>Dependiendo de la persona y como procesan la información recibida en la educación unas toman conciencia y otras no de modificar sus estilos de vida.</p>
<p><b>Si yo te pregunto cuántas se controlan bien: Todas, Casi todas, Pocas, Ninguna?</b></p> <p>Yo diría que casi todas, hacen un esfuerzo por cambiar sus hábitos.</p>	<p><b>Control</b></p>	<p>Yo diría que casi todas se esfuerzan por cambiar sus hábitos para lograr el control</p>	<p><b>Control</b></p>	<p><b>Casi todas se esfuerzan por cambiar sus hábitos para lograr el control</b></p>	<p><b>Cambiar de hábitos y lograr el control, implica un esfuerzo.</b></p>



<p><b>Qué crees tú que debemos hacer para lograr mejor control en las pacientes?</b></p> <p>Creo que no debemos entregarnos. Ser constantes principalmente con la educación. Aumentar y mejorar las sesiones educativas, motivarlas, inventando, innovando, para que la educación sea más efectiva. Se debe Mejorar la parte psicológica, darle apoyo psicológico, que no existe en estos momentos en la Unidad, para aceptar la enfermedad, aceptar el cambio en sus estilos de vida.</p>	<p><b>Control</b></p>	<p>Mejorar la educación. Aumentar y mejorar las sesiones educativas, motivarlas, inventar, innovar, para que la educación sea más efectiva. Se debe dar apoyo psicológico, que no existe en estos momentos en la Unidad, para aceptar la enfermedad, aceptar el cambio en sus estilos de vida.</p>	<p><b>Control</b></p>	<p><b>Modificar la manera de impartir educación, inventando, innovando para motivarlas</b> y hacer la educación más efectiva, lograr cambios en los estilos de vida. También dando apoyo psicológico, así se lograría un mejor control.</p>	<p><b>El control se logra brindando apoyo psicológico, impartiendo una educación innovadora, motivadora y efectiva, para que con conciencia cambien sus estilos de vida no saludables.</b></p>
<p><b>Cómo crees que se sienten las pacientes por ser diabéticas?</b></p> <p>Las pacientes se sienten tristes, deprimidas, o con rabia. Ellas mismas lo dicen cuando se enteran o uno se da cuenta por lo que expresan con la mirada o en su rostro.</p>	<p><b>Emociones</b></p>	<p>Tristeza, depresión, rabia</p>	<p><b>Emociones</b></p>	<p>Tristeza, depresión, rabia</p>	<p><b>Las pacientes manifiestan emociones negativas.</b></p>

**ANEXO 5**  
**Significación Individual, Significación General e**  
**Interpretación**  
**del Fenómeno por Categoría**  
**Perspectivas de los Sujetos de Estudio**

PERSPECTIVAS DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO							
CATEGORÍA	SIGNIFICACIÓN INDIVIDUAL					SIGNIFICACIÓN GENERAL	INTERPRETACIÓN
	SUJETO 1	SUJETO 2	SUJETO 3	SUJETO 4	SUJETO 5		
<b>ENFERMEDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Azúcar y tensión alta</li> <li>• Pérdida de una niña</li> <li>• Pérdida de la libertad de su rutina</li> <li>• Dependencia</li> <li>• Cambio de Vida</li> <li>• Angustia .Miedo</li> <li>• Temor a no ser madre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parte de su vida, vivir con su enfermedad</li> <li>• Temor y miedo por las vivencias de la enfermedad y muerte de su madre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tristeza</li> <li>• Temor a morir por complicaciones renales</li> <li>• Dependencia</li> <li>• Cambio de hábitos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambio de vida</li> <li>• Inesperado</li> <li>• Temor a la muerte y complicaciones en vista y riñón</li> <li>• Desesperación</li> <li>• Miedo porque su hijo nazca diabético</li> <li>• Depresión al venir al hospital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Algo fatal, pensó iba a morir</li> <li>• Dependencia</li> <li>• Miedo a las complicaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La enfermedad para las pacientes es algo fatal que genera temor, miedo, desesperación que conlleva a una pérdida de libertad, de lo cotidiano. Dependencia y cambio de vida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La enfermedad para ellas es algo horrible, que le genera temor, miedo, pérdida y dependencia</li> <li>• Temor a no ser madre.</li> </ul>
<b>TRATAMIENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pastillas e insulinas</li> <li>• Dieta</li> <li>• Ejercicio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pastillas</li> <li>• Insulina</li> <li>• Dependencia económica para comprar el tratamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pastillas</li> <li>• Dependencia de su esposo para adquirirlas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta irregular</li> <li>• Pastillas</li> <li>• Insulina</li> <li>• No adhesión total al tratamiento</li> <li>• Cumple mejor medicamentos que la dieta</li> <li>• Restricción económica para comprarlo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insulina</li> <li>• Dieta</li> <li>• Ejercicio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprende el tratamiento farmacológico :dieta e insulina dieta e hipoglucemiantes. y el ejercicio; predomina el concepto farmacológico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las pacientes tienen un concepto farmacológico del tratamiento, le dan mayor importancia a la medicación que a la dieta y el ejercicio. Lo económico dificulta su cumplimiento.</li> </ul>
<b>DIETA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comer por obligación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comer diferente a los demás</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comer por obligación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Algo muy difícil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lo más difícil del tratamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dietas para ellas es comer por obligación, diferente a lo que acostumbran y a los demás. Lo más difícil de cumplir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es lo más difícil del tratamiento porque ellas piensan que es comer por obligación y diferente al resto de las personas</li> </ul>

					e nt o		
--	--	--	--	--	--------------	--	--

PERSPECTIVAS DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO							
CATEGORÍA	SIGNIFICACIÓN INDIVIDUAL						
	SUJETO 1	SUJETO 2	SUJETO 3	SUJETO 4	SUJETO 5	SIGNIFICACIÓN GENERAL	INTERPRETACIÓN
<b>EJERCICIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No mayor significación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Camina cuando no está ocupada con los niños. No es prioritario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No mayor significación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No hace ejercicio por las ocupaciones de la casa. Les cuesta hacer ejercicio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La hace sentirse bien</li> <li>Controla las emociones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sentirse bien</li> <li>Controlar las emociones</li> <li>No es prioritario por ocupaciones con sus hijos</li> </ul>	No tiene mayor significación, lo relegan a un segundo plano dándole prioridad a su desempeño como mujer
<b>EMOCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rabia</li> <li>Temor</li> <li>Miedo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inestabilidad emocional</li> <li>Miedo</li> <li>Temor</li> <li>Tristeza</li> </ul>	Ataques de hambre Angustia No las exterioriza No las canaliza	<ul style="list-style-type: none"> <li>Temor</li> <li>Miedo</li> <li>Desesperación</li> <li>Angustia</li> <li>Sentimiento de culpa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Temor</li> <li>Presión</li> <li>Se tranquiliza con la TV o la lectura</li> </ul>	Reacciones ante la enfermedad (emociones negativas)	Reaccionan negativamente ante la enfermedad
<b>COMPLICACIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Miedo a perder un hijo o a la pérdida de la vista</li> <li>Amputación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Temor a las complicaciones</li> </ul>	Temor a las complicaciones renales y a la amputación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Miedo a las complicaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pérdida de la salud en ella o en sus hijos</li> <li>Pérdida de la vida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pérdida de la salud</li> <li>Pérdida de la Vida (algo terrible de ella o sus hijos)</li> </ul>	Algo terrible, sienten temor y miedo a las complicaciones
<b>ESTILOS DE VIDA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No significativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un desastre</li> <li>Sabe que debe cambiar pero no lo hace</li> </ul>	Hacia desastres Dejó de fumar por complicación en los pulmones (suspendió) Dejó de beber Los malos hábitos alimenticios persisten	<ul style="list-style-type: none"> <li>No significativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No significativo</li> </ul>	Restricción e imposición. La modifica temporalmente, pero lo retoma	Los nuevos estilos de vida para ellas significan: restricción, e imposición. No hay convicción para el cambio

PERSPECTIVAS DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO							
CATEGORÍA	SIGNIFICACIÓN INDIVIDUAL					SIGNIFICACIÓN GENERAL	INTERPRETACIÓN
	SUJETO 1	SUJETO 2	SUJETO 3	SUJETO 4	SUJETO 5		
<b>CONTROL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poner de su parte para lograr su bebé</li> <li>• Tomar conciencia (Autocontrol) es difícil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es mi decisión</li> <li>• Autocontrol es difícil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguir las indicaciones, administrar se medicamentos, depende de ellas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguir las indicaciones</li> <li>• Tomar medicamentos (control farmacológico)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se controla mejor con insulina (control farmacológico)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vivir con la enfermedad</li> <li>• Es su decisión</li> <li>• Tomar conciencia</li> <li>• Control farmacológico</li> </ul>	El control para ellas es farmacológico
<b>HIJOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deseos de tener un hijo</li> <li>• Temor a perderlo (ya ha perdido)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recordar sus vivencias maternas es gratificante</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presión y desesperación por el daño que puede ocasionarle la enfermedad a sus hijos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temor por las consecuencias de la enfermedad en sus hijos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anhelo y aprensión</li> <li>• Deseos de tenerlo pero tienen temor, desesperación por perderlo y por las consecuencias de la enfermedad en su bebé</li> </ul>	Se debaten entre el anhelo y la aprensión o temor a las complicaciones en su hijo
<b>MATERNIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No llegar a ser madre</li> <li>• Miedo a perder un hijo o a esterilización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimiento maternal</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miedo a perder a su hijo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ver truncada su maternidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ve comprometida su condición de llegar a ser madre</li> </ul>	Sentimiento maternal les causa ilusión y desesperanza. Incertidumbre
<b>RELACIÓN</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida del vínculo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida del interés sexual</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vínculo afectivo inseguro con su</li> </ul>	Pérdida de la estabilidad afectiva



DE PAREJA			afectivo <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de Apoyo</li> <li>•</li> </ul>			pareja	y el interés sexual
PERSPECTIVAS DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO							
CATEGORÍA	SIGNIFICACIÓN INDIVIDUAL					SIGNIFICACIÓN GENERAL	INTERPRETACIÓN
	SUJETO 1	SUJETO 2	SUJETO 3	SUJETO 4	SUJETO 5		
EDUCACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No aceptación de la educación</li> <li>• Resistencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No significación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No significación</li> <li>• Desconoce plan alimentario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No significación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No significación</li> <li>• Resistencia a ella</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La educación no tiene significación para las pacientes, no quieren cambiar</li> </ul>	Las pacientes no quieren cambiar, se sienten a gusto como están
CREENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fe en que Dios la ayudará a conseguir el control y tener su bebé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compromiso religioso</li> <li>• El control es un deber en la religión que profesa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No vincula lo religioso a su enfermedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad es por alimentación inadecuada y abundante</li> <li>• Vincula su enfermedad con creencias religiosas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No vincula lo religioso al control</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guiadas por una fe mágica</li> <li>• Otras por un deber religioso</li> <li>• No vincula lo religioso con su enfermedad</li> </ul>	Múltiples creencias, desde las que vinculan con la religión con una fe mágica, hasta las que niegan la existencia de un nexo entre su religión y la enfermedad
SALUD				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estar sana es no tener azúcar y tensión altas</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• No alteración clínica o de laboratorio</li> </ul>	Estar sana. Ausencia de alteración clínico-metabólica



## **ANEXO 6**

**Significación Individual, Significación  
General e Interpretación del Fenómeno por  
Categoría  
Perspectivas de los Agentes Externos**

PERSPECTIVAS DE LOS AGENTES EXTERNOS						
CATEGORÍA	SIGNIFICACIÓN INDIVIDUAL				SIGNIFICACIÓN GENERAL	INTERPRETACIÓN
	ENFERMERA	NUTRICIONISTA	EDUCADORA			
ENFERMEDAD	<ul style="list-style-type: none"><li>Sienten tristeza, llanto, incapacidad, impotencia</li><li>Resistencia a la enfermedad por creencias de las pacientes</li><li>Se vence con educación</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>No aceptación</li><li>Sienten que es el final, que se van a morir</li><li>Se les enseña que la diabetes es una condición de vida</li><li>Al educar, ellas aceptan, cumplen el tratamiento y se controlan</li><li>Temor al cambio</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>No aceptación, no hay adhesión al tratamiento, no control</li><li>Unas cumplen otras no</li><li>En la Unidad todo el equipo insiste en la educación</li><li>Todas las que se cuidan lo hacen por su bebé, luego se olvidan de ellas para dedicarse a él</li></ul>		Sienten que es el final. Que van a morir, tristeza, llanto, incapacidad e impotencia. Resistencia a aceptarla , superable con educación	La enfermedad es algo terrible que genera emociones negativas, y resistencia a aceptarla como una condición de vida, que se supera con educación
TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"><li>Adhesión parcial</li><li>Insulina: no se inyectan con regularidad, irrespetan el horario.</li><li>Dependen de otro para inyectarse (personal de salud).</li><li>Ponen cualquier excusa para no inyectarse</li><li>Añade el tratamiento natural al convencional, pero no lo sustituyen.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Lo que más les cuesta es la insulina</li><li>Miedo a inyectarse y creencias negativas</li><li>Si lo aceptan cumplen el tratamiento farmacológico</li><li>Si se educan cumplen el tratamiento</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Cumplen mejor las pastillas, que la dieta. Creen que ellas solas la van a mejorar.</li><li>Difícil de aceptar la insulina por las creencias.</li><li>Unas cumplen, otras no</li><li>Dieta es lo más difícil de cumplir</li><li>Educación, picar, dieta y tratamiento farmacológico</li></ul>		Está representado por la dieta, las pastillas y la insulina.	Dieta, pastillas, insulina (medicamentos), prevalece el concepto farmacológico

PERSPECTIVAS DE LOS AGENTES EXTERNOS						
CATEGORÍA	SIGNIFICACIÓN INDIVIDUAL				SIGNIFICACIÓN GENERAL	INTERPRETACIÓN
	ENFERMERA	NUTRICIONISTA	EDUCADORA			
DIETA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan alimentario individualizado de acuerdo al peso y talla, económico, cultural, social y situación de cada paciente.</li> <li>Incumplimiento</li> <li>Transgresiones</li> <li>Irrespetan el horario</li> <li>Hábitos alimentarios no adecuados, cuesta cambiarlos, aún con educación.</li> <li>La cultura nutricional es difícil de cambiar</li> <li>Cultura nutricional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Muchas incumplen la dieta; alegan bajos recursos</li> <li>Se obvia con educación, enseñándoles a comer lo que hay en casa, sustitutos, intercambios, raciones</li> <li>Eliminar malos hábitos alimentarios</li> <li>Eliminar "comida chatarra" o malos hábitos alimentarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es lo que más les cuesta del tratamiento</li> <li>Salirse de la rutina alimentaria, de lo que acostumbran, de sus tradiciones</li> <li>Comen mucho carbohidratos</li> <li>Alimentos que las "llenen"</li> <li>Consumen poca verdura y ensaladas</li> <li>"Aburren el pollo"</li> <li>Se puede cambiar con educación, la tarea es difícil</li> <li>Son adictas a los dulces y refrescos</li> <li>Sentimientos de culpa</li> <li>Es lo más difícil de cumplir</li> </ul>		<p>Cultura nutricional</p> <p>Eliminar malos hábitos alimentarios, es lo más difícil de cumplir</p>	<p>Romper la cultura nutricional es lo más difícil de lograr</p>

PERSPECTIVAS DE LOS AGENTES EXTERNOS						
CATEGORÍA	SIGNIFICACIÓN INDIVIDUAL				SIGNIFICACIÓN GENERAL	INTERPRETACIÓN
	ENFERMERA	NUTRICIONISTA	EDUCADORA			
EDUCACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminar pretextos para cumplir</li> <li>• Se deben orientar y educar para que acepten la enfermedad y el tratamiento</li> <li>• Es tomar conciencia de la enfermedad y por tanto del tratamiento</li> <li>• Insistencia</li> <li>• Constancia</li> <li>• Fortaleza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tener en cuenta su cultura, lo económico, lo social</li> <li>• Entender que dieta no es quitar es agregar</li> <li>• Sustituir – intercambiar, es cambiar</li> <li>• Educación y nutrición forma parte del tratamiento</li> <li>• Educar para aceptarla enfermedad como una condición de vida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entender la enfermedad es tarea de todos</li> <li>• insistencia</li> <li>• Reflexión</li> <li>• Constancia</li> <li>• Repetición</li> <li>• Buscar la manera de llegar para cambiar</li> <li>• Conocimiento del control y metas a alcanzar</li> <li>• Pilar fundamental</li> </ul>		<p>Tomar conciencia para lograr el cambio</p> <p>Entender al enfermedad, reflexionar, buscar la manera de llegarle a las pacientes para lograr el cambio</p>	<p>Educación: es buscar la manera de llegarle a las pacientes para cambiar</p>
CONTROL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esfuerzo difícil de lograr</li> <li>• Casi todas se esfuerzan pocas lo logran</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comer “bien” es difícil, algunas lo logran</li> <li>• Adaptarse a las raciones es lo más difícil</li> <li>• Motivación, al lograrlo se logra si se manejan las emociones negativas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer las metas a alcanzar</li> <li>• La motivación lo facilita (embarazo) (querer un hijo)</li> <li>• preocupación primordial: sus hijos. Hacer lo que sea por ellos, luego se “olvidan de ellas”, se vuelven “puro bebé”</li> </ul>		<p>Esfuerzo para alcanzar y mantener las metas</p>	<p>Tomar conciencia para lograrlo, lo que implica un esfuerzo, poner de su parte, por lo que predomina el control farmacológico</p>

PERSPECTIVAS DE LOS AGENTES EXTERNOS						
CATEGORÍA	SIGNIFICACIÓN INDIVIDUAL				SIGNIFICACIÓN GENERAL	INTERPRETACIÓN
	ENFERMERA	NUTRICIONISTA	EDUCADORA			
EMOCIONES		<ul style="list-style-type: none"> <li>No las manejan</li> <li>La adhesión o no al tratamiento, influye en las emociones. Si cumplen: alegría, satisfacción; No cumplen: tristes y deprimidos</li> <li>No cumplir les genera sentimientos de culpa</li> <li>Trabajarla parte emocional</li> <li>Controlarlas</li> <li>Darles apoyo, soporte emocional favorece la aceptación y la adhesión, ganas de seguir adelante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Afloran al salir que tienen la enfermedad: irrumpen a llorar, tristeza, angustia, rabia, impotencia, frustración, desesperanza, vida trunca, depresión</li> <li>Se les ve en sus rostros o te lo dicen directamente.</li> <li>Superación: se superan al pasar el tiempo o el impacto. Con la educación, al hacer ejercicio...</li> <li>Otras no lo controlan. Se dan cuenta al estar hospitalizadas de lo dañino de las emociones negativas</li> </ul>		Sentimientos que afloran al enterarse que tienen la enfermedad	Reacciones negativas antela enfermedad

PERSPECTIVAS DE LOS AGENTES EXTERNOS						
CATEGORÍA	SIGNIFICACIÓN INDIVIDUAL				SIGNIFICACIÓN GENERAL	INTERPRETACIÓN
	ENFERMERA	NUTRICIONISTA	EDUCADORA			
<b>SENTIDO DE LA VIDA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se lo dan: los hijos (desean tenerlos y luchar por ellos)</li> <li>Otras tienen proyectos</li> <li>Trabajo: lograr estabilidad económica</li> <li>La maternidad</li> <li>Hijos, proyectos, trabajo, maternidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ganas de salir adelante</li> <li>favorece la aceptación de la enfermedad, adhesión al tratamiento</li> <li>Asegura el control</li> <li>Por un hijo (como las diabéticas gestacionales)</li> <li>Ganas de seguir adelante, asegurar el control</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Permite lograr mejor adhesión al tratamiento y un mejor control</li> <li>Mejor adhesión al tratamiento y mejor control</li> </ul>		Ganas de seguir adelante	Lo trascendente en su vida, lo que le da valor e importancia
<b>CREENCIAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No aceptan la enfermedad, por no tener familiares, mayores que ellas con diabetes (no antecedentes familiares)</li> <li>Efectos negativos de la insulina</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Crea adicción</li> <li>Puede morirle ella o su bebé</li> </ul>		Creencias, tienen influencias en la aceptación de la enfermedad y el tratamiento	
<b>EJERCICIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lograr el control</li> <li>Alcanzar las metas es parte del tratamiento</li> <li>Está en los cambios en los estilos de vida</li> <li>Es parte del tratamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No mayor significación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No mayor significación</li> </ul>		Es parte del tratamiento, implica cambios en los estilos de vida	No gran significación por el concepto farmacológico predominante en el tratamiento



