

Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II: significado y diferencias de género en hombres y mujeres²¹

Adriana Guadalupe Reyes Luna²², Alejandra Salguero Velázquez²³ y Olivia Tena Guerrero²⁴

Resumen

En 1990, la diabetes mellitus aparece dentro de las 10 primeras causas de muerte, convirtiéndose en la primera en nuestros días en México (ENSANUT, 2012/2014). En este trabajo se investiga desde el construccionismo social con perspectiva de género, las prácticas sociales a partir de las cuales hombres y mujeres construimos significados ante diversas situaciones y condiciones de nuestra vida como es el caso de Diabetes Mellitus tipo II (DMII). El objetivo es dar cuenta de los significados que hombres y mujeres con DMII dan ante el diagnóstico de su enfermedad. Participaron de manera voluntaria 5 hombres y 5 mujeres diagnosticados con DMII, se utilizó la entrevista semiestructurada, previo consentimiento informado. Los resultados muestran pensamientos y sentimientos simila-

21 Este trabajo forma parte de una investigación doctoral más amplia

22 Profesora de Asignatura en la Carrera de Psicología en la FES Iztacala, Estudiante de Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. reyeslunagpe@yahoo.com.mx

23 Profesora Titular C, Docente en la carrera de Psicología en la FES Iztacala, Tutora en el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, Adscrita a la Carrera de Psicología en la FESI. alesv@unam.mx

24 Profesora Titular B, Tutora en el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, Adscrita al Programa de Investigación Feminista del CEIICH. tenag@unam.mx

res en hombres y mujeres, con relación a las condiciones biomédicas de la enfermedad. Sin embargo, existen diferencias que dan cuenta de cómo han aprendido a ser hombres o mujeres que permean la forma de cómo se sienten y afrontan su diagnóstico, identificándose para los varones que es una enfermedad que los vulnera pero que se convierte en un reto. En tanto que, para las mujeres lo viven y significan como un castigo. Se concluye que las diferencias de género inciden en la construcción psicosocial que hombres y mujeres hacen en el significado de su enfermedad en diferentes momentos y contextos, reflejándose en las prácticas de cuidado que ponen en riesgo su vida, lo cual debe ser abordado para disminuir el alto índice de mortalidad por esta enfermedad.

Palabras claves: Diabetes Mellitus II, Mujeres, Hombres, Género, Proceso salud-enfermedad

Abstract

Diabetes mellitus appears in 1990 among the 10 leading causes of death, becoming the first in Mexico today (ENSANUT, 2012/2014). This paper investigates from the social constructionism with a gender perspective, how men and women construct meanings in different situations and conditions of their life such as Type II Diabetes Mellitus (DMII) practices. The objective is to account for the meanings that men and women with DMII given to the diagnosis of their disease. Participate 5 men and 5 women diagnosed with DMII, semi-structured interviews were used, prior informed consent. The results show similar thoughts and feelings in men and women, with respect to biomedical disease conditions. However, there are differences that account for how they learn to be men and women that permeates the way of how they feel and cope with their diagnosis, identifying for men which is a disease that infringes but becomes a challenge. While for the women live and mean as a punishment. We conclude that gender differences affect the psychosocial construction that men and women do in the meaning of

their illness in different times and contexts, reflected in care practices that endanger his life, which must be addressed to reduce high rate of mortality from this disease.

Keywords: Diabetes Mellitus II, Women, Men, Gender, health-disease process

Introducción

El aumento en la esperanza de vida, el descenso en la tasa de mortalidad y el incremento de riesgos como consecuencia de estilos de vida poco saludables, han modificado el cuadro de las principales causas de muerte en México. Gómez-Dantés, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola y Frenk (2011), mencionan que en los años 30's la esperanza de vida promedio era de 34 años y el número de defunciones por cada 1000 habitantes era de 27; datos del 2014 indicaron que la esperanza de vida es de 75 años, identificándose un descenso de la mortalidad en general de 4.9 por 1000 habitantes (INEGI, 2014). En relación a las causas de muerte, en los años 40's se identifican las infecciones gastrointestinales e infecciosas, lo cual ha disminuido en nuestra población gracias al desarrollo de tratamientos farmacológicos, quirúrgicos y al avance en medidas preventivas tales como la promoción de la higiene personal, la cloración de las aguas públicas,

la promoción de mejores hábitos nutricionales, por citar algunas (Gómez-Dantés, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola y Frenk, 2011; Programa Nacional de Salud, 2007; Schwartzmann, 2003). En consecuencia, actualmente nuestro país está viviendo el cambio epidemiológico, predominando ahora las enfermedades no transmisibles o crónico-degenerativas en un poco menos del 75% como las causas de muerte. Es en 1990 que la diabetes mellitus aparece dentro de estas 10 primeras causas, convirtiéndose rápidamente hasta nuestros días en la principal causa de muerte en hombres y mujeres en todo el país, su prevalencia en adultos es de 14.4%, considerándose una de las más altas del mundo según datos del INEGI 2008, manteniéndose en este lugar hasta nuestros días (ENSANUT, 2012).

La Diabetes Mellitus II (DMII) es un problema no sólo de México sino mundial porque la incidencia, prevalencia y mortalidad están incrementándose a un ritmo acelerado. Desde una perspectiva médica, la DMII es una en-

fermedad sistémica, crónico-degenerativa heterogénea, caracterizada por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción de insulina pancreática, afectando el metabolismo de los hidratos de carbono, proteínas y grasas (NOM-015-SSA2-1994). Entre las complicaciones físicas más comunes se encuentran: insuficiencia renal, neuropatía, ceguera, amputaciones y nefropatías. Esto debido a la baja detección temprana, las personas no confirman su diagnóstico y no se proporciona una atención adecuada por parte del sector salud, al alto costo directo e indirecto del tratamiento y a que las personas no acuden a sus consultas para recibir tratamiento o bien lo abandonan.

Sin embargo, esta enfermedad no solo tiene una connotación biológica sino psicosocial, por lo que desde esta perspectiva forma parte de un proceso complejo de construcción de significados. Entre las consecuencias psicosociales de esta problemática se encuentra que las personas que presentan DMII viven conflictos en sus relaciones interpersonales, desarrollan o agudizan trastornos psicológicos como depresión, ansiedad y estrés, de tal forma que su propio estilo de vida se convierte en una condición de riesgo (sedentarismo, mala alimentación, conductas y actividades de riesgo). Las personas que tienen DMII sufren

en muchas ocasiones descontrol en el manejo de sus emociones, absorben en muchos de los casos los costos de su tratamiento, siendo para muchos muy elevado. El género se ve como un factor de vulnerabilidad para quien desarrolla la enfermedad debido a las prácticas de cuidado, a los significados construidos sobre el concepto de enfermedad, considerándose como un problema en torno a la normalidad y anormalidad consensuadas social y culturalmente en relación al género masculino o femenino (Arraras y Garrido, 2008).

Una manera de abordar la investigación sobre este proceso de significado de la DMII es desde el construccionismo social, ya que incorpora los aspectos psicológicos, culturales e históricos y no sólo aspectos biológicos. Este es un modelo epistemológico donde el conocimiento se construye tal como la realidad es construida socialmente, donde las personas tienen un papel importante, pues tanto los individuos como los grupos contribuyen a la producción social de la realidad percibida y al conocimiento (Berger y Luckman, 1968). Para Conrad y Barker (2010) el enfoque construccionista social ha permitido abordar la investigación sobre la enfermedad, estableciendo la distinción conceptual ampliamente reconocida entre "disease" (la condición biológica) e

“illnes” (el significado social de la condición), es decir, se enfatiza cómo el significado y la experiencia de la enfermedad están determinados por los sistemas culturales y sociales (Kleinman, 1980), en contraste con el modelo médico a partir del cual se supone que las enfermedades son universales e independientes de tiempo y lugar. Desde el constructivismo social la realidad es vista como un fenómeno psicológico que bajo este marco epistemológico y con una perspectiva de género, nos centra en las prácticas sociales a partir de las cuales construimos y otorgamos significados a diversas situaciones y condiciones de nuestra vida. Sin embargo, lo viven de manera diferente hombres y mujeres, reflejando desigualdades que no son naturales sino construidas y mantenidas socialmente, lo cual tiene implicaciones en la salud, ya sea en el cuidado o mantenimiento de la misma. El cómo hablar de su experiencia o vivencia con la enfermedad, la salud o condiciones saludables, implica tomar en cuenta que tiene una historia que va dando sentido hasta nuestros días de lo que es la diabetes mellitus tipo II, cómo ha sido considerada, tratada y manifestada.

Investigaciones recientes sobre DMII han demostrado que su impacto psicológico y social es resultado de la percepción e interpretación de la enfermedad por parte de quienes la pa-

decen y tiene una influencia importante en la emergencia de síntomas depresivos principalmente en mujeres, con impacto en las perspectivas del cuidado de la propia salud y en la adherencia al tratamiento, siendo la comunicación del diagnóstico un momento crucial en la construcción de nuevos sentidos (Ledón, 2012; Talbot y Nouwen, 2000).

La desagregación por sexo como tendencia actual en los estudios sobre la DMII y sus significados asociados, ha sido punta de lanza para una aproximación a los elementos socio-culturales de la desigualdad de género relacionados con las experiencias y significados que sobre la enfermedad construyen mujeres y varones ante el diagnóstico de la enfermedad.

La presente investigación es un estudio exploratorio interpretativo de corte cualitativo cuyo objetivo consistió en dar cuenta de los significados que hombres y mujeres con DMII dan a su enfermedad a partir de su diagnóstico.

Método

Participaron 5 hombres y 5 mujeres de manera voluntaria diagnosticados con diabetes mellitus tipo II (DMII), con un rango de edad de 35 a 63 años, sin complicaciones de salud

ni consecuencias incapacitantes a consecuencia de esta enfermedad, además de no ser insulino dependientes. El dispositivo para obtener la información fue la entrevista semiestructurada, los ejes abordados fueron: familiar, laboral y servicios de salud. La duración promedio fue de aproximadamente 45 minutos, finalizando una vez que se habían explorado los temas propuestos en la entrevista, así como la saturación de la información. Para este trabajo* se tomó el apartado referente al proceso de notificación del diagnóstico a partir de las siguientes interrogantes ¿qué pensaron y sintieron cuando les dieron la noticia?, ¿cómo lo afrontaron? La información permitió identificar dos categorías: a) La vida ante el diagnóstico, y b) El afrontamiento ante esta nueva condición de vida, para ellos y para ellas.

Con la finalidad de incorporar los principios éticos en la investigación se informó verbalmente y por escrito sobre el propósito del estudio, sus características, confidencialidad, libertad de decisión de continuar o concluir su participación en el momento que así lo consideraran pertinente, se aclararon dudas sobre la investigación y se solicitó su firma en el documento de consentimiento informado. Los nombres verdaderos de los participantes fueron sustituidos, para proteger su identidad.

Resultados

El momento en que se informa sobre el diagnóstico de una enfermedad crónica, es para las personas el de mayor impacto afectivo y emocional por enfrentarse con lo imprevisto e irremediable, poniéndose en juego las historias personales, el apoyo y obligaciones familiares, las creencias sobre la enfermedad y la información recibida por el personal sanitario, todo lo cual se encuentra permeado por las construcciones culturales de género y la conciencia sobre éstas. En el caso de las mujeres y hombres que nos hablaron sobre ello, parece ser que el primer impacto, antes de cualquier otra reflexión coincidió en ser una especie de “shock” con pensamientos relacionados con la posibilidad de morir ante la realidad de su diagnóstico.

La vida ante el diagnóstico: lo que representó tanto para ellas como para ellos.

La vida ante el diagnóstico representa un cambio, para ambos fue un shock, algo muy duro o fuerte, se sintieron mal, pensaron que se les acaba el tiempo, que vivirán un deterio-

ro físico, que no van a durar mucho y en la muerte:

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

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

"Me impactó mucho...Estaba yo en shock, porque yo no aceptaba la enfermedad, yo la vi este... Era verme mutilada, verme en una cama de hospital era, este, verme con insuficiencia renal..." (Nancy, 40 años)

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

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

Las personas en general, tienen información sobre las consecuencias esta enfermedad (DMII), que los lleva a pensar en la muerte y/o que les acortara y deteriorará su vida. Mucho de ello, difundido por medios de comunicación, por el sector salud o porque lo han expe-

rimentado (con familiares, amigos o conocidos), dado que hacen referencia a sus consecuencias por ser una enfermedad crónica-degenerativa, por lo cual incurable, que se asocia con un deterioro (en muchas ocasiones rápido, por el momento en que es detectada) orgánico y complicaciones que se refleja en insuficiencia renal, nefropatía, ceguera, neuropatía, amputaciones; con consecuencia graves para la calidad, esperanza de vida o que conducen a una agonía difícil y a la muerte de quien la padece (López, 2010). Este aspecto de su significado está ligado a lo que Kleinman (1980) considera el aspecto biomédico de la enfermedad (disease), ya que la noticia los hace ver que tienen un desequilibrio, deterioro o alteración orgánica.

Diferencias de Género

Para ellos representó: Pérdida de autonomía, autosuficiencia, del poder toma decisiones y/o la imposibilidad hacer cosas. Su valía, virilidad y autoestima se ven afectadas, visualizándose incluso como lisiados, apestados o lo peor del mundo por tener esta enfermedad.

"Me sentí, este no quiero ser ofensivo pero me sentí como si estuviera lisiado, como si fuera... como si no valiera,...La diabetes subió muchísimo la depresión,

bajo muchísimo el autoestima". (Adrián, 40 años)

"Simplemente vas pensando si puedes hacer ese cambio de hábitos de alimentación, si ya no vas a poder comer esto, el otro". (Juan, 47 años)

Esta forma de pensar de los participantes refleja su deseo de cumplir con el mandato social a partir de lo que socioculturalmente se espera de los hombres: fortaleza, que sean autónomos, que deben tener y mostrar autoafirmación como hombres, tener el control de su vida (Cazes, 2005; Hernández, 2006). Lo cual se ve amenazado o afectado por una enfermedad como la DMII que los vulnera, los hace débiles. Henkel (2010), Gómez y Escobar (2006) encuentran que muchos hombres prefieren negar sus problemas de salud o físicos, pues reconocerlos o pedir ayuda está asociado con lo femenino, los avergüenza o los hace débiles, los hace menos hombres.

Para ellas representó: temor, amenaza, deterioro físico

En las participantes, se pudo identificar que retoman la posibilidad de verse viviendo bajo las consecuencias de la enfermedad, ya que les representa mutilaciones, insuficiencia renal, hospitalización. Para ellas es algo mons-

truoso, horrible, que les asusta saberse con la DMII, lo que las hace pensar lo peor.

"Era verme mutilada, verme en una cama de hospital, era este, verme con insuficiencia renal. Este no..., no, era monstruoso". (Nancy, 40 años)

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

"Pues yo pensé lo peor..." (Elsa, 63 años)

En su caso, ellas se permiten expresar el tener miedo, sentirse asustadas y amenazadas, dado que reconocen que su condición de vida cambiará como consecuencia directa e indirecta de la enfermedad; cabe señalar que nuestras participantes no mencionan en este momento considerar un cambio de estilo de vida que les permita una mejor condición, su pensamiento inmediato se centra en la pérdida de la salud, en el daño orgánico o fisiológico, se piensa en la muerte. Expresar esto a una mujer no se le sanciona, se considera normal o como una tendencia pues es parte del cómo es concebida, esto es: como débil, frágil, que puede expresar sus emociones y temores, para Gómez y Escobar (2006) esto es

común en las mujeres porque se les socializa para expresar e identificar un amplio rango de emociones, lo cual no les garantiza una mejor condición de vida, aunque si un comportamiento aprobado socialmente para su género y que las puede dejar en una condición de desventaja, como si el solo hecho de decirlo o expresarlo les solucionara su condición de vida o de salud. González (2006), menciona que para las mujeres hablar de sus problemas de salud y buscar ayuda puede influir en su tendencia a expresar sus síntomas y recibir atención. Sin embargo, esto tendrá que comprobarse, pues también se ha visto que se olvidan de sí mismas, relativizando su estado de salud o ignorando su enfermedad. En este sentido, las mujeres son quienes tienen más enfermedades agudas, más condiciones crónicas, sufren más de trastornos somáticos y distrés psicológico (insomnio, nerviosismo, jaquecas, palpitaciones, mareos, pesadillas, temblores y falta de motivación), paradójicamente también son quienes realizan más visitas al médico, pues en comparación con los hombres, usan más los servicios de salud. Lo cual es cuestionable, pues esto no significa que las mujeres tengan un tratamiento adecuado, una buena atención o servicio médico (Ledón, 2012; Villarroel, 2011).

El sentimiento compartido

Tanto ellas como ellos mencionan haber sentido tristeza, depresión y llanto al recibir el diagnóstico.

“Yo me encerré, chillé..., sentí muchas cosas juntas....Eh, a lo mejor sí se vale decir, pues sí lloré, ¡ya me había llevado la chingada!.. se acabó mi vida. En ese momento se acabó, ya. Voy a tomar el camino hacia el panteón, porque se acabó...Mal, se siente uno mal...uno se siente deprimido...sentí que se me había acabado el camino,... como que ya (se le quebraba la voz, pero recupera rápido y en tono de broma continua), ya no, ni tenía caso que se lo dijera a nadie. Nadia me iba ayudar”. (Toño, 61 años)

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

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

“¡Ay no!, [sintió] mucha tristeza. Yo me deprimí mucho cuando... cuando me lo diagnosticaron.... estuve como un mes

casi nada más llorando” (Helena, 53 años)

Los y las participantes vieron afectado su estado anímico, como se puede ver en sus discursos, ellos/ellas sintieron tristeza, depresión, sintieron que se había acabado su vida, su camino. Lo que va más allá de la propia sintomatología de la enfermedad, involucrando aspectos psicosociales y emocionales ligados a la pérdida de la salud, de la estabilidad y el cuestionamiento o necesidad de cambio de la forma de vida que hasta el momento han llevado. Conrad y Barker (2010), encuentran que una enfermedad lleva a las personas a replantearse y revalorar quienes son y cómo estarán a corto y mediano plazo.

Diferencias de Género

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

Tanto mujeres como hombres describieron episodios de llanto al enterarse de su diagnóstico, pero en sus narraciones es claro que los varones enfatizan un llanto solitario, encerrados o pasando largas horas llorando en el coche, como ocultando un sentimiento de

vulnerabilidad que pondría en juego su masculinidad si se mostrara ante otras personas. La expresión de Toño es reveladora cuando incluso se dirige a la entrevistadora como quien se autoriza a sí mismo confesarle una falta cuando reconoce: “A lo mejor sí se vale decir, pues sí lloré”

En cuanto a lo que sintieron ellos, fue más difícil expresarlo, se aíslan, se encierran donde nadie los vea, pues los hace verse frágiles ante los demás. Harrison (1989 citado en Korin, 2000) menciona que el conflicto percibido y la dicotomía entre las necesidades psicológicas básicas de todo ser humano como es la expresión de sus emociones, el rol masculino estereotipado puede poner en riesgo la salud de los hombres, por ejemplo, los hombres deciden ignorar signos somáticos y no buscan ayuda o atención para su salud. Señala Kimmel (1995 citado en Korin, 2000) que “los hombres verdaderos no se enferman y, cuando esto sucede, los hombres verdaderos no se quejan y no buscan ayuda hasta que la totalidad del sistema comienza a derrumbarse”, lo cual concuerda con la información dada por los participantes varones.

Ellos mencionan que vivieron un aislamiento al recibir el diagnóstico, sienten coraje, ira, refieren no saber qué hacer en ese momento

y en un futuro, se cuestionan su capacidad de hacer cambio de hábitos, se sienten desorientados.

"Sentí mmmm, coraje, sentí ira, sentí muchas cosas juntas. No sabía qué hacer, no sabía cómo actuar, no sabía muchas cosas" (Toño, 61 años)

"Me quedé llorando en el coche, de hecho 2 o 3 horas más o menos, lloré muchísimo, me dio mucha tristeza..." (Adrián, 40 años)

"Simplemente vas pensando si... ¿si puedes hacer ese cambio de hábitos de alimentación?, si ya no vas a poder comer esto, el otro" (Juan, 47 años)

González (2006) menciona que a los varones no cumplir o querer cumplir con el mandato o su deber ser ante los demás, les genera tensión, ira y ansiedad y que en muchas ocasiones las consecuencias negativas de carácter psicosocial y somático que sufren algunos los lleva a realizar conductas de riesgo para su salud (consumo de alcohol y conductas agresivas, entre otras). Esto se debe a que los hombres desarrollan socialmente sus capacidades y habilidades en relación a la acción y resolución, por lo que son socializados (y en ocasiones obligados) a asumir riesgos, a ser

asertivos, mostrarse calmados ante el peligro y otras actitudes similares, además de no permitirse expresar emociones o muestras de debilidad, pues ellos deberán ser fuertes e invulnerables (Chaveste, 2009). Es importante reconocer y evidenciar que los varones, por lo menos nuestros participantes, viven conflictos que al no confrontar el cumplimiento del mandato social, los orilla a vivir consecuencias negativas al no atender y reconocer lo que están pasando, lo que están viviendo, porque socialmente tampoco se les permite la expresión emocional que muestre vulnerabilidad, ya que pueden ser sancionados o vulnerados socialmente por ello.

En el caso de las participantes, refieren sentir frustración, enojo, se cuestionan ¿por qué a ellas? y ¿por qué no hay una cura?

"La tristeza, el enojo, la frustración, la impotencia de decir '¿por qué no me operan y ya?', pero no, no, la diabetes no es que te operen y ya". (Nancy, 40 años)

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

"¿Por qué yo? Digo, tantas enfermedades, tanto tiempo en el hospital y ahora con diabetes, decía yo, 'no, no, no' ". Helena (53 años)

"Bueno y ahora yo por qué... Por qué tengo la azúcar' ". (Elsa, 63 años)

Lo que las participantes mencionan invita a muchos cuestionamientos y reflexiones, por ejemplo, se puede identificar por un lado, que no saben o no reconocer el por qué han desarrollado esta enfermedad, lo cual está ligado tanto a los factores hereditarios, los estilos de vida no saludables y/o el sedentarismo (Gómez-Dantés, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola y Frenk, 2011; Rodríguez, Robledo, y Pedroso, 2010; Programa Nacional de Salud, 2007). Este primer momento del contacto con la noticia de tener diabetes a través del diagnóstico, no se consideran merecedoras, preguntándose incluso si fue por haber hecho algo "mal" como para que se les presentará a ellas. Por otro lado, su frustración, al no poder hacer nada, y la imposibilidad de estar bien para cuidar de otros, estar bien para servir, ser una mujer "perfecta" que no da problemas, lo cual está en relación a su rol femenino y que en caso de no actuar de acuerdo a lo que se espera de ellas podrían ser sancionadas o criticadas por la sociedad y en muchas ocasiones por ellas

mismas (Reyes, Garrido, Torres y Ortega, 2010; Chaveste, 2009; Lozano, Ríos, Álvarez, y Rodríguez, 2007; Gómez y Escobar, 2006; Hernández, 2006).

El afrontamiento ante esta nueva condición de vida

Las diferencias de género identificadas respecto a la manera cómo afrontan la noticia del diagnóstico, y lo que representará en su vida ser un hombre o una mujer con diabetes nos llevó a organizar sus respuestas en dos momentos tanto en ellas como en ellos identificando las diferencias que los caracterizan.

En un primer momento ellas cuestionan el por qué a ellas les dio esta enfermedad, lo viven como un castigo, lo dejan en manos de Dios, se resisten a aceptar la enfermedad, aceptarla es aceptar que se merecen ser castigadas por algo.

"¿Por qué yo? digo tantas enfermedades, tanto tiempo en el hospital y ahora con diabetes, decía yo, 'no, no, no'...pero ¿por qué?, ¿por qué me castigas así?, decía yo [hacía referencia a Dios]. Ahorita ya gracias a Dios he aprendido ya a vivir con ella más que nada". (Helena, 53 años)

"Después dije 'ay lo que Dios diga'". (Aile, 58 años)

"Yo no aceptaba la enfermedad" (Nancy, 40 años)

Estos cuestionamientos, nos llevan a identificar la presencia del recurso ideológico de la religión para tratar de encontrar una respuesta al por qué a ellas se les diagnostica con esa enfermedad, y desde esa reflexión y recurso psicológico analizar su coincidencia con el mandato social de dependencia al decir "dejar en manos de Dios" su salud; de sumisión o resignación pues aun cuando se cuestionan por qué a ellas, "lo viven como un castigo", asumiendo sus consecuencias. Llevándolas a resignarse, a manifestarse de pasivas, poniéndolas en riesgo al no actuar asertivamente ante su nueva condición física por la DMII (Hernández, 2006; Cazes, 2005).

En un segundo momento ellas, aún cuando el diagnóstico de DMII lo reciben como algo nada bueno, les significa tener que vivir con ella, tomarse el medicamento, seguir las instrucciones, no cuestionan su tratamiento, sino que lo siguen como les indica el médico, y mencionan que se restringen en su alimentación. Refieren tomarlo con calma, con tranqui-

lidad, ven que tienen que seguir su vida igual, y ver la enfermedad como algo normal.

"Siempre veo hacia el futuro, entonces el futuro con el diagnóstico de la diabetes lo que yo veía no era nada bueno..." (Nancy, 40 años)

"Esto no lo siento como una enfermedad, la verdad no, y así lo estoy tratando...yo digo, 'que más me da', ... me tomo mi pastillita hago de cuenta que estoy tomando un mejoralito y la vida sigue, sí...mi vida sigue siendo igual. Así que yo tomo esto con calma, normal, normal... Lo tomo con calma... Entonces digo 'ya, la tengo'. Te digo yo no lo tomé como así duro" (Aile, 58 años)

"Pero, ya después ya lo veo, pues, normal... Dices, 'bueno si no hago ejercicio son las úlceras las que te salen por falta de circulación, se revientan los vasitos y todo esto ¿no?', pero te digo, ya pensando bien, no pues hay que caminar y hacer esto (lo que le dice el doctor), pues lo hago" (Elsa, 63 años)

"Hay vamos capoteando la enfermedad, no queda otra... Ahorita ya gracias a Dios he aprendido ya a vivir con ella más

que nada, voy a vivir toda la vida con ella" (Helena, 53 años)

La forma de afrontar la noticia en las participantes, es con normalidad, asumiendo que la vida sigue, que han aprendido a vivir con ella, que toda su vida van a vivir con DMII. Manifestando una actitud estereotipada de una mujer tradicional: pasiva, obediente, rutinaria (Hernández, 2006; Cazes, 2005), es decir se comportan como se espera que lo hagan según el estereotipo femenino. Sin embargo, esto puede comenzar a dar respuesta de por qué hay una diferencia en el número de defunciones por DMII, siendo más mujeres diabéticas las que mueren a consecuencia de sus complicaciones (ENSANUT, 2012). Su respuesta es más una actitud de resignación que se adopta ante este evento que no se comprende (que en este caso es el diagnóstico de tener la enfermedad). No querer luchar contra ella, aceptando y viendo esto como su destino aun cuando le cause un mal o perjuicio a su integridad como persona y a su estado de salud. Resignarse al "castigo", forma parte de la aceptación de esa nueva realidad.

En el caso de ellos, en un principio, también se identifican algunos cuestionamientos, pero estos van dirigidos al diagnóstico, se cuestionan sí realmente están enfermos, ya que re-

fieren no sentirse como una persona diabética o que no lo son al 100%, en este sentido niegan estar enfermos y rechazan o se resisten a aceptar el diagnóstico.

"No me puedo considerar cien por ciento diabético". (Toño, 61 años)

"Yo realmente no me siento como persona diabética, bueno más bien no me veo como tal". (Beto, 35 años)

Lo cual los pone en riesgo por querer ser y manifestarse como los hombres saludables, fuertes y controlados que se espera que sean (Hernández, 2006). En un segundo momento, a ellos, les implica asimilar y aceptar mediante la racionalización que tienen esta enfermedad, convirtiéndolo en un reto, pues deben retomar el control de su vida, recuperar su autoestima, su valía, deben superar su depresión. Refieren que deben actuar de forma valiente, así como seguir demostrando su virilidad, lo que les permite reafirmar que siguen siendo hombres. Hablan de tomar conciencia de que ahora tienen DMII, de verse como una persona que se da cuenta que tiene la enfermedad, lo que les representa o significa buscar alternativas, como en el caso de amputaciones, usar muletas, ser más que una parte de su cuerpo, tomar su medicamento o

evitar tomarlo si pueden mantener en un rango normal sus niveles de glucosa, controlar su alimentación, llevar una dieta y evitar los excesos, hacer algunos cambios de hábitos.

"Hasta que no ya empecé a asimilar de que, de que eso no se me iba a quitar... que no hay vuelta de hoja, sino que es el puro control".

Después de todo mi, vamos a decir mi duelo, como un duelo, ¿no?. Pinche duelo. Después de todo eso, eh, hice un cambio, salí. Ya después de todo eso, salí y dije 'chingao, pues todavía no me muero, todavía me sirven mis patas, me sirven mis manos y sobre todo, todavía me sirve mi pene'.

Ya sufrí con la diabetes, ya la sufrí, ahora vámonos, vámonos recio, eso que se quede a un lado. Mientras yo tenga fuerzas, mientras yo tenga la habilidad para tener una dama, ahí estoy, no me puede doblar.

No puedo ser, ni debo de ser víctima de una enfermedad. Yo no sé si el día de mañana, me llegaran a tumbar una pata..., hay muletas y aun así yo saldría a la calle, yo saldría a la calle...

Si llega a subir [los niveles de glucosa]... luego, luego me pongo, me pongo a dieta, me pongo, este.... dejo de tomar este... pues todo lo dulce, todo lo dulce lo dejo de tomar varios días, me estoy monitoreando hasta que veo que llega, para mí lo, lo que ha sido normal son los 120. Cuando llega a los 120, ya yo me considero normal. Ya de ahí llega a bajar hasta los como pus, como el día de hoy, el día de hoy baje hasta los 95" (Toño, 61 años)

"Me volví un gigante en mi interior, me di cuenta que estaba enfermo, ahora sí que pensé, alguna vez escuché la frase de, de, de referente a los leones que decían que son más peligroso cuando están heridos; entonces yo dije no me puedo dejar, tengo tres motivos que son mis hijos, más mi esposa, este, que son, valga la redundancia, mi motivo entonces decidí enfrentarme..."

Bueno hay quizás un detalle que vale la pena mencionar, que me pongo como ejemplo por ellos [sus hijos], les digo chicos yo ya tengo una pistola cargada frente a mí, de mi depende que esta se dispare, tengo que ser responsable en cómo me alimento para tratar de estar más o

menos bien, ustedes chicos tienen una oportunidad, ustedes son sanos aún ...no la desperdicien, no coman chucherías traten de ser sanos en su vida... es quizás donde yo haya cambiado y la solidaridad con la que ellos... ha sido conmigo... ha sido total.

Básicamente alimento, no es tanto ejercicio te soy honesto básicamente es alimento... como te dije hace rato, nunca más bebidas que contenga azúcar, nada de que un atolito, por ejemplo. Nada de eso nada nunca más creo que mi hábito alimenticio sí se modificó, no como yo quisiera porque los primeros años sí me los aventé a pollo asado, nopal asado... y dos años así, dos años en los que mi alimentación que durante 7 días 5 era pollo y nopal acompañado uno del otro, y dos días en los que me comía arroz con huevo o algo así". (Adrián, 40)

"Se me diagnostica, me dicen que haga esto, pero yo no me lo tomo muy en serio, bueno hasta ahorita, por los calambres (risas)... es un problema porque de-jo de hacer la dieta y me siento muy mal, o sea, me siento con pesadez y sueño, pero a la vez de que ya me empiezo a sentir mal, he vuelto a tomar mi medici-

*na, vuelvo a tomar mi medicamento".
(Beto, 35 años)*

A diferencia de las mujeres, los hombres buscan recuperar su fuerza, el control, su valía y virilidad que le dan sentido a ser hombres en nuestra cultura. Se ven con una enfermedad que deben reconocer y atender, pues de lo contrario ponen en riesgo no solo su salud, que pareciera un aspecto secundario en ellos, sino su identidad y su lugar ante la sociedad como hombres (Cardoso, 2006). Uno de los hombres participantes menciona cómo su familia, sus hijos y su esposa son los motivos para el cambio, para asumir su responsabilidad en el cuidado de su salud, atendiendo su alimentación, su dieta, incluso él se convierte en un ejemplo para sus hijos, lo cual lo vuelve a colocar como el jefe de familia y a la vez recibir la solidaridad de su familia ante su nueva condición.

En consecuencia, el utilizar ciertas estrategias de afrontamiento también se ve permeado por el rol de género que pueden ser más o menos efectivas si se es hombre o mujer, por lo que el uso de apoyo social es la estrategia más usada por las mujeres, mientras que en el caso de los varones es la acción directa (González, 2006).

Conclusiones

En particular, esta investigación abordó desde el construccionismo social con perspectiva de género, la significación de ser diagnosticado o diagnosticada con DMII y que tiene implicaciones a partir de las diferencias de género, las cuales se ven reflejadas en las prácticas de cuidado que hombres y mujeres incorporan en su vida, poniéndolos en una situación de riesgo, lo cual se debe abordar para disminuir el alto índice de mortalidad, identificando el mayor número de defunciones de mujeres diabéticas (ENSANUT, 2012; Villaroel, 2011; Del Rio, Rodríguez, Robledo, y Blas, 2008).

Se identificaron pensamientos y sentimientos similares en hombres y mujeres, en relación a las condiciones biomédicas de la enfermedad, elaborando significados sobre las consecuencias fisiológicas y repercusiones en su tiempo y estilo de vida, considerando la muerte a partir del deterioro físico.

Sin embargo existen diferencias importantes que dan cuenta de cómo los aprendizajes de género del ser hombre o mujer permean la forma cómo se sienten y afrontan el diagnós-

tico de DMII, identificándose para ellos, que es una enfermedad que los vulnera y se convierte en un reto, un reto que aceptan, reconocen y del cual se concientizan. Por lo que deben recuperarse, no pueden ser víctimas de una enfermedad, lo que los lleva a tomar en consideración que deben modificar sus hábitos alimenticios, tomar sus medicamentos y seguir las indicaciones de cuidado, aunque no en todos los casos lo llevan a cabo. Por su lado, las participantes lo viven como un castigo, no obstante, cumplen con lo que les indica el médico en cuanto a su tratamiento y medicamento, pero realmente no mencionan en qué medida harán un cambio en su estilo de vida, su actitud es de resignación.

Tanto en hombres como en mujeres el deseo de cumplir con el mandato social según su género, los ponen en desventaja y riesgo en el cuidado de su salud, lo que puede influir en su acceso a recursos materiales, simbólicos o interpersonales, en las posibilidades de acción respecto a sus prácticas cotidianas en relación a su salud (Arraras y Garrido, 2008; Contreras, Espinosa y Esguirra, 2008).

Se pudo constatar que abordar la enfermedad de la DMII, solo en su dimensión biomédica, sin considerar que forma parte de un proceso de significación, donde las personas elaboran

significados a partir de sus procesos de aprendizaje genérico sería un error, Kleinman (1980) resalta la importancia de la vivencia socialmente construida (illness), donde la condición de género juega un papel importante al poner en desventaja y riesgo el cuidado de la salud tanto en los hombres como en las mujeres, sin embargo, los aprendizajes de género en las mujeres como se pudo mostrar en esta investigación, interfieren en la manera como elaboran simbólicamente el proceso de enfermedad al considerarlo como un castigo, lo cual limita en ocasiones sus posibilidades de acción respecto a las prácticas de cuidado y salud. Los roles y estereotipos tradicionales de género que aprendemos influyen en la manera como se asumen los procesos de enfermedad y las prácticas de cuidado sobre la salud (Sau, 2005, en Barberá, y Martínez, 2005).

Referencias

Arraras, J. y Garrido, E. (2008). El afrontamiento de la enfermedad. *Revista Zona Hospitalaria*, núm. 11, mayo-junio de 2008.

Berger, P.L. y Luckmann, T. (1968 1er.edición). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu

Cazés M. D. (2005). *La perspectiva de Género*. México: CEIICH UNAM.

Chaveste, R. (2009). *Los hombres no lloran... ¿o sí?*. Recuperado en: http://revistalaura.com/articulos/sexualidad_22/hombres_lloran_142.html

Conrad, P. y Barker, K. (2010). The Social Construction of illness: Key Insights and Policy Implications, *Journal of Health and Social Behavior*, 51, S67-S79. DOI: 10.1177/0022146510383495. Recuperado en: <http://jhsb.sagepub.com>

Contreras, F., Espinosa, J. C. y Esguirra, G. A. (2008). Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Psicología y Salud*, Vol. 18, Núm. 2, julio-diciembre.

Del Río Z. A., Rodríguez M. Y., Robledo V. C. y Blas R. I. (2008) Incorporación de la Perspectiva de Género en los Programas Prioritarios de Salud: El Caso de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus en México. *Secretaría de Salud*, México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

- Gómez, G. B. y Escobar, A. (2006). Estrés y sistema inmune. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 7 (1), 30-38.
- Gómez-Dantés, O., Sesma, S. Becerril, V.M., Knaul, F.M., Arreola, H. Frenk, J. (2011). Sistema de Salud de México. *Revista Salud Pública Mex*, 53 (2), 220-232.
- González, M. Ma. G. (2006). *Estrés laboral, afrontamiento y sus consecuencias: el papel del género*. Tesis doctoral, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia: Barcelona
- Henkel, J. (2010). Osteoporosis, cáncer de mama y trastornos alimenticios: no solo para las mujeres, EBSCO. Última revisión Diciembre 2010 por MD. Randall, B.
- Hernández, A. F. (2006). El significado de la muerte. *Revista Digital Universitaria*, vol. 7, núm. 8, p. 1-8., Recuperado en: <http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art66.htm>
- INEGI (2008/2014). Instituto Nacional de Estadística y Geografía. En red: <http://www.inegi.org.mx/default.aspx>
- INSANUT (2012/2014). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Resultados Nacionales 2012. En red: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSA NUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University Press
- Korin, D. E. (2000) Hacia el nuevo siglo: Visibilidad y Cambio Perspectivas de género en salud. *Medicina Infantil*, Buenos Aires, Marzo, VII (1)
- Ledón, L. L. (2012) Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. *Revista Cubana de Endocrinología*. [online]. Vol.23, N.1, pp. 76-97.
- López, S. O. (2010). La diabetes Mellitus en México. Algunas Reflexiones Socioculturales del padecimiento. *Género y Salud en Cifras*. Mayo-Agosto, 8 (2), 4-17
- Lozano, T. L. R., Ríos, S. Ma. R., Álvarez, G. A. y Rodríguez, S. N. Y. (2007). El trabajo de grupo para promover el bienestar en pacientes con Infección Real Crónica (IRC) en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA). *Alternativas en psicología*, 15, 62-71.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-017-SSA2-1994, PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.

Programa Nacional de Salud 2007-2012, (2007). "Por un México sano: construyendo alianzas"

Reyes, L. A. G., Garrido, G. A., Torres, V. L. E. y Ortega, S. P. (2010). Cambios y ajustes psicosociales en la percepción de enfermos crónicos y cuidadores respecto de su género y familia, *Alternativas en Psicología*, 23, 32-41

Rodríguez, M. Y. A., Robledo, V. C. y Pedroso, Z. T. (2010) *Guía para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Programas de Salud*. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Sau, V. (2005). *Psicología y Feminismo*. En: Barberá, H. E. y Martínez, B. I. *Psicología y Género*, España: Pearson

Schwartzmann, L (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales, *Ciencia y enfermería* (online), 9 (2), 9-21. ISSN 0717-9553. doi: 10.4067/S0717-

Talbot, F. and Nouwen, A. (2000) A Review of the Relationship between Depression and Diabetes in Adults: Is There a Link? *Diabetes Care*, 23, 1556-1562. En red: <http://dx.doi.org/10.2337/diacare.23.10.1556>

Villaruel, Z. D. (2011) *Diabetes y las diferencias de género*. Recuperado en: http://www.douglasvillaruel.com/index.php?cat=283&id_articulo=404