

*Impacto del diagnóstico en la manera de vivenciar el
padecimiento en personas con diabetes tipo 2*

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

ADRIANA HARO VÁZQUEZ
JOSÉ ANTONIO LUNA AMBROSIO

DIRECTOR:

DR. MARCO ANTONIO CARDOSO GÓMEZ

ASESORA:

LIC. ENRIQUETA FIGUEROA RUBIO

MÉXICO D.F

MAYO 2006

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

De Adriana



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Porque no podía dejar fuera a ninguno de ustedes,
Dedico este trabajo con todo mi corazón:

A TÍ MI SEÑOR DIOS

por darme la vida
y la oportunidad de ser lo que soy,
y porque sé que no te separas un segundo de mí.

A TÍ PADRE MÍO

donde quiera que te encuentres,
porque aún sin querer,
ahora que no estas en vida
me has dejado la enseñanza más grande
que un ser humano puede tener:
La humildad, el perdón y el disfrutar de vivir.

A TÍ LA MEJOR MADRE DEL MUNDO,

por soportar el peso de cargarme en tú vientre,
por sufrir conmigo mis enfermedades y derrotas,
por llorar ante mis equivocaciones y por el apoyo
incondicional que siempre he tenido y tendré
mientras DIOS nos dé vida.

A TÍ MI ESPOSO,

porque mi triunfo también es tuyo
y porque ahora en realidad tú y yo somos sólo uno.

Gracias:

A mis hermanos: Mary, Maricela, David, Bety, Paty por todo lo vivido juntos, y en especial a mi niño consentido **PONCHITO** por ser una parte importante en la vida que me motiva a ser mejor cada día

A Alfonso, por todo el apoyo que me ha brindado desde que es parte de mi familia.

A todos los catedráticos que participaron en el enriquecimiento de este trabajo: Bonifacio Caballero, Gloria Marina Moreno, Javier Rivera, y en especial al Dr. Marco Antonio Cardoso Gómez y a la Lic. María Enriqueta Figueroa Rubio, por la dirección y el asesoramiento que hizo realidad este trabajo.

Y por supuesto, a **José Antonio Luna**, mi compañero de Tesis, por compartir este triunfo conmigo.

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

De José Antonio

*un día desperté
e hice un recuento de mi vida, y me di
cuenta que existen muchos*

sueños por hacer, salí, observé la luz,
los colores, todo y tú estabas ahí
lista para el reto.
A mi compañera Isis Anabel

Gracias...

A todas las personas que he encontrado en mi camino de vida, las cuales han contribuido y apoyado a que me convierta en un mejor ser humano y desarrolle todos mis recursos.

A mis padres y hermanas por enseñarme a enfrentarme a la vida con valores y esfuerzo.

A mi compañera en este trabajo **Adriana Haro Vázquez** por su paciencia y dedicación puesta en este proceso.

A los catedráticos de esta institución y en especial al Dr. Marco Antonio Cardoso Gómez y a la Lic. Maria Enriqueta Figueroa Rubio, por haber asesorado y dirigido este trabajo y por sus enseñanzas que enriquecen mi formación académica.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
CÁPITULO 1: DIABETES	7
1.1 Historia de la diabetes	7
1.2 Concepto y fisiopatología de la diabetes.....	9
1.3 Criterios de diagnóstico.....	17
1.4 Clasificación y etiología de la diabetes.....	18
1.4.1 Diabetes tipo 1.....	18
1.4.2 Diabetes tipo 2.....	19
1.5 Tratamiento.....	22
CAPITULO 2: ENFERMEDAD Y PADECIMIENTO	25
CAPÍTULO 3: DUELO	30
3.1 Definición de duelo.....	32
3.2 Factores que influyen en la manera de afrontar el duelo.....	33
3.3 Etapas de duelo.....	36
3.4 Tratamiento	39
CAPÍTULO 4: DIÁGNÓSTICO	44
METODOLOGÍA	52
Fenomenología.....	52
Teoría fundamentada	56
Método.....	62
Selección y área de acercamiento inicial.....	62
Población y selección de la muestra	62

Obtención de la información.....	62
Codificación y análisis de la información.....	64
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	65
CONCLUSIONES	86
PROPUESTAS	89
REFERENCIAS	92
ANEXO 1: GUÍA DE ENTREVISTA	96

RESUMEN

El propósito de la presente investigación es conocer el impacto producido por el diagnóstico de diabetes tipo 2 en los pensamientos, sentimientos y emociones en las personas, así como la manera en que han vivido su padecimiento desde el diagnóstico hasta el día de la entrevista y cómo se refleja lo anterior en la manera de vivir el proceso de duelo. En una investigación cualitativa, basada en la metodología de la teoría fundamentada y en los fundamentos filosóficos de la fenomenología, a partir de la información proporcionada por dos hombres y dos mujeres con diagnóstico de diabetes tipo 2 de al menos tres años antes de ser entrevistados. La selección se hizo de entre aquellos que asistieron al programa Diabetes: Un Programa de Atención Multidisciplinaria (DUPAM), llevado a cabo en la Unidad Multidisciplinaria de Atención Integral Tamaulipas (UMAI). Para recolectar la información se utilizó la técnica de entrevista cualitativa a profundidad. La codificación y el análisis de los resultados, se realizó mediante el proceso de codificación abierta, axial y selectiva.

INTRODUCCIÓN

La diabetes es una enfermedad crónico-degenerativa cuya incidencia a nivel mundial ha aumentado considerablemente. En el mundo existen actualmente 177 millones de personas con diabetes, y se estima que para el 2025 la cifra se elevará a 300 millones. Uno de cada tres niños nacidos en Estados Unidos, en el año 2000 tendrá diabetes. El riesgo aumentará si son negros, latinos o asiáticos, pues uno de cada dos correrá la misma suerte si no se modifican los hábitos alimenticios y el sedentarismo (Flores, 2005).

En México, 10% de las personas de entre 20 y 69 años sufren de diabetes y un porcentaje similar no sabe que padece la enfermedad. La esperanza de vida del paciente se reduce aproximadamente en un 20 % (Flores, 2005).

En suma, en los países en vías de desarrollo la enfermedad está experimentando un gran crecimiento, tanto en áreas urbanas como en rurales (más en las primeras que en las segundas), (Flores, 2005).

La diabetes es una enfermedad costosa. En Estados Unidos (país de referencia para estudios mundiales) se gastan 160 billones de dólares entre costos directos e indirectos para combatir y prevenir el padecimiento, el cual es responsable del 5% del presupuesto de salud en Inglaterra (Flores, 2005).

Además, los costos seguirán aumentando en todo el mundo por varias razones: mayor población adulta potencialmente en riesgo; mayor número de adolescentes y niños quienes ya están presentando la enfermedad, mayor longevidad, lo que predispone a la presencia tardía de diabetes, y a mayor número de complicaciones conforme avanza la edad (Flores, 2005).

La diabetes tipo 2 se observa en un 90% de todos los casos con este padecimiento, en un 80% de pacientes con sobrepeso y principalmente a partir de los 40 años de edad (Flores, 2005).

En México, la retinopatía es la primera causa de ceguera, la nefropatía es la primera causa de insuficiencia renal, el pie diabético de amputación no traumática de extremidades inferiores, y la neuropatía es causa de síntomas muy serios que pueden llevar a la incapacidad laboral (Flores, 2005).

Las personas con diabetes presentan una incidencia entre dos y cuatro veces mayor de enfermedad cardiovascular, lo que se puede demostrar en un 75% de los padecimientos relacionados con la diabetes (Flores, 2005).

Sin embargo, a pesar de que en teoría existe el tratamiento adecuado para su control, se ve obstaculizado por varios factores, entre ellos la dificultad de llevar a cabo una dieta adecuada para su control (Flores, 2005).

De acuerdo con el Dr. Juan Ramírez de Alba, Director General del Centro Antidiabético-México (Citado en Flores, 2005), está demostrado en múltiples estudios clínicos, que se obtiene un mejor control de la glucosa en pacientes con diabetes cuando el médico cumple con tres postulados en su consulta: empatía, información y eficacia.

El primero se logra con un trato afectuoso y respetuoso desde el momento del diagnóstico, y el segundo utilizando la consulta participativa y explícita que, dicho en otras palabras, significa alentar al paciente a que tome parte activa de su tratamiento y todo lo relacionado a su enfermedad, lo que debe hacer se le explica de una manera comprensible.

De acuerdo con Gómez (2000), es indudable que el cómo, quién, qué, cuándo, dónde se informe a la persona de su enfermedad, puede incidir de manera importante en su futura calidad de vida, en su adherencia a los futuros tratamientos que se le aconsejen, en el desarrollo y manifestación de los trastornos que precisen atención psicológica y en su funcionamiento biológico.

Sin embargo, la mentalidad de los trabajadores de la salud, dista de ser como se propone. Con el avance tecnológico, en las opciones terapéuticas, el médico ha dejado de utilizar la palabra (comunicación verbal), las manos (comunicación no verbal), y su humanidad (empatía), en la relación con la persona, disminuyéndole así su capacidad de “sanar” o “aliviar” (Gómez, 2000)

Debido a lo anterior, la siguiente investigación tuvo como propósito fundamental, conocer el impacto que tiene la persona con diabetes ante el diagnóstico de la enfermedad y cómo influye dicho impacto en la manera en que lo vivirá.

Para este estudio se consideró importante abordar un capítulo específico para diabetes, capítulo 1, donde se consideró su historia, concepto y fisiopatología, criterios de diagnóstico, clasificación, etiología y tratamiento.

Para tener un acercamiento hacia el sentir de la persona ante la enfermedad, también se desarrolla un capítulo 2, donde se especifica la diferencia entre los conceptos de enfermedad y padecimiento.

Toda pérdida genera un proceso de duelo, al recibir el diagnóstico de la diabetes, la persona vive una pérdida, específicamente pierde la salud, lo que le lleva vivir un proceso de duelo “*dolor*”. En el capítulo número 3, se define el concepto de pérdida y se explica cómo se logra la elaboración del duelo producido por dicha pérdida, a través de la resolución de cada una de las etapas que lo integran.

El capítulo 4: “Diagnóstico”, destaca el papel fundamental del médico al momento de comunicarle a una persona que padece alguna enfermedad crónica degenerativa, ya que, como se mencionó anteriormente, de la manera en que lo haga, dependerá en gran medida, la forma en que aquella vivenciará el padecimiento.

En un apartado posterior se describe la metodología de la teoría fundamentada basada en los fundamentos filosóficos de la fenomenología y del interaccionismo simbólico, metodología empleada en esta investigación, así como el método y la muestra utilizada.

Finalmente se especifican los resultados obtenidos y las conclusiones.

CAPÍTULO 1: DIABETES

1.1 HISTORIA DE LA DIABETES

La diabetes se inicia con la aparición de los vertebrados sobre la superficie de la tierra. Las aves y los mamíferos marinos y terrestres fueron víctimas de esta enfermedad (Aguilar, 1990).

La primera reseña histórica de la diabetes humana se encuentra en el Papiro de Ebers en el año de 1552 a.c. (Aguilar, 1990), y en cuyo contenido se realiza una descripción médica que se identifica con las manifestaciones clínicas propias de la diabetes; en el documento se describe a “un extraño mal” caracterizado por una excesiva descarga de líquido a través de la orina, recomendándose para su tratamiento el uso de extractos de plantas (Figuerola, 1990).

En el siglo I a.c., el médico turco Areteo de Capadocia, describió más claramente la enfermedad y le dio el nombre de diabetes, que significa “pasar a través” (Lifshitz, 1993).

La diabetología experimental comenzó con Hohenheim (conocido con el nombre de Paracelso), quien alrededor de 1520, evaporó la orina de las personas con diabetes y descubrió un residuo salino, interpretando que la diabetes era causada por una enfermedad que afecta al riñón, el cual provocaría una extracción excesiva de “sal” al organismo por la orina (Aguilar, 1990).

No obstante, es hasta 1650, que el médico inglés Thomas Willis, comprobó que esa sal era en realidad de sabor dulce, razón por la que Cullen, en 1747, añadió al nombre de diabetes el calificativo de “mellitus” (miel), por la similitud con los enjambres de abeja alrededor de los panales y de las hormigas alrededor de la orina de las personas con diabetes (Aguilar, 1990).

Unos años antes, Richard Merton resaltó la presencia de diabetes entre familiares consanguíneos, haciendo notar el carácter hereditario de la enfermedad (Velásquez y Villicaña, 1999).

En 1877, Lancereaux, distinguió dos formas de diabetes: una aguda, con adelgazamiento, y otra crónica, con obesidad. Este investigador creó una clasificación de la diabetes, que aún tiene valor clínico y terapéutico (Aguilar, 1990).

En 1869, un estudiante de medicina en Berlín, de nombre Paul Langerhans, investigó la estructura de las células del páncreas y descubrió unas agrupaciones celulares esparcidas como “islas en el mar”. Esto dio lugar más tarde, en 1893, a que Laghesse atribuyera a estas formaciones, la producción hormonal del páncreas y las bautiza como “Islotes de Langerhans” (Aguilar, 1990).

Lane y Bensley advirtieron tres tipos de células en el páncreas: A o alfa, B o beta y el tipo C; todas con características diferentes, pero en 1931, Bloom descubrió el cuarto tipo: las células D (Aguilar, 1990).

Las funciones de cada una de estas células también fueron cuidadosamente estudiadas, y no obstante que Brunner en 1682 instituyó la participación del páncreas en la asimilación de determinados alimentos (ahora conocidos como carbohidratos, entre los cuales podemos mencionar básicamente el azúcar o glucosa), no fue sino un siglo más tarde, cuando el médico inglés Cawley 1788, estableció la relación entre la diabetes y la función del páncreas, al encontrar cálculos pancreáticos y destrucción general del páncreas en la autopsia de un diabético (Aguilar, 1990).

En el año de 1899, Von Mering y Minkowski, demostraron que el páncreas es un órgano de secreción interna, es decir, una glándula capaz de producir hormonas, al extirpar experimentalmente el páncreas a un perro, provocando así la aparición de la diabetes en el animal. En ese momento, surgió la prueba evidente de que en el páncreas existe una sustancia capaz de controlar el azúcar circulante, es decir, una hormona que impide el aumento de las concentraciones de glucosa en la sangre (Aguilar, 1990).

Esta sustancia que se produce en las células beta de los Islotes de Langerhans, situadas en la superficie del páncreas, resulta importantísima para la medicina, pero era necesario aislarla químicamente para continuar con la investigación científica (Aguilar, 1990).

Así, en 1909, Meyer sugirió el nombre de la insulina para la hormona proteica generada por las células beta del páncreas insular (Aguilar, 1990).

La primera fracción de la insulina de potencia consistente fue extraída por Banting y Best, la cual se utilizó casi de inmediato en el tratamiento de la diabetes humana. Se demostró que ésta sustancia se comporta como una proteína, pero su fórmula completa no se obtuvo hasta 1956, con Frederick Sanger. (Aguilar, 1990).

Finalmente Hagedorn, en el año de 1936, trabajó intensamente en su laboratorio hasta obtener las insulinas de acción retardada (Aguilar, 1990).

En otras líneas de investigación, Jabon y Loubatiers, a principio de los 40's, originaron las primeras sulfamidas como sustancias reductoras de los índices glucémicos, culminando en 1951, con la obtención de los primeros hipoglucemiantes orales en los laboratorios alemanes. A partir de 1955, estos hipoglucemiantes se desarrollaron ampliamente en los Estados Unidos (Steinke y Thorn, 1988).

1.2 CONCEPTO Y FISIOPATOLOGÍA DE LA DIABETES

La diabetes es una enfermedad crónica degenerativa considerada un problema de salud importante en particular en México, debido a que, según la Secretaría de Salud Pública (2001), en 1990 el número de personas con este padecimiento era de 5783 por cada 10.000 habitantes y el número de defunciones en ese mismo año fue de 1216, es decir, el 29.4%. Sin embargo, a pesar de que en el 2001 la tasa de morbilidad tuvo un decremento, es decir, el número de casos fue de 2213, se ha observado que la mortalidad ha tenido un fuerte incremento ya que de 2213 casos, mueren 1971, es decir, el 89.5 % (SSA: Atención a la salud del anciano, México, 2).

Frenk Mora menciona que la diabetes es actualmente uno de los padecimientos crónicos no transmisibles más comunes en las sociedades contemporáneas, pues se encuentra entre las primeras cinco causas de muerte en la mayoría de los países desarrollados. En las naciones en vías de desarrollo ya se considera una epidemia, por lo que constituye uno de los principales retos de la salud pública en el siglo XXI. También indica que se estima que existen más de 150 millones de diabéticos en el mundo y es probable que en el año 2025 se llegue a 300 millones (Comunicado de prensa n° 027, 2002).

Según la Secretaría de Salud, para el 2025 México se ubicará en el séptimo lugar mundial en incidencia de diabetes, ya que ahora ocupa el noveno sitio (Comunicado de prensa n° 027, 2002).

La diabetes en nuestro país, es un problema nacional de salud pública. Esta enfermedad es considerada así, porque presenta una tendencia de mortalidad ascendente, afecta a una gran cantidad de personas en edad productiva y causa importantes modificaciones en la cantidad y calidad de vida de las personas que la padecen, debido a las complicaciones que provoca cuando no es controlada (Duran, G, L, Bravo, F. P, Hernández, R, M & Becerra, A. P. 1997).

En 1955 se registró una tasa de mortalidad debido a la diabetes de 5.0 por 100,000 habitantes (Zubirán 1960). Para 1980, la tasa de mortalidad ascendió a 12.0 por 100,000 habitantes (Vázquez y Escobedo 1989) y para 1990 se remontó a 31.8 por 100,000 habitantes (Velázquez, M & Ramírez, L.1992). Lo anterior da cuenta de cómo la diabetes ha evolucionado gravemente (cuadro 1).

TASA DE MORTALIDAD POR DIABETES	
Año	Tasa de mortalidad por 100,000 habitantes
1955	5
1980	12
1990	31.8

Cuadro 1. Fuente: Zubirán, 1960; Vázquez y Escobedo, 1989; Velázquez y cols., 1992.

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas Geografía e Informática (INEGI) (INEGI 1993), la diabetes se ubicó en México durante 1993, como la cuarta causa de defunciones dentro de las principales causas de mortalidad general, la tercera causa de muerte dentro de los grupos de 46 a 64 años y de 65 años o más, conforme al sexo, las mujeres ocuparon el segundo lugar como causa de muerte dentro del grupo de 46 a 64 años y el tercer lugar en el grupo de 65 años o más y dentro de las principales causas de mortalidad hospitalaria se ubicó en el segundo lugar.

Por otro lado, el Grupo de Información y Prevención contra Diabetes Mellitus, durante 1995, catalogó a la diabetes como un problema de salud muy importante, debido a que se registraron más de 10 millones de casos, fue la cuarta causa de defunciones dentro de las principales causas de mortalidad general después de las enfermedades cardiovasculares, procesos neoplásicos y accidentes, se registraron 33 mil muertes sólo en ese año provocadas por diabetes, fue el noveno motivo de consulta en la población económicamente activa, fue la primera causa de amputación, la retinopatía diabética fue la segunda causa de ceguera, a escala nacional, se calcula que en 1997 fallecieron por esta enfermedad 36,027 personas, de las cuales, 15,884 eran hombres y 20, 141 eran mujeres (INEGI 2000).

De una tasa de 100,000 habitantes se observa lo siguiente en ese mismo año (INEGI 1998): dentro de las principales causas de mortalidad general, conforme se incrementa la edad, la diabetes asciende a los primeros lugares. Del número 12 en el que se ubica el rango de 15-24 años y sube al número 3 en el rango de 55 a 64 años (cuadro 2).

EVOLUCIÓN DE MORTANDAD POR DIABETES		
Edad- años	Defunciones	Causa número
5-14	32	20
15-24	208	12*
25-34	491	8*
35-44	1,470	6*
45-54	4,174	4*
55-64	8,624	3*

Cuadro 2.

**Estimación con base en las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población de una tasa de 100,000 habitantes.*

Con base en esta información, se estimó que 14,967 personas en edad productiva, es decir, de 15 a 64 años fallecieron por diabetes y 20,936 personas más en edad postproductiva 65 años a más, fallecieron por esta misma causa.

De esta manera ya es la tercera causa de mortalidad. En 1999 murieron por esta misma enfermedad 45,632 personas (SSA 1999). En el año 2000, según cifras de la dirección general de Vigilancia Epidemiológica de la SSA, esta enfermedad ocasionó más de 46 mil muertes en México, es decir, cinco personas cada dos horas (SSA Comunicado de prensa n° 027, 2002). Y tan sólo durante las primeras 7 semanas del 2001 en las estadísticas de la SSA se registraron 28,616 defunciones (SSA 2001).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónico Degenerativas, realizada en 1999 por la Secretaría de Salud, para ese mismo año, en nuestro país existían 5.2 millones de personas con diabetes, de las cuales 24 por ciento desconocía que la padecía y dos terceras partes eran mujeres (SSA Comunicado de prensa n° 027, 2002).

Según la Modificación de Norma Oficial Mexicana (NOM-015-SSA2-1994), para la prevención, tratamiento y control de la diabetes 2001 (NOM-015-SSA2-1994, 2001), hasta finales del año 2000, en México, alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 años padece diabetes y cerca del 30% de los individuos afectados, desconoce que la tiene.

Tan sólo durante el año 2000 se acumularon un total de 212,553 casos nuevos y hasta la semana 36 del año 2001, se tienen registrados por este mismo concepto, un total de 207,493. Particularmente en el Distrito Federal se tenían contemplados hasta la semana 36 del año 2001, 23,491 y en el Estado de México 21,092 casos nuevos (SSA-Vigilancia epidemiológica 2001).

Se calcula que en la actualidad, la prevalencia en la población de 20 a 69 años de edad en México es de 10.7 por ciento, en tanto que en las personas mayores de 50 años supera el 20 por ciento (SSA Comunicado de prensa n° 027, 2002).

Según la Nom-115-SSA2-1994-2001, los costos económicos asociados al tratamiento y sus complicaciones representan una grave carga para los servicios de salud y para las personas que la padecen, pues el costo del tratamiento para un paciente sin complicaciones puede ser de mil a cuatro mil pesos mensuales (SSA Comunicado de prensa n° 027, 2002). Los costos indirectos y directos de la enfermedad son de 330 y de 100 millones de dólares anuales, respectivamente.

El problema es de tal magnitud que, por ejemplo, un niño de siete años que desarrolle diabetes deberá afrontar un costo acumulado de 52 mil dólares a valor presente hasta los 40 años, como consecuencia de este padecimiento (SSA Comunicado de prensa n° 027, 2002). El incremento en su costo está relacionado directamente con los daños al organismo que se vayan ocasionando.

Debido a lo anterior Murillo (1999) afirma que: *"Estamos pues ante una enfermedad con unos costes económicos, sociales y humanos de enormes proporciones. Por todas estas razones la diabetes es motivo de preocupación creciente dada su elevada prevalencia y el ser causa directa de elevados costes sanitarios, discapacidad y muerte"* pp. 42

Según la Nom-115-SSA2-1994-2001, *"la diabetes es una enfermedad sintomática, crónico degenerativa, de carácter heterogéneo, con grandes variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia médica crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta el metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas"*.

Steinke y Thorn (1988) aseguran que la diabetes se constituye por dos componentes íntimamente relacionados: uno de tipo metabólico y otro de tipo vascular. El síndrome metabólico está caracterizado por la presencia de hiperglucemia, elevación excesiva de la glucosa o azúcar sanguínea, acompañada de alteraciones en el metabolismo de los lípidos y las proteínas. En cuanto al síndrome vascular, consiste en arterosclerosis inespecífica acelerada (endurecimiento acelerado y prematuro de las arterias) que tiende a producir angiopatías, es decir, lesiones en los vasos sanguíneos, afectando principalmente los ojos y los riñones.

La diabetes se identifica por la falta o mal funcionamiento de la insulina, con aumento de la glucosa (azúcar) en la sangre y repercusiones en el cuerpo, en las emociones y en las relaciones con otras personas (Durán, et.al, 1997).

El órgano que desempeña el papel más importante para la aparición de la diabetes es el páncreas. Dentro del páncreas se encuentran los agrupamientos aislados de células llamados "islotos de Langerhans ". En estos islotos se encuentran las células beta, que tienen la función de elaborar y secretar la insulina en la sangre (Duran et.al, 1997).

En esos islotos se encuentran tanto las células alfa, dedicadas a elaborar la hormona glucagón, la cual suelta la glucosa del hígado hacia la sangre cuando el cuerpo no ha recibido alimentos, como las células delta, encargadas de liberar la hormona somatostatina, dedicada a controlar y mantener el equilibrio entre la insulina y el glucagón (Durán et.al, 1997).

La insulina es una sustancia química que es liberada por el flujo sanguíneo cuando aumenta la glucosa, como sucede después de una comida, fijándose en las células en sitios denominados receptores colocados en las membranas que las recubren (Durán et.al, 1997).

Una vez que se ha fijado en los receptores, la insulina indica a las células del organismo cuándo deben permitir que la glucosa contenida en el plasma sanguíneo penetre al interior celular y así nutrirse para producir energía. De esta manera, la insulina realiza el papel de una especie de llave que abre hacia el interior de las células suministrando el combustible necesario para producir energía (Krall y Beaser, 1992).

Cuando aumenta la glucosa, por ejemplo, después de una comida, aparece la insulina para ayudarla a hacer su recorrido desde el flujo sanguíneo (sangre), hasta las células, convirtiéndose en la principal fuente de energía para el cuerpo. Sin embargo, cuando el páncreas no produce insulina, o cuando el organismo no la aprovecha de manera adecuada, la insulina no puede ayudar a la glucosa en su viaje y las células dejan de convertir a esa glucosa en la energía que se requiere para funcionar, deteniendo su camino y acumulándose en la sangre (Durán et.al, 1997).

En una persona, la glucosa entra a las células del organismo para quemarse como energía y, por lo tanto, el nivel glucémico se mantiene constante en el plasma sanguíneo, otra parte se almacena en el hígado como elemento de reserva para casos de emergencia (Velásquez y Villicaña, 1999).

En las personas con diabetes este mecanismo no funciona, ya que por alguna razón no conocida, existe un menor número de células beta en los islotes de Langerhans, y en consecuencia, el organismo no desdobla adecuadamente los nutrientes, a su vez, las cantidades de glucosa se acumulan en la sangre en lugar de quemarse como energía en el interior de las células, propiciando de esta manera un estado de hiperglucemia (Velásquez y Villicaña, 1999).

La hiperglucemia puede llegar a un cierto punto perjudicioso, que hace al organismo reaccionar eliminando el excedente de azúcar por medio del riñón (glucosuria) el cual se acompaña de una gran cantidad de agua y sales minerales (poliuria).

Consecuentemente se genera una deshidratación orgánica produciendo una necesidad imperiosa de beber grandes cantidades de agua (polidipsia) y dado el estado de desnutrición celular, se genera un estado de hambre constante (polifagia) (Velásquez y Villicaña, 1999).

En general, cabe decir que la presencia de glucosa elevada en la sangre (por arriba de los 125 mg/dl) de manera constante, provoca consecuencias graves, pues produce un desgaste en el organismo a través de varios procesos destructores. (Durán et.al, 1997).

Los niveles elevados de glucosa en sangre (hiperglucemia) pueden producir lesiones irreversibles en órganos vitales y eventualmente la muerte de la persona. La cetoacidosis puede llevar a un coma diabético. (Zarate, 1992).

La poliuria es una de las causas de insuficiencia renal o nefropatía. (Durán et.al, 1997). La retinopatía diabética, es decir, los problemas de visión se pueden presentar en grados variables después de los veinte años de diabetes clínica. (Steinke y Thorn, 1988).

Además se puede presentar ceguera parcial o total debida a la catarata diabética, daño a las válvulas mitrales y diferentes problemas cardiacos (Duncan, 1976, citado por Velásquez y Villicaña, 1999)

Las neuropatías diabéticas son una complicación común y que eventualmente responden con lentitud al tratamiento, afectando con mayor frecuencia a los nervios periféricos o cualquier otra porción del sistema nervioso, por tanto, tiene una variedad casi ilimitada de manifestaciones como cefalágia intensa y parálisis ocular, pueden producir insensibilidad al dolor y en otros casos, dolor en las articulaciones (Duncan, 1976, citado por Velásquez y Villicaña, 1999).

En los varones puede existir impotencia sexual por incapacidad de erección si no existe un adecuado control. (Leyva, 1976, citado por Velásquez y Villicaña, 1999).

1.3 CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

De acuerdo con Buendía, Fernández y Garza (1980), se puede comenzar a sospechar de la presencia de la diabetes en una persona, cuando se presenta alguna de las características siguientes:

- Poliuria: (orinar con frecuencia). Este signo es uno de los más característicos de la diabetes, ya que es una manifestación necesaria debido a la eliminación de altos niveles de glucosa sanguínea.
- Polidipsia (Incremento de la sed). Que se produce a consecuencia de la poliuria, y es por tanto, paralela a ésta. A veces es moderada, pero otras veces se presenta imperiosamente obligando a la persona a consultar al médico. Aunque cabe aclarar que en algunos casos de diabetes, la polidipsia no se presenta.
- La polifagia: (Ingesta de alimentos sin control). Esta manifestación aunque común, pasa generalmente inadvertida en algunas personas con diabetes adultas, pues suele tratarse de personas obesas.
- Obesidad:(Exceso de peso corporal). La obesidad es otra característica frecuente en personas con diabetes tipo 2, de tal forma, que todo obeso con antecedentes familiares de diabetes, ha de ser siempre sospechoso de tener diabetes.

Sin embargo, se sabe que las cifras normales de glucosa en una persona con diabetes se establecen en un rango entre 70 y 115 mg. por 100 ml. después de ayuno por doce horas, tales cifras se obtienen en una prueba de laboratorio denominado como glucemia basal; la prueba consiste en la extracción de una muestra de sangre del paciente para su análisis (Figuerola, 1990).

De esta manera, según la Nom-115-SSA2-1994-2001, los criterios de diagnóstico son: presencia de síntomas clásicos (poliuria, polidipsia y polifagia) y una glucemia plasmática casual mayor o igual a 200 mg/dl (11.1 mmol/l) a las dos horas después de carga oral de 75g de glucosa disuelta en agua. En ausencia de hipérglucemia inequívoca con descomposición metabólica aguda. El diagnóstico debe confirmarse repitiendo la prueba otro día.

1.4 CLASIFICACIÓN Y ETIOLOGÍA DE LA DIABETES

Según la Nom-115-SSA2-1994-2001, la diabetes se puede dividir en dos categorías fundamentales o tipos.

- La diabetes tipo 1, en donde el páncreas produce poca insulina o no produce.
- La diabetes tipo 2, en donde sí se produce insulina, pero el cuerpo no la puede aprovechar de manera adecuada.

1.4.1 DIABETES TIPO 1

Hace algunos años se creía que este tipo de diabetes afectaba sólo a los jóvenes; hoy se sabe que ataca también a niños y adultos. (Durán et.al, 1997).

La diabetes tipo 1 se define por la falta de insulina en el organismo y mayor sensibilidad a desarrollar cetoacidosis cuando no funciona la insulina que se inyecta; para que se presente este tipo de diabetes, se necesita que la masa (materia) total de células beta que están dentro de los islotes de Langerhans del páncreas, desaparezcan del 75 al 90% (Durán et.al, 1997).

Las causas por las que se esfuman o pierden las células, aún no se conocen con exactitud (Durán et.al, 1997). Se sabe que los siguientes aspectos están estrechamente vinculados con este tipo:

- Aparece como resultado de defensa del organismo hacia ciertos virus, de esta manera su sistema inmunológico produce células y anticuerpos que acaban con los virus destructores, pero también poco a poco con sus células beta (respuesta inmune anormal o disfunción autoinmune) (Durán, 1997).
- Herencia, es decir, antecedentes de diabetes en la familia (Lilly, 1994)
- Obesidad (Duran, et.al, 1997)
- Estrés y estilo de vida (Lilly, 1994).

Cuando se padece la diabetes tipo 1 la persona siente al mismo tiempo y sin causa, hambre, sed, excesiva producción de orina, cansancio y se pierde peso. (Durán, et.al, 1997).

1.4.2. DIABETES TIPO 2.

A diferencia de las personas que padecen diabetes tipo 1, las personas con diabetes tipo 2 sí producen insulina. Sin embargo no son capaces de usar la insulina de manera apropiada. La diabetes de este tipo es la más común. Las personas con diabetes tipo dos, componen casi el 90% de todas las personas que tienen este padecimiento. (Velásquez y Villicaña, 1999).

Algunas personas con diabetes del tipo 2, especialmente aquellas con sobrepeso, no son capaces de usar la insulina porque no tienen suficientes receptores de ésta. Esto reduce la cantidad de glucosa que puede entrar en las células y provoca que se acumule en la sangre (Durán, et.al, 1997).

Otra posibilidad es que se tenga un problema en la forma en que funcionan los receptores de insulina. Como los receptores no funcionan de manera adecuada, la glucosa no puede entrar en las células y se acumula en la sangre. (Durán, et.al, 1997).

Los síntomas de la diabetes suelen desarrollarse a lo largo de un periodo prolongado, estos incluyen: polifagia, polidipsia, poliuria, visión borrosa, fatiga, adormecimiento o cosquilleo en manos y pies, infecciones frecuentes, cortadas o lesiones que tardan en sanar y problemas sexuales. Aunque estos síntomas son muy comunes en este tipo de diabetes, no siempre se producen. Muchas personas tienen síntomas muy leves o no manifiestan ningún síntoma (Durán et.al, 1997).

Muchos de los aspectos que tal vez sean responsables de la diabetes del tipo 1, por ejemplo la herencia, también pueden ser factores en la diabetes tipo 2 (Durán et.al, 1997).

Según Aguilar (1990), se sabe que la diabetes es una enfermedad hereditaria, sin embargo, para que se presente tal padecimiento, es necesario que existan dos factores: a) el hereditario, y b) el factor desencadenante.

El factor hereditario es menos intenso si sólo uno de los padres tiene diabetes. Pero cuando aumentan los antecedentes por las dos vías, paterna y materna, es más probable la aparición de esta enfermedad en los hijos. No obstante, si la herencia biológica de la diabetes es débil, es posible que ninguno de los hijos desarrolle la enfermedad (Aguilar, 1990).

Por otra parte, el factor desencadenante comprende aspectos que están representados por algo que signifique un sobreesfuerzo para el organismo, es decir, un factor físico agotador o un agente de tensión fisiológica que sea capaz de sacar al organismo de su ritmo acostumbrado de vida, y altere la estructura y funcionamiento del cuerpo o su equilibrio emocional, (Aguilar, 1990).

De acuerdo con Aguilar (1990), entre los factores desencadenantes que con frecuencia causan la diabetes son:

- La obesidad, que determina una resistencia aumentada para la circulación de la sangre y representa un esfuerzo mayor para el corazón.
- Las tensiones emocionales agudas, como en el caso del estrés crónico, las neurosis de ansiedad o de angustia y depresión, presentes en muchas personas y en cuyos casos el estrés es capaz de desencadenar la diabetes tipo 2, pues modifican la estructura, el funcionamiento y el estado mental de la persona.
- El alcoholismo y/o farmacodependencia, que se comportan como verdaderos agresores en el organismo y actúan como factores desencadenantes.
- Tratamiento para accidentes, intervenciones quirúrgicas que implican una carga emocional, pues modifican la estructura, el funcionamiento y el estado mental del paciente.
- Cualquier episodio de la vida sexual de la mujer, embarazo, aborto, parto, menopausia, pues constituyen un importante desequilibrio psicofísico que implica una carga emocional.

Además, la diabetes tipo 2 tiene más posibilidades de manifestarse en personas de más de 40 años (Durán, et.al, 1997), aunque no es excepcional su prevalencia en adultos jóvenes menores de 35 (Kilo y Williamson, 1991). También puede manifestarse en personas con una vida sedentaria, con hábitos alimentarios deficientes y que han tenido diabetes gestacional (durante el embarazo) (Durán et.al, 1997).

1.5 TRATAMIENTO

Aun cuando se desconoce la causa de la diabetes tipo 2, la ciencia médica ha aportado nuevos conocimientos, tanto en la comprensión de esta enfermedad como en su tratamiento, para que, al menos en teoría, la diabetes sea controlada sin tener complicaciones (Mercado, 1996).

Este tratamiento consiste en llevar a cabo una dieta balanceada, un programa regular de ejercicios y de la utilización de hipoglucemiantes y de insulina externa, sólo de ser necesario, como apoyo (Nom-115-SSA2-1994-2001).

Sin embargo, a pesar de que este tratamiento no debería ser complicado y por tanto, las personas podrían llevarlo a cabo sin mayor dificultad, se ha observado que no ha sido funcional y la diabetes dista mucho de ser controlada (Cardoso, 2003).

Entonces la pregunta obligada es: si se cuenta con un tratamiento que debiera ser efectivo y el cual está al alcance de las personas, ¿por qué no se puede controlar la diabetes?

La respuesta de la medicina institucional ha sido preferentemente la adherencia al tratamiento, entendiendo ésta, según Meichenbaum y Turk (1987, citado por Clay, 1993), como el grado en que una conducta (en términos de tomar medicamentos, seguir dietas, o ejecutar cambios en el estilo de vida) coincide con la indicación médica o de la salud.

El empleo de la palabra adherencia, en lugar de cumplimiento, fue propuesta por diversos autores quienes argumentaron que el término cumplimiento connota a un paciente pasivo que sigue fielmente las indicaciones e instrucciones del profesional al cuidado de la salud (Varna y Wallender, 1984; citado en Clay, 1993/1999).

Por otro lado, el término adherencia implica un plan de tratamiento colaborativo voluntario y activo, que incorpora las creencias y actitudes del paciente (Kristeller y Rodin, 1984; citado en Clay, 1993/1999).

Lo importante de ésta propuesta para utilizar el término adherencia es la intención de incorporar las creencias y actitudes de la persona, sin embargo, en la práctica, adherencia implica el cumplir con la prescripción médica sin la oportunidad de elegir hacerlo o no, es decir, únicamente se sustituye el término (Cardoso, 2003 y Mercado 1996 y 1998).

Así, se puede observar en las estadísticas anteriormente presentadas, que a la persona se le dificulta cumplir con la prescripción médica.

De ésta manera, no es sólo en el ámbito médico donde hay que buscar la respuesta, sino en ese aspecto que los médicos parecen soslayar como lo es la cultura: “un sistema de significados que sirven de guía para la acción, la experiencia y la conducta social” (Nátera y Mora, 2000; citado en Mercado y Torres, 2000) y toda la gama de factores comprendidos dentro de ella como son: ideas, creencias, costumbres, valores, lenguaje, significados, etc. (Cardoso, en prensa) ya que éstos son un determinante, debido a que quien experimenta el padecimiento es una persona que se encuentra inmersa en un círculo de relaciones sociales.

Sumado a esta gran determinante, que es la cultura, en este trabajo se consideró que otro factor determinante, por el cual la adherencia al tratamiento no ha logrado lo esperado, es la experiencia que vive la persona ante el diagnóstico, es decir, qué interpreta siente y hace durante y después de dicho momento. Lo que nos lleva a buscar la respuesta en el real protagonista del padecimiento, aquel que lo padece. Debido a lo anterior, se consideró importante investigar:

“El impacto que tiene la persona con diabetes ante el diagnóstico de la enfermedad y cómo influye dicho impacto en la manera en que lo vivirá”.

Es decir, los pensamientos, sentimientos y emociones experimentados por la persona al momento de ser diagnosticada, así como la manera en que ha vivido su padecimiento, desde el diagnóstico, hasta el día de la entrevista.

Por ello, en el capítulo siguiente se abordarán los términos padecimiento y enfermedad, donde se hace alusión a padecimiento como una propuesta de acercamiento a lo que siente la persona

También se incluye un capítulo de duelo, en el que se exploran los sentimientos y emociones de la persona ante una pérdida significativa, en este caso la pérdida de la salud, y finalmente un capítulo de diagnóstico, en el cual se examina la importancia de que al informar a la persona que padece una enfermedad crónico-degenerativa, se tome en cuenta su personalidad, la situación que está viviendo en ese momento y se le brinde información suficiente y adecuada con respecto a la enfermedad.

CAPÍTULO 2: ENFERMEDAD Y PADECIMIENTO.

Hay dos concepciones en el campo de la salud, las cuales al realizar una investigación como la presente, en donde el objetivo principal es abordar un tópico que aparentemente ha sido ignorado o negado en éste campo: el análisis de la salud-enfermedad desde la visión de los protagonistas reales, es decir, las personas que viven, sienten y se involucran diariamente con la diabetes, permean e influyen en la concepción de la diabetes (Mercado, 1996).

Estas concepciones son: la concepción de enfermedad, es decir, la visión del modelo médico y la concepción de padecimiento, que es la visión de quienes padecen y viven con ella.

Estos dos términos, enfermedad y padecimiento, se emplean como sinónimos, pero el manejo de cada uno de ellos implica tener una perspectiva distinta de la diabetes tipo 2 y de sus distintos momentos: forma de comunicar el diagnóstico, el momento de recibirlo, el cómo se vive y se encamina éste, el tratamiento, etc..

Esto es, el término enfermedad da cuenta del concepto constituido por la biomedicina para aludir a las anormalidades en estructura y / o función de los órganos o sistemas, así como de los estados patológicos, sean o no conocidas culturalmente (Mercado, Robles, Ramos, Moreno y Alcántara, 1999).

Desde la perspectiva de los profesionales del modelo médico, las enfermedades crónico degenerativas son enfermedades incurables, por lo cual, la finalidad de su tratamiento es eliminar los signos y síntomas de los pacientes y prevenir las complicaciones futuras.

Para tal fin se hace uso de habilidades clínicas adquiridas y se confía en la incorporación de los medicamentos y la tecnología cada vez más avanzada. Se trata,

al final de cuentas, de controlar, limitar o normalizar aquellas alteraciones orgánicas o funcionales de los sistemas (Mercado, 1996).

En forma paralela, según este modelo, el protagonista central en el tratamiento de las enfermedades es el médico, es decir, es él quien posee el conocimiento y por lo tanto, a quien se le debe hacer caso; en cambio a la persona que posee el padecimiento crónico, se le considera como paciente, utilizándose este término según Houligan y Johns (1990, citado en Mercado, 1990) con una connotación valorativa en la medida en que quienes no cumplen con tales indicaciones son considerados como apáticos, no cooperadores, desobedientes o francamente desviados.

De igual forma, Mercado (1996) plantea que la persona enferma es vista como un “paciente pasivo”, como el objeto sufriente de un curador activo, o acaso como el portador de un rol, que se encarga del tratamiento.

Así mismo, deja de lado cuán inapropiadas o parciales pueden ser las indicaciones médicas, o el hecho de que los sujetos enfermos llevan a cabo otras acciones, (como ir con el curandero y tomar sus preparados, etc.) cuya eficacia considera de igual o mayor importancia (Duarte, 1991, citado en Mercado, M.F., Robles, S.L., Ramos, H.I., Moreno, L.N & Alcántara, H.E, 1999).

Esta connotación parcial y restrictiva del cumplimiento excluye, por su parte, numerosas acciones llevadas a cabo por los individuos para enfrentar su enfermedad. Y aun cuando estas sean ignoradas, rechazadas o concebidas por los profesionales de la salud como producto de una falta de conocimientos o como producto de su ignorancia, se trata, al fin de cuentas, de una posición en la cual se desdeña o ignora el conjunto de ideas, prácticas y estrategias realizadas por la población para la atención de la enfermedad (Duarte, 1991, citado en Mercado, et.al, 1999).

Este enfoque tampoco reconoce que las medidas terapéuticas indicadas por los médicos son sólo una, entre tantas otras, de las formas como los conjuntos

sociales responden, enfrentan y actúan ante sus enfermedades (Duarte, 1991, citado en Mercado, et.al, 1999).

Tampoco reconoce el hecho de que estos mismos manejan y organizan su vida diaria bajo condiciones sociales y materiales específicas, donde la enfermedad y su tratamiento apenas son uno de los tantos problemas a ser enfrentados en la vida diaria (Duarte, 1991, citado en Mercado, et.al, 1999).

Derivado de lo anterior, prácticamente todos los trabajos sobre el tema también relegan o ignoran el conjunto de significados que tiene para los sujetos enfermos tanto la enfermedad, como las acciones que emprenden para su atención (Duarte, 1991, citado en Mercado, et.al, 1999).

No obstante, es precisamente a partir de estas percepciones e interpretaciones, como se pueden entender las diversas acciones, comportamientos o conductas que realizan los enfermos día tras día (Duarte, 1991, citado en Mercado, 1999, et. al., 1999).

De esta manera, el modelo biomédico es excluyente, por lo menos en dos sentidos: Primero, al dejar de lado las dimensiones sociales, psicológicas o culturales de los individuos enfermos sin considerarlas parte de la causalidad, de su conceptualización, ni de las acciones ligadas a la atención de la misma (Duarte, 1991, citado en Mercado, et.al, 1999).

Segundo, al sustentarse exclusivamente en los aspectos biológicos y considerarlos como objetivos, omite o rechaza cualquier alusión a la subjetividad. Este reduccionismo biológico se asocia, por otra parte, a una valoración sobre la científicidad de su propia interpretación y práctica, por consiguiente, cualquier interpretación o práctica distinta o ajena a la misma, como la de los propios sujetos enfermos, es considerada como no científica, y por ende, como inválida para explicar la enfermedad (Duarte, 1991, citado en Mercado, et.al, 1999).

Precisamente es a partir de la crítica a la concepción de la enfermedad como un proceso biológico e individual, como se llega a la necesidad de redefinir el objeto

como el proceso salud enfermedad y, simultáneamente, de recuperar los aspectos históricos-sociales para su análisis (Duarte, 1991; citado en Mercado, et.al, 1999).

Es precisamente esta necesidad, lo que ha llevado a plantear la visión de padecimiento. Este se refiere a la forma como los sujetos y/o miembros de su red social más cercana perciben, interpretan y responden a las manifestaciones y efectos de la enfermedad (Mercado, 1990). Bajo esta concepción se le da una importancia real a la vivencia de una persona y en general a lo que vive, siente y piensa.

De esta manera el término enfermedad utilizado por el modelo médico no permite acercarse al protagonista. En esta investigación donde el objetivo es investigar la experiencia de la persona, es decir, la subjetividad de la misma, se habla de padecimiento en lugar de enfermedad.

Es primordial retomar la visión de la persona que vive con una enfermedad crónica (en este caso la diabetes) así como el impacto que tendrá en su vida. Tal como lo anotan Strauss y cols., (1985, citado en Mercado, et.al., 1999) se trata de enfermedades con una fuerte carga de incertidumbre, ya que nunca se tienen la certeza de trayectoria en cada persona y se manifiesta en el diagnóstico, en el tratamiento y en la percepción del futuro.

Esta incertidumbre, a su vez, obliga a las personas a organizar y restringir sus vidas en un esfuerzo por enfrentar lo impredecible. Las mismas requieren de grandes esfuerzos para lograr una mejoría, pues aquellos no solo viven día a día con el dolor, el sufrimiento, la angustia o los síntomas, sino que también deben acostumbrarse a los efectos secundarios o indeseables del tratamiento o de los procedimientos empleados.

En este sentido, las personas se ven obligadas a emplear un sinnúmero de estrategias para eliminar algunas de las molestias más frecuentes o intensas. (Strauss, y cols, 1985, citado en Mercado et.al., 1999)).

Además interrumpen en forma drástica, lo cual significa que los síntomas como sus efectos afectan la vida de las personas: sus obligaciones, actividades cotidianas,

sus relaciones, vida laboral, identidad, planes futuros, etc. (Strauss, Corbin y cols, 1984).

Así, todo este conocimiento se perdería si sólo se considera una visión y se olvida la visión de los que padecen, ya que posiblemente es en ésta, donde se encuentre la respuesta al planteamiento que dirige esta discusión.

En conclusión, es innegable que con el modelo médico se tenga una visión y una solución integral a esta problemática, haciéndose indispensable tener un nivel de comprensión más completo e incluyente que considere y se interese por entender el mundo de las personas con este padecimiento crónico, esto sólo se logra considerándolos como actores principales y activos en el proceso que va desde el momento de aparición de la enfermedad hasta el momento en que la persona logra controlarla.

CAPITULO 3: DUELO

“En ninguna otra situación como en el duelo, el dolor producido es total: es un dolor biológico (duele el cuerpo), psicológico (duele la personalidad), social (duele la sociedad y su forma de ser), familiar (nos duele el dolor de otros) y espiritual (duele el alma). En la pérdida duele el pasado, el presente y espiritualmente el futuro. Toda la vida en su conjunto duele”

Montoya, 1998.

La muerte es especialmente difícil de entender en una sociedad urbana y consumista, ya que fomenta la ilusión de que se va a vivir muchos años y se lleva a la necesidad de negar la realidad (Donación.organos, 2003). De esta manera, muchos de los esfuerzos que se realizan con el objetivo de prolongar la vida o minimizar el dolor, ocasionan daños emocionales (O'Connor, 2001).

Las generaciones anteriores vivían en un mundo rural, donde estaban enraizados. La muerte de las personas y los animales, en este contexto, se vivía como algo natural. Se moría en casa y desde niño se aprendían patrones de conducta, al observar cómo se comportaban otros en estas situaciones. Las convicciones religiosas profundas, los rituales y las creencias, ayudaban a dar un sentido a la muerte (Donación, órganos, 2003).

Después del fallecimiento, los miembros de la familia se ocupaban del entierro. Las mujeres lavaban y vestían el cadáver, mientras los hombres construían el ataúd y excavaban la tumba. (O'Connor, 2001).

En las antiguas costumbres rurales que se seguían en los casos de la muerte y duelo, el acercamiento de cada miembro de la familia con el que fallecía, ayudaba a los sobrevivientes a contemplar la muerte como algo natural, a aceptarla como parte del ciclo de la vida, no como un acercamiento extraño y terrible, sino como parte de la vida (O'Connor, 2001).

Con el traslado de la población a las ciudades para trabajar en fábricas, se inició el desarrollo de la negación cultural de la muerte, los hospitales se convirtieron en un lugar al cual acudir para recuperar la salud, la protección médica empezó a enfocar a la muerte como un fracaso y aceleró los esfuerzos para combatir a ese enemigo con tecnología cada vez más refinada, sofisticados medicamentos, cirugía y maquinaria (O'Connor, 2001).

De acuerdo con O'Connor (2001), más del 60% de las muertes ocurre en instituciones tales como hospitales y asilos. Con los avances de la medicina moderna y las medidas de que se dispone para prolongar la vida, a un gran número de personas se les traslada al hospital más cercano, donde los profesionales sanitarios que están en contacto con el paciente y su familia, son los primeros en informar y pueden ayudar utilizando la tecnología disponible.

Así, al aumentar el número de personas que ingresaban a los hospitales, primero el personal médico y después los familiares, asumieron de manera negativa la inminencia de la muerte. La persona en agonía empezó a ver la muerte como un enemigo y a luchar en su contra. La lucha por la vida ante circunstancias adversas siempre ha sido la última batalla perdida, el último fracaso (O'Connor, 2001).

De esta manera, actualmente se vive en una sociedad que desafía la muerte, que tiene miedo a los cambios, se apresura a terminar el duelo y tiene prisa por volver a la normalidad, lo que provoca que el proceso de duelo sea más difícil, negando la importancia y profundidad de los sentimientos (Psicoplanet, 2003).

Tal vez el principal obstáculo que impide comprender la muerte, es que el inconsciente es incapaz de aceptar que nuestra existencia o la de cualquier cosa tiene que acabar (Kubler, 1997).

3.1 DEFINICIÓN DE DUELO.

El duelo, del latín *dolus*, dolor, es la respuesta a una pérdida o separación. Son todos los sentimientos, reacciones y cambios que ocurren durante el proceso de cicatrización de una herida causada por la pérdida de algo; es decir, es la respuesta normal al dolor, es el proceso de recuperación después de que ocurre una pérdida perturbadora (O'Connor, 2001).

Una pérdida es una deprivación de algún tipo y origina dolor. (Donación.organos, 2003).

La experiencia de una pérdida es parte de la experiencia humana; a lo largo de la vida se sufren a menudo pérdidas (Donación.organos, 2003).

El sentido y la extensión de la pérdida son percibidos de modo diferente por cada persona. La mayoría de las pérdidas aparecen como negativas para quien las experimenta, por ejemplo, la muerte de un ser querido o la pérdida de bienes materiales. Sin embargo, otras pérdidas se reconocen más difícilmente. No derivan en principio de hechos desagradables, como las pérdidas originadas por el crecimiento. (Donación.organos, 2003).

Todo cambio positivo o negativo implica una pérdida y la necesidad de hacer un duelo, además, toda pérdida principal viene acompañada de pérdidas secundarias y toda pérdida física, de otras simbólicas:

- La pérdida de un ser querido es una pérdida principal. Puede generar en el doliente, dependiendo del rol que haya jugado en su vida, la pérdida de estatus, de lugar de residencia, de amistades, de relación con otros miembros de la familia, de entorno social. Estas pérdidas secundarias no siempre se identifican como tales y pueden causar problemas al originar reacciones que no se entienden y hacen sufrir.
- Una pérdida física, pérdida tangible que puede tocarse y verse, la pérdida de pareja, el robo de un coche, el incendio de una casa, conlleva a pérdidas simbólicas abstractas (Donación.organos, 2003).

La muerte y la separación son las dos pérdidas más importantes que puede experimentar una persona (O'Connor, 2001).

Cuanto más cercana sea la relación con el yo, más desconsoladora será la pérdida. La pérdida más absoluta y contundente es la muerte de uno mismo o un cambio radical en el cuerpo, como el perder la vista o un miembro, o una enfermedad física deteriorante (O'Connor, 2001), como es el caso de la diabetes, que implica además de la pérdida de la salud, la pérdida de la autonomía, de las funciones corporales, de la identidad, la intimidad, los contactos sociales, la autoestima, de las esperanzas, sueños y expectativas (Psicoplanet, 2003).

El segundo tipo de pérdida más seria, es la separación de personas significativas en nuestra vida por muerte, divorcio y abandono. Los ataques físicos como la violencia o violación o un accidente físico que requiera una restauración prolongada (Donación.organos, 2003).

El tercer nivel de pérdida que requiere ajustes a nuevas formas, incluye los cambios normales de desarrollo de la vida como la adolescencia, el inicio o final de una escuela, traslados, matrimonio, los cambios relacionados con la edad que ocurren en el cuerpo (perder el cabello, reducción de energía, o convertirse en abuelo (O'Connor, 2001).

3.2 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA MANERA DE AFRONTAR EL DUELO.

Aún cuando haya elementos comunes, una pérdida es vivida de manera única e individual (Psicoplanet, 2003), es decir, cada persona tiene una forma propia y exclusiva de elaborar el duelo, existen diferencias sutiles en la forma de reaccionar, en la duración y en la forma de enfocar y atravesar las etapas de duelo (O'Connor, 2001).

La extensión del trauma que produce una pérdida normalmente está relacionada con el grado de liga emocional que se tiene con la persona, lugar o cosa que se ha perdido (O'Connor, 2001) y con cuatro factores importantes: los factores psicológicos, los recursos personales, las circunstancias específicas de la muerte y los apoyos externos (Psicoplanet, 2003).

Grado de liga emocional: Como ya se mencionó anteriormente, la mayor pérdida que se puede tener es la propia muerte, la relación emocional más intensa y con frecuencia más confusa en nuestra vida, es con relación a uno mismo. La relación emocional que se tiene con otra persona, lugar u objeto está en proporción con la cantidad de dependencia existente. La dependencia se basa en las necesidades básicas de sobrevivencia incluyendo los aspectos físicos, emocionales, mentales y espirituales de la propia vida (O'Connor, 2001).

En buena medida, el temor que producen las pérdidas se origina al menos inconscientemente, por la amenaza que representan para la propia sobrevivencia (O'Connor, 2001).

Tipo de pérdida: El tipo de pérdida también determina la respuesta. La pérdida de una persona especial en la vida tiene un efecto, mientras que el perder un lugar importante como un vecindario, ciudad, escuela o lugar de empleo nos afecta de modo diferente. Otros tipos de pérdidas se relacionan con bienes materiales como un automóvil, un hogar etc.. Los cambios en la apariencia física se pueden considerar como un tipo especial de pérdida. Los cambios relacionados con la edad, accidentes o intervenciones quirúrgicas que dejen cicatrices son pérdidas que afectan la autoimagen de una persona (O'Connor, 2001).

La pérdida de un rol pertenece a otro tipo. En nuestra cultura, los roles son las formas más comunes en que una persona se define a sí mismo, el estado marital, el tipo de empleo, el nivel de educación, todos ellos son roles sociales (O'Connor, 2001).

Una persona puede sentir una pérdida confusa si ya no se dispone de alguno de estos roles para propiciar un sentido de identidad (Psicoplanet, 2003).

Lo mismo se aplica cuando existe una mudanza a una nueva casa. La casa y el vecindario se han sustituido, pero se extraña lo que la antigua casa significó para la persona (Psicoplanet, 2003).

Algunos objetos con valor sentimental son insustituibles. Los vínculos emocionales que recuerdan a personas especiales, lugares o acontecimientos del pasado. Ésta clase de pérdida con frecuencia es mucho más perturbadora que una pérdida financiera, es algo muy cercano al “yo” emocional (O’Connor, 2001).

-Recursos personales: De acuerdo con Donación de órganos (2003), la información de La respuesta a la pérdida y la manera de afrontar el duelo es análoga a otras respuestas vitales de cada persona. Dependen de:

- El grado de confianza en sí mismo
- Sus comportamientos adaptativos, personalidad, carácter y salud mental.
- El nivel de madurez e inteligencia, relacionados de manera positiva con una buena solución del duelo, al dar más posibilidades de entender las aplicaciones de esa pérdida.
- El haber o no sufrido otros duelos, que pueden afectar de manera positiva o negativa.
- La posibilidad de expresar el duelo.
- La concurrencia de otras crisis personales, que complican el duelo. Cada una de ellas demanda energía y atención.

La comprensión, implicaciones, manera de afrontar y expresar la pérdida, están incluidos siempre por el propio sentido de la existencia y la fundamentación religioso-filosófica, cultural y social del doliente (Psicoplanet, 2003.)

-Circunstancias específicas de la muerte: El modo y el momento de la pérdida influyen en la manera de vivenciar el duelo (Psicoplanet, 2003.).

No es lo mismo la muerte de un anciano que la de un niño. Los padres del niño experimentan ésta como innatural e injusta, o la muerte por una enfermedad terminal, que la súbita e imprevista. Tampoco es igual la muerte por suicidios o por actos violentos. (Psicoplanet, 2003.).

Un accidente de tráfico o un infarto, originan muertes muy difíciles de aceptar. Todavía más dramática resulta la muerte por suicidio, que deja sentimientos de culpa profundos. Así también, la muerte que resulta de actos violentos (asesinatos o violaciones), puede dejar en los dolientes la obsesión de pensar cómo habrá vivido su ser querido aquellos últimos momentos (Psicoplanet, 2003.).

3.3 ETAPAS DE DUELO:

Aún cuando traumática y difícil, la pérdida no es algo raro, es universal. Todos en algún momento de la vida tendrán que adaptarse a una pérdida por muerte, enfermedad, separación u otro cambio dramático (O'Connor, 2001).

El proceso de elaboración del duelo también es universal, y está tan sujeta a las influencias culturales como los rituales de la muerte y la inhumación. Las actitudes sociales prevalecientes dictan la forma en que se expresan las emociones (O'Connor, 2001).

La doctora Elisabeth Kubler-Ross (Citada por O'Connor, 2001), descubrió que en la elaboración del duelo, las personas experimentan periodos de negación, enojo, negociación y depresión antes de alcanzar la aceptación.

Sin embargo, como ya se mencionó, todos somos personalidades únicas, no todos los seres humanos atraviesan estas etapas en la misma forma ni con la misma duración (O'Connor, 2001).

-Negación: Durante esta fase algunas personas sienten una sacudida física, se apodera de ellas un estado de entumecimiento e incredulidad, éste es un estado protector que aísla al afligido de la angustia que se presentará en los siguientes meses para alcanzar la aceptación de la pérdida (O'Connor, 2001).

La etapa de negación generalmente dura de cuatro a seis semanas. Durante éste periodo es probable que algunas personas se sientan culpables porque no “sienten” nada, es posible que no lloren en el funeral, e incluso atiendan a otros que expresan su pena (O’Connor, 2001).

La negación es una defensa, una forma normal y sana de enfrentarse a una noticia horrible, inesperada, repentina. Permite a la persona considerar el posible fin de su vida y después volver a la vida como ha sido siempre (Kubler, 1997).

-Enojo: Cuando ya no es posible continuar negándolo, la actitud es reemplazada por la rabia (Kubler, 1997). El enojo se puede expresar externamente como rabia, o externalizarse y experimentarse en forma de depresión. Pero en el fondo, el enojo es temor. Temor a no poder satisfacer las propias necesidades, a tomar decisiones, el miedo a no ser capaz de manejar la sobrevivencia financiera, emocional y física (O’Connor, 2001).

Cuando se expresa externamente, el enojo se puede proyectar hacia otras personas. El culpar a otros es una forma de evitar el dolor, la aflicción y desesperación personales de tener que aceptar el hecho de que la vida deberá continuar sin aquello que se ha perdido (O’Connor, 2001).

Negociación: La negociación puede consistir en desear, en el caso de haber tenido una pérdida de salud (como en el caso de la diabetes tipo 2), que se descubra una nueva cura milagrosa, o hacer tratos con Dios para que el diagnóstico de la enfermedad esté equivocado. La negociación prosigue en la mente como una ayuda para ganar tiempo antes de aceptar la verdad de la situación (O’Connor, 2001).

Depresión: La depresión se define con frecuencia, como enojo dirigido hacia adentro, incluye sentimientos de desamparo, falta de esperanza e impotencia; es un trastorno del ánimo. También intervienen en ella sentimientos de tristeza, decepción y/o soledad (O’Connor, 2001)

Cuando una persona esta deprimida, suele alejarse de la gente y las actividades, pierde la capacidad de sentir placer, gozo y evita las situaciones agradables que antes experimentaba en la vida. Una depresión moderada es normal después de sufrir alguna pérdida (O'Connor, 2001).

Aceptación: Si a las personas que han sufrido una pérdida se les da la oportunidad de expresar su rabia, llorar y lamentarse, concluir sus asuntos pendientes, hablar de sus temores y pasar por las fases anteriores, van a llegar a la última etapa que es la aceptación (Kubler, 1997).

La aceptación es un periodo de resignación silenciosa y meditativa, de expectación apacible (O'Connor, 2001).

En el caso específico de una persona con diabetes, ésta tiene que enfrentarse a situaciones nuevas en su vida cotidiana, como vigilar su salud, prevenir complicaciones y manejar los problemas emocionales y sociales (Durán et.al, 2001).

La persona considera a la diabetes, no sólo como un deterioro corporal, sino también como algo que puede alterar o destruir su personalidad. Se considera una persona diferente de la que era antes de recibir el diagnóstico (Durán et.al, 2001).

De acuerdo con Durán (et.al, 2001) al recibir el diagnóstico, el diabético y todas las personas con una enfermedad crónica (de por vida) experimentan cuatro momentos: negación, temor, súplica y aceptación.

-Negación: En la negación, la persona siente y piensa que la enfermedad no es parte suya y considera que no debió haberle atacado, pues llevaba una vida ordenada, era buena mujer o buen hombre y estima que es imposible que la diabetes se instale en su vida.

-Temor: Surge el miedo a quedar inválido y/o morir por causa de esta enfermedad, ser derrotado por ella provoca frustración y depresión, que finalmente llevarán a alterar las estructuras física, psicológica y social. Dicho temor se presenta debido al desconocimiento de la historia natural de la enfermedad (causas, evolución, acciones preventivas y curativas) y de las medidas para controlarla.

-Súplica: Fase en la que la persona con diabetes pide a su médico, familiares, curandero y demás personas, que le ayuden a cualquier precio a deshacerse de la enfermedad. En ese momento, muchos pierden grandes cantidades de dinero, con el fin de conseguir una “cura”.

-Aceptación: Momento en el que el enfermo acepta vivir con el padecimiento; ha reorganizado su vida y buscado información acerca de la enfermedad.

3.4 TRATAMIENTO

La pérdida de alguien significativo produce una amplia gama de reacciones que, como se mencionó anteriormente, son normales después de dicha experiencia (Woden, 2004).

El duelo históricamente lo ha facilitado la familia, la iglesia y otras costumbres sociales. Sin embargo, algunas personas no realizan de manera eficaz las tareas de duelo y buscan asesoramiento profesional para que se les ayude con los pensamientos, sentimientos y conductas que no pueden afrontar (Woden, 2004).

El objetivo global del asesoramiento en procesos de duelo, es ayudar a la persona que ha sufrido la pérdida, a completar cualquier cuestión no resuelta. De acuerdo con Woden (2004), existen objetivos específicos que corresponden a las cuatro tareas de duelo:

1. Aumentar la realidad de la pérdida.
2. Ayudar a la persona asesorada a tratar tanto las emociones expresadas como las latentes.
3. Ayudar a superar los diferentes obstáculos para reajustarse después de la pérdida.

4. Ayudarla a encontrar una manera de recordar lo que ha perdido y sentirse cómoda volviendo otra vez a vivir su vida.

Independientemente de la propia filosofía respecto al asesoramiento y del contexto de trabajo, existen ciertos principios y procedimientos que ayudan a hacer el asesoramiento en el duelo eficaz.

Principio uno: ayudar a la persona a hacer real la pérdida. Cuando hay una pérdida importante, existe una sensación de irrealidad, de que no ocurrió realmente. Además, la primera tarea es llegar a tener una conciencia más clara de que la pérdida ha ocurrido de verdad, se debe aceptar esta realidad para poder afrontar el impacto emocional. Y una de las mejores maneras es ayudar a la persona a hablar de la misma. Lo anterior puede realizarse efectuando preguntas que enlacen circunstancias que rodearon a la pérdida (Woden, 2004).

Principio dos: ayudar al superviviente a identificar y experimentar sus sentimientos. Debido a su dolor y su disgusto, la persona que ha sufrido la pérdida puede no reconocer los sentimientos que esta experimentando, o puede que no los sienta en el grado necesario. Algunas personas buscan asesoramiento buscando un alivio inmediato al dolor; quieren una píldora que les ayude a atenuarlo y una parte esencial de la intervención es ayudarles a aceptarlo y trabajarlo. Algunos de los sentimientos más problemáticos son el enfado, la culpa, la ansiedad, la impotencia y la soledad. En el caso específico de la diabetes, la persona piensa que pierde su fuerza vital, lo que deteriora en gran medida su autoimagen

Principio tres: ayudar a la persona a vivir sin aquello que ha perdido. Este principio implica ayudar a las personas a adaptarse a una pérdida y facilitar su capacidad para vivir sin aquello que se ha perdido.

Como principio general, a la persona que ha sufrido una pérdida reciente, se le debe recomendar no tomar decisiones que produzcan cambios importantes en su vida, como vender propiedades, cambiar de trabajo o carrera, o adoptar hijos.

Es difícil tener un buen juicio en la fase aguda del duelo, en las que existe el riesgo elevado de reaccionar de manera desadaptada.

Principio cuatro: Ayudar a encontrar significado a la pérdida. Uno de los objetivos del asesoramiento psicológico es encontrar significado en haber sufrido una pérdida. En otras palabras, la capacidad de retribuir significado a un mundo transformado puede ser más importante que el contenido específico con el que se satisface la necesidad.

Principio cinco: facilitar la recolocación emocional de lo que se ha perdido.

Principio seis: Dar tiempo para elaborar el duelo. La elaboración del duelo requiere tiempo. Es el proceso de cortar cuerdas, y dicho proceso es gradual. La mayoría de las personas se impacientan por superar la pérdida y el dolor, y por volver a una rutina normal, y eso puede suponer un obstáculo. Se debe tener en cuenta que la intervención se puede alargar durante algún tiempo.

Principio siete: Interpretar la conducta normal. Después de una pérdida significativa, muchas personas tienen la sensación de que están volviéndose locas. Esto se puede intensificar cuando se distraen y experimentan cosas que normalmente no forman parte de su vida. Si el asesor tiene una idea clara de lo que es una conducta normal, puede tranquilizar a la persona y decirle que estas experiencias nuevas son normales.

Principio ocho: Permitir las diferencias individuales. Existe un amplio rango de respuestas conductuales en el duelo. Es importante no esperar que todas las personas elaboren el duelo de la misma manera. El duelo es un fenómeno con una enorme variabilidad interpersonal, con fuertes diferencias individuales en la intensidad de las reacciones afectivas, el grado del daño y perjuicio así como el tiempo que una persona experimenta el dolor de la pérdida.

Principio nueve: Examinar las defensas y estilos de afrontamiento. El principio noveno implica ayudar a la persona a examinar sus defensas y sus estilos de afrontamiento, porque se intensificarán después de una pérdida significativa, ya que a partir de ello se puede definir qué defensas y estilos presagian una conducta competente.

Principio diez: Identificar patologías y derivar. Es importante que el asesor reconozca sus limitaciones y sepa cuando derivar a su paciente, debido a que presenta un duelo patológico.

En el caso específico de una pérdida debida al diagnóstico de una enfermedad crónico-degenerativa, en este caso de diabetes, existen grupos de autoayuda, en los que, personas en duelo por una pérdida de la salud ofrecen ayuda a otras personas en la misma situación.

El objetivo es hacer conciencia de las emociones que nos invaden y aprender a canalizarlas de manera adecuada, de tal manera que la enfermedad se convierta en una oportunidad para mejorar la calidad de vida.

CAPÍTULO 4: DIAGNÓSTICO

Según Kilo (1991) el diagnóstico es una evaluación clínica de un problema y es el elemento inicial y siempre importante en el control del paciente. Los signos y los síntomas del paciente y los resultados de pruebas diagnósticas, constituyen una parte importante para el diagnóstico, sin embargo, estos elementos deben ser interpretados a partir de la confección cuidadosa de una historia clínica, un examen físico completo y las pruebas de laboratorio adecuadas; en el caso de la diabetes, es una prueba llamada glucemia basal iguales o superiores a 140 mg. por 100 ml. en ayunas por lo menos en una ocasión. El diagnóstico puede establecerse a este respecto, la mayoría de los médicos opinan que sólo una glucemia basal bien realizada es suficiente para declarar la enfermedad (Figuerola, 1996; citado por Velásquez y Villicaña, 1999).

Brauer (1967, p. 7) afirma que el proceso de diagnóstico debe iniciarse en el primer contacto con la persona que posee el padecimiento. Su aspecto general y su comportamiento, “la manera en que expone su historia y las respuestas que dan pueden ser muy valiosas”.

Así también, menciona que el diagnóstico debiera ser algo más que colocar simplemente un caso en una o más de las casillas edificadas para la ciencia médica, es decir, rotular a una persona con uno o más de los términos de enfermedad. El término diagnóstico traducido literalmente en griego significa “comprensión plena de parte a parte”; en medicina, es la comprensión plena del trastorno de la persona anatómica, fisiológica, somática y psíquicamente.

Los seres humanos ven al diagnóstico como algo que los va a destruir, invalidar y conducir a la muerte y el impacto de la experiencia del diagnóstico puede incrementar o atenuar lo que se piensa; como también menciona Brauer (1967) las personas ven a la enfermedad desde perspectivas diferentes y se enfrentan a ella en momentos distintos.

El hecho de que el médico deba anunciar a una persona que no va a poder curar su enfermedad, supone el acto más sublime de la práctica médica y, probablemente, el más difícil de su carrera (Gómez, 2000).

Gómez (2000), afirma que de la manera en que se informe al paciente de su situación, dependerá en gran medida el acontecer de éste. Desde que el enfermo es diagnosticado hasta el final de sus días, muchos de los acontecimientos que se sucedan van a depender de la información recibida.

En la revista muy interesante (1996, citada en Gómez, 2000, pp. 30) un abogado menciona que “gran parte de las demandas por negligencia son debidas en realidad a quejas sobre una mala información. Hay médicos que no escuchan al enfermo, que no explican de manera asequible el diagnóstico, el tratamiento, los riesgos y las secuelas que este último puede producir. Hay que buscar un modo de restablecer la comunicación entre el médico y el paciente, de manera que se dramatice todo lo que supone una demanda civil”.

De acuerdo con Gómez (2000), la mayoría de los médicos establece una distancia emocional con su enfermo, centrándose y ocupándose exclusivamente de los aspectos físicos de la enfermedad. Esta actitud del médico bloquea en gran medida su capacidad terapéutica, entre otras cosas, por dejar al paciente a solas con su problema.

Gómez (2000), afirma que los médicos cada vez hablan menos y escuchan menos a los enfermos, y los enfermos, sobre todo los enfermos graves e incurables necesitan la palabra confortante de su médico y necesitan ser escuchados por su médico. “El médico actual no tiene idea del poderío de la palabra, cree en el poder de la química, pero no en el poder de la palabra”.

Dicen los oncólogos rusos Shubin y Gritsman (1989; citado por Gómez, 2000), que el buen médico cura no solamente con los medicamentos, sino también con la fuerza de la palabra. Esto encierra la propia esencia de la profesión cuyo nombre en el idioma ruso proviene de la palabra antigua “vrat” que significa hablar, conjurar.

Específicamente en personas con diabetes, Murillo (1999) comenta que uno de los momentos más significativos, es la primera toma de contacto con la enfermedad “todas las personas con diabetes con las que he hablado recuerdan con lujo de detalle el instante en que el médico les comunicó que padecían diabetes. Muchos de ellos, al evocar ese día, reproducían los mismos pensamientos, sentimientos y emociones que tuvieron entonces”.

Así mismo, afirma que la relación médico-paciente afecta a ambos, pues la enfermedad es un fenómeno, pero normalmente este aspecto no se toma en consideración. Dice que los pacientes con dolencias crónicas como la diabetes, agradecen la empatía y sensibilidad que muestra el médico, mostrándose próximo y participativo de las emociones del enfermo.

El médico es, habitualmente, quien aporta un porcentaje más elevado a la hora de la decisión sobre lo que se dice y cómo se dice. Y ello por una razón bien simple: el médico es quien primero conoce el diagnóstico y quien está profesionalmente capacitado para poder aventurar un diagnóstico (Gómez, 2000).

En el ejercicio de la medicina, los médicos hablan de los síntomas, de los malestares, de los exámenes exploratorios, de los resultados de análisis, de las prescripciones que hay que observar, de los honorarios que hay que pagar. El paciente raras veces tiene la confianza de hablar explícitamente de sus preocupaciones profundas, de sus deseos, de sus fracasos, de sus esperanzas, de sus decepciones, pero es más raro aún que el médico escuche la palabra del paciente o que lo invite a dialogar a ese nivel, o que simplemente le de el tiempo para que se exprese de manera verdaderamente personal. “Esto llevaría mucho tiempo, sin duda, pero sobre todo, esto llevaría al médico escuchar preguntas que no está preparado a recibir” (Gómez, 2000).

Las facultades de medicina consideran como misión lograr hacer del estudiante un buen técnico. El estudiante aprende técnicas muy sofisticadas que a veces no utiliza, y sin embargo, no aprende a dar una mala noticia al enfermo, algo que tendrá que hacer muchas veces a lo largo de su carrera (Gómez, 2000).

Para los médicos, resulta inútil encontrar en los libros de texto de medicina o cirugía, cualquier tipo de orientación, bien sea teórica o doctrinal, basada en la propia experiencia de los autores (de catedráticos y profesores), que puedan servir como norma de conducta o como guía de referencia para dar el diagnóstico de alguna enfermedad (Gómez, 2000).

Parece como si estos aspectos de la relación del médico con el enfermo en cuanto a persona humana, y la manera de cómo plantearle el diagnóstico de la enfermedad, rebasaran el campo de la medicina y quedaran relegados a lo que, suele ser preferido como tarea de los humanistas. Se establece en la práctica una separación que sitúa en un campo lo técnico-científico, y en el otro los valores humanos, sin apenas dejar margen para un puente muy pequeño entre ellos (Gómez, 2000).

De acuerdo con Gómez (2000), Los estudiantes de medicina se pasan años aprendiendo a diagnosticar, pero apenas dedican unos minutos a aprender la mejor manera de comunicar dicho diagnóstico.

Las personas con algún padecimiento que sienten que no les han dicho lo suficiente, a menudo sufren un sentimiento de inseguridad, debido en parte, a la limitación respecto a su diagnóstico preciso o respecto a su pronóstico a largo plazo, y por otra parte, a que reciben falta de interés profesional con respecto a su proceso, falta de atención médica adecuada y mantenida, falta de información respecto a lo que puede suceder en un futuro inmediato (Brewin, 1977; citado por Gómez, 2000).

Aunque existen imperativos legales nunca se debe olvidar que, informar a una persona que tiene una enfermedad incurable es, antes que nada, un acto incuestionablemente humano (Gómez, 2000).

La comunicación es una ciencia que no se debe improvisar y el médico debe tener buenos conocimientos sobre comunicación (Gómez, 2000).

El papel del médico rebasa los simples problemas técnicos y jurídicos; el objetivo de su trabajo no es una máquina y en el último término no le corresponde pronunciar sencillamente una sentencia, ni mucho menos, destruir una esperanza, o en palabras de Laín Entralgo (1961, citado en Gómez, 2000):

“...sin la afable e inteligente prudencia que exige la practica decorosa de la medicina, la comunicación del pronóstico será con frecuencia ocasión de daño para el enfermo y de desprestigio para el médico mismo” p. 19.

Por tal motivo, se dice que el comunicar el diagnóstico de una enfermedad es un arte (Gómez, 2000).

Existen diversas formas de dar las malas noticias, no hay una fórmula. No hay una forma justa o una forma equivocada para hacerlo. Ningún médico con sentido común usaría la misma técnica para todos los pacientes (Gómez, 2000). Los enfermos son demasiado distintos para ser tratados igual, ningún médico puede decirle a otro como conducirse con un paciente en el momento del diagnóstico. Se trata de una situación muy personal y que varía de médico a médico y de paciente a paciente (Dunphy 1976; citado por Gómez, 2000).

Su experiencia y su formación profesional, su bagaje cultural y su estatura humana, son las herramientas de que dispone el médico para enfrentarse a tal tarea (Gómez, 2000).

Hay que tener también en cuenta las reacciones del enfermo ante la noticia. Una enfermedad puede despertar una infinidad de temores en el paciente y cada individuo reacciona por una mezcla única de miedos y de inquietudes. Esta diversidad de reacciones hace imposible la generalización (Gómez, 2000).

El conocimiento que se tenga de una determinada enfermedad, por profundo que sea, no permite al médico forzosamente prever la reacción del enfermo ante su aparición (Gómez, 2000).

La reacción de un individuo a la noticia de su enfermedad, depende con frecuencia de su biografía y de su modo de vida; un caso leve de osteoporosis en un pie, tendría poca incidencia en la vida de la mayoría de las personas, mientras que sería una catástrofe para un futbolista o un bailarín (Gómez, 2000).

Es preciso hacerse una idea de lo que el paciente sabe de su enfermedad, en particular de su gravedad y el grado en que podría cambiar su futuro. Se trata de un elemento esencial y que requiere una gran atención y competencias de escucha importantes por parte del médico (Gómez, 2000).

De acuerdo con Tamburini, Filiberto, Gamba, Ventafridda (1988; citados por Gómez, 2000), en la comunicación del diagnóstico es esencial individualizar y considerar algunos elementos o variables que puedan servir de orientación para ser más o menos explícitos a la hora de dar información a la persona, así como para determinar la necesidad de diseñar estrategias complementarias de soporte:

- Equilibrio psicológico del enfermo: Aunque se trata de una tarea difícil para los médicos, para lo cual no se ha recibido una formación adecuada, es imprescindible intentar prever, lo mejor posible las reacciones emotivo-afectivas que puede provocar el anuncio de un diagnóstico. En este sentido puede ser de gran utilidad investigar y conocer las reacciones del enfermo y sus familiares en otras situaciones difíciles de su vida, Hay que resaltar la importancia que tiene la familia, ya que de alguna manera, el futuro estará ligado y dependerá del clima familiar. Además el médico debe distinguir entre una persona con un desequilibrio psicológico importante, que le obligará a ser cauto en la información.

- Gravedad de la enfermedad y estado evolutivo: Es distinta la situación psicológica de un individuo en el momento que aparecen los primeros síntomas y se hacen las primeras aproximaciones diagnósticas, que cuando la persona sufre una recaída o, peor aún, cuando se encuentra en fase terminal, en la cual se debe tomar conciencia de que existen pocas posibilidades realistas de curación.
- Edad: Se puede pensar que efecto puede tener para un anciano el diagnóstico de una enfermedad asociada comúnmente con la muerte, cuando la vejez es de por sí percibida, sobre todo en nuestra cultura, como “enfermedad” y antesala la muerte. En una persona joven, por el contrario, puede ser necesario ser más explícito en la información, ya que, precisamente por ser joven, se intentarán tratamientos más agresivos y será más necesaria su colaboración activa en el proceso terapéutico y la movilización de todas sus energías psicofísicas.
- Impacto emocional sobre la parte enferma: Algunas partes del cuerpo están caracterizadas por un importante significado simbólico, por ejemplo, los órganos genitales. Este extremo es preciso tenerlo en cuenta, tanto a la hora de informar, como en el momento de elegir una u otra terapia.
- Tipo de tratamiento: Si se pretende llevar a cabo una cirugía mutilante, obligará al médico a ser más explícito en la información.
- Rol social: Es preciso considerar el rol social de la persona con el padecimiento y su proyecto vital en ese momento. Un clima de desorientación y miedo en la persona afectada y la familia, hará muy difícil la elaboración de un proyecto vital mínimamente realista.

Un aspecto importante a considerar, en el caso de la diabetes específicamente, es el hecho de que las personas quienes la padecen, suelen asociarla con la muerte. Por ello se considera de vital importancia, además de tomar en cuenta todos los aspectos anteriores, explorar la información que la persona tiene con respecto a la enfermedad.

METODOLOGÍA

El propósito de esta investigación es indagar cómo vive la gente la experiencia del diagnóstico de su padecimiento, en este caso, la Diabetes Tipo 2, es decir, conocer los pensamientos, sentimientos, emociones, sensaciones y acciones que se manifiestan en la persona en el momento que le diagnostican la enfermedad y después de que ha sido diagnosticada.

Se consideró que no era adecuado utilizar una metodología cuantitativa, la cual se basa en medir los fenómenos y comprobarlos estadísticamente, por lo que se decidió realizar una investigación cualitativa, que como lo dice Nátera y Mora (1999, citado en Mercado y Torres, 2000) implica un mayor énfasis en los procesos y significados, que no pueden ser rigurosamente medidos en términos de cantidad, frecuencia e intensidad, a diferencia de los cuantitativos.

La metodología de la teoría fundamentada basada en los fundamentos filosóficos de la fenomenología y del interaccionismo simbólico, es la metodología que empleada en esta investigación.

FENOMENOLOGÍA

Según Husserl, la tarea de la filosofía fenomenológica es construir la filosofía como una ciencia rigurosa de acuerdo con el modelo de las ciencias físico-naturales del siglo XIX, pero diferenciándose de éstas por su carácter puramente contemplativo (citado en Rodríguez, Gil y García, 1999).

"Epistemicamente, el fenomenalismo es una teoría que afirma que no podemos conocer las cosas como son en sí, sino tan sólo su apariencia... Únicamente podemos conocer que las cosas son, pero no podemos conocer lo que son... las cualidades secundarias, tales como los colores, el sabor, los olores, etc., no residen en las cosas, sino que son originadas solamente por la conciencia... además... niega que en las cosas residan las cualidades primarias (la forma, la extensión, el movimiento) y las propiedades espacio-temporales, y las ubica a todas en la conciencia" (Hessen, 1996. pp. 92-93).

"Su objeto de estudio, de acuerdo a varios autores de esta corriente, es la forma como los hombres comunes de una sociedad construyen y reconstruyen el mundo de la vida diaria a través del conocimiento y la interacción, y especialmente, como proceden para producir y experimentar la vida diaria" (Mercado 1996. p. 48).

En la fenomenología se afirma que la conducta de cada ser humano en cualquier momento está determinada principalmente por la percepción del mundo que tenga el individuo. Esta teoría supone que cada persona es única, que la perspectiva de la realidad de cada persona es un poco diferente de la de los demás y que el comportamiento de cada persona refleja esa perspectiva (cambiante) conforme se dá de un momento a otro (Bernstein y Nietzel, 1982).

Estos autores indican que la mayoría de las versiones del modelo fenomenológico comparten los siguientes puntos:

- A los seres humanos se les considera como personas activas, pensantes, que son responsables de manera individual de las cosas que hacen y completamente capaces de elaborar planes y elegir opciones sobre su comportamiento.

- A pesar de que el modelo fenomenológico reconoce la existencia de las necesidades biológicas, les resta importancia como determinantes de la conducta y su desarrollo. En lugar de esto, supone que cada persona nace con una "potencia para el desarrollo" y que ésta proporciona el motor de la conducta. También supone que las personas son esencialmente buenas y que luchan de manera natural por lograr la creatividad, el amor, la felicidad, la armonía y otras metas positivas.

- Este modelo considera que nadie puede comprender verdaderamente a otra persona a menos que hubiese percibido el mundo a través de sus ojos. Se rechaza el uso de etiquetas peyorativas para la conducta problemática y supone que toda la actividad humana es normal, racional y comprensible cuando se le considera desde el punto de vista de la persona que se está observando.

- En el trabajo clínico, a las personas no se les puede tratar como objetos, son seres humanos y nuestros semejantes. De acuerdo con el modelo fenomenológico se logra una información muy pobre por medio de la acumulación de datos de evaluación orientados históricamente o de buscar la manera de ayudar a la persona a que resuelva un problema situacional en particular debido a que 1) el pasado es menos importante que el presente, y 2) ayudar a una persona a resolver un problema puede simplemente crear otro problema al fomentar la dependencia y sofocar el crecimiento.

Rodríguez, Gil y García (1999) plantean como diferencia fundamental de la investigación fenomenológica, frente a otras corrientes de investigación cualitativa, el énfasis en lo individual y sobre la experiencia subjetiva. La fenomenología es la investigación sistemática de la subjetividad.

Esta forma de investigación admite "que los significados subjetivos de los actores sobre el mundo de la vida, se sustentan en un conjunto de conocimientos que comparten con los demás, compuestos por construcciones y categorías del sentido común cuyo origen es de naturaleza social" (Mercado 1996. p. 48).

Por tanto, las imágenes, teorías, ideas, valores o actitudes se aplican a la experiencia dándole un significado específico. Este significado del sentido común, es además un recurso mediante el cual la persona interpreta la experiencia, comprende las intenciones y motivaciones de la gente de su entorno, logra un entendimiento intersubjetivo y posibilita la coordinación de sus acciones (Holstein y Gubrium, 1994; citado en Mercado, 1996).

La investigación fenomenológica sostiene que el conocimiento del sentido común, a la par que el conocimiento científico, comparte el hecho de centrarse en la construcción de la realidad, y por tanto, aunque diferentes, son igualmente válidos al reflejar la realidad objetiva del mundo externo (Gerhardt, 1990b; citado en Mercado, 1996).

Para Van Manen (1990; citado por Rodríguez, Gil y García, 1999), el sentido y las tareas de la investigación fenomenológica se pueden resumir en los siguientes ocho puntos:

1. La investigación fenomenológica es el estudio de la experiencia vital, del mundo de la vida, de la cotidianidad. Lo cotidiano, en sentido fenomenológico, es la experiencia no conceptualizada o categorizada.

2. La investigación fenomenológica es la explicación de los fenómenos dados a la conciencia. Ser consciente implica una transitividad, una intencionalidad. Toda conciencia es conciencia de algo.

3. La investigación fenomenológica es el estudio de las esencias. La fenomenología se cuestiona por la verdadera naturaleza de los fenómenos. La esencia de un fenómeno es universal, es un intento sistemático de desvelar las estructuras significativas internas del mundo de la vida.

4. La investigación fenomenológica es la descripción de los significados vividos, existenciales. La fenomenología procura explicar los significados en los que estamos inmersos en nuestra vida cotidiana, y no las relaciones estadísticas a partir de una serie de variables, el predominio de tales o cuales opiniones sociales, o la frecuencia de algunos comportamientos.

5. La investigación fenomenológica es el estudio científico-humano de los fenómenos. La fenomenología puede considerarse ciencia en sentido amplio, es decir, un saber sistemático, explícito, autocrítico e intersubjetivo.

6. La investigación fenomenológica es la práctica atenta de las meditaciones. Este estudio del pensamiento tiene que ser útil e iluminar la atención a la salud todos los días.

7. La investigación fenomenológica es la exploración del significado del ser humano. En otras palabras: qué es ser en el mundo, qué quiere decir ser hombre, mujer o niño en el conjunto de su mundo de vida, de su entorno socio-cultural.

8. La investigación fenomenológica es el pensar sobre la experiencia originaria.

"En definitiva, la fenomenología busca conocer los significados que los individuos dan a su experiencia, lo importante es aprehender el proceso de interpretación por el que la gente define su mundo y actúa en consecuencia. El fenomenólogo intenta ver las cosas desde el punto de vista de otras personas, describiendo, comprendiendo e interpretando." (Rodríguez, Gil y García, 1999 p. 42).

Y como resultado de un estudio fenomenológico se obtiene una narración que dibuja un modelo, una descripción de las invariantes estructurales de un determinado tipo de experiencia (Dukes, 1984: 201, citado por Rodríguez, Gil y García, 1999 p. 42).

TEORÍA FUNDAMENTADA

La teoría fundamentada surge del interaccionismo simbólico, cuyos principales representantes fueron Mead (1969, citado por Strauss y Corbin, 1998) y Blumer (1969) que proponen un modelo reflexivo de la persona, del individuo como agente activo capaz de modificar su visión de sí mismo, el cual se produce inicialmente a partir de la interacción social.

Bajo esta línea, el investigador intenta determinar qué significado simbólico tienen los artefactos, gestos y palabras para los grupos sociales y cómo interactúan unos con otros. Desde esta perspectiva el investigador espera construir lo que los participantes ven como su realidad social (Rodríguez, Gil y García, 1999).

Cuba y Lincon, (1994, citados por Natera y Mora en Mercado, 2000), resaltan la importancia del interaccionismo simbólico para comprender el proceso de construcción de los significados y mencionan tres premisas fundamentales:

1. Los actos humanos se dirigen hacia los objetos físicos y hacia su medio ambiente, conforme a los significados que esos objetos tienen para ellos.

2. Estos significados proceden de la interacción social entre los individuos. Esta interacción es simbólica porque la comunicación producida es a través del lenguaje y otros símbolos mediante los cuales se crean nuevos significados.

3. Los significados, mediante un proceso interpretativo, son establecidos y modificados por el actor social, quien los selecciona, reagrupa y transforma a la luz de una situación en la cual es colocado en dirección de su acción. Los significados son usados y revisados como instrumentos para la guía y formación de la acción.

La teoría fundamentada es una metodología general para desarrollar teoría, que está fundamentada en una recogida y análisis sistemático de datos. La teoría se desarrolla durante la investigación, y esto se realiza a través de una continua interpelación entre el análisis y la recogida de los datos (Strauss y Corbin, 1998).

Su metodología implica explícitamente la generación de teoría y la realización de la investigación social como dos partes del mismo proceso (Strauss y Corbin, 1998).

La principal diferencia que existe entre este método y otros cualitativos reside precisamente en su énfasis en la generación de teoría. El investigador cualitativo que hace uso de la teoría fundamentada asume la responsabilidad de interpretar lo que observa, escucha o lee. (Rodríguez, Gil y García, 1999 p.48).

El énfasis en la teoría fundamentada está en el significado subjetivo de los sujetos estudiados, en los valores, creencias, hábitos y emociones dentro de un contexto cultural, entendiendo por cultura un sistema de significados que sirven de guía para la acción, la experiencia y la conducta social (Nátera y Mora, 2000 citado en Mercado, 2000).

El enfoque del que parte la teoría fundamentada es el de descubrir teorías, conceptos, hipótesis y proposiciones partiendo directamente de los datos, y no de supuestos a priori, de otras investigaciones o de marcos teóricos existentes (Taylor y Bogdan, 1987; Rodríguez, Gil y García, 1999).

Se considera que al inicio de la investigación es útil contar con una conceptualización teórica, que ofrezca orientación al entrar en contacto con las personas de estudio, pero lo ideal es tratar de reducir al máximo las concepciones previas.

Por tanto, la teoría se desarrolla en íntima relación con los datos y los investigadores son conscientes de su papel como instrumentos para el desarrollo de la teoría que está siendo generada (Strauss y Corbin, 1998).

La teoría puede ser generada inicialmente a partir de los datos, o también si existen teorías fundamentadas que parecieran apropiadas para el área de investigación, podrían retomarse y modificarse conforme los datos entran en contacto con ellas (Strauss y Corbin, 1998).

La teoría se construye a partir de un proceso inductivo y, mediante el análisis cualitativo, se van formulando las interpretaciones teóricas de los datos producidos en la realidad, lo que provee importantes significados para la comprensión del mundo de los actores sociales. Por ello es fundamental identificar los mecanismos generativos de la conducta social, dilucidar los medios por los cuales las personas construyen su actuación social. La propuesta es acercarse "a ver lo que ellos ven", "saber lo que ellos saben", "comprender lo que ellos comprenden" y explicar los eventos como suceden en la vida real (Nátera y Mora, 2000; citado en Mercado y Torres, 2000).

La teoría se desarrolla durante la investigación, la cual se da en la interacción entre el análisis y la recolección de datos (Strauss y Corbin, 1998). A través del proceso de teorización el investigador descubre o manipula categorías abstractas y relaciones entre ellas, utilizando esta teoría para desarrollar o confirmar las explicaciones del cómo y por qué de los fenómenos (Rodríguez, Gil y García, .1999).

Uno de los aspectos más importantes es que la recolección de la información, la codificación y el análisis deben hacerse simultáneamente. La intención es construir de manera activa el conocimiento a través de la interacción entre las diferentes fases de la investigación (Natera y Mora, 2000; citado en Mercado y Torres, 2000).

Glaser y Strauss (1967) diferencian dos tipos de teorías: las sustantivas y las formales. Las primeras se relacionan con un área sustancial o concreta de investigación, por ejemplo, hospitales. Las teorías formales se refieren a áreas conceptuales de investigación, tales como los estigmas o la socialización.

Las dos estrategias fundamentales que estos mismos autores proponen para desarrollar teoría son el método de la comparación constante y el muestreo teórico (Taylor y Bogdan, 1987).

Según Rodríguez, Gil y García, (1999), a través del método de la comparación constante, el investigador codifica y analiza los datos de forma simultánea para desarrollar conceptos. Su aplicación supone una contrastación de las categorías, propiedades e hipótesis que surgen a lo largo de un estudio en sucesivos marcos o conceptos.

Conforme lo indican estos mismos autores, este procedimiento se desarrolla en cuatro etapas:

- Comparación de los datos.
- Integración de cada categoría con sus propiedades.
- Delimitar la teoría que comienza a desarrollarse.
- Recoger la redacción de la teoría la cual se produce después de un proceso de saturación de los incidentes pertenecientes a cada categoría.

En cada una de estas etapas se producen diferentes tipos de comparaciones.

En complemento, a través del muestreo teórico, el investigador selecciona nuevos casos a estudiar, o bien acude recurrentemente a los mismos informantes según su potencial para ayudar a refinar o expandir los conceptos y teorías ya desarrollados.

Lo importante no es el número de casos, sino la potencialidad de cada uno para ayudar al investigador a desarrollar una mayor comprensión teórica sobre el área que está estudiando.

El muestreo teórico permite conocer el momento en que se detendrá el proceso de recabar información. No es un muestreo estadístico en sí mismo, sino un proceso que hace referencia a la forma de obtención del material necesario para construir los conceptos que son relevantes para la teoría que se está construyendo.

El muestreo se basa en eventos o incidentes, más que en las personas como tales, lo que permite el desarrollo de categorías conceptuales. El interés es registrar información acerca de lo que las personas hacen en términos de acción e interacción, bajo qué condiciones hay variaciones o permanencia de dicha acción, cuál es el impacto y las consecuencias de cierta conducta, etc. (Nátera y Mora, 2000 citado en Mercado, 2000).

Mercado (1996) indica que toda investigación inicia con preguntas generales que se formulan en torno a un área sustantiva o empírica y con los datos de la experiencia vivida por los sujetos. Y es precisamente esta experiencia vivida la que define la aproximación para la recolección y el análisis de los datos.

De los datos surgen temas recurrentes (categorías menores) que deben ser seguidos por el investigador, y que reformulan o cambian las preguntas iniciales. Estas categorías menores se fortalecen, comprueban y definen más claramente a partir de los datos.

Las categorías emergentes dirigen la recolección de la información posterior, tanto en el trabajo de campo como en el proceso de codificación, elaboración de apuntes, integración y redacción de la teoría que se desarrolla. Son estas categorías emergentes las que explican y conceptualizan los datos, los conocimientos del sentido común de los datos y otras interpretaciones teóricas.

Este proceso de la metodología comparativa del desarrollo de categorías y teoría en relación con los datos, otorga su origen a las categorías mayores de la teoría sustantiva de un área empírica, señaladas por los datos.

La aplicación de categorías sustantivas de un área empírica en particular, puede ser empleada en otras áreas empíricas con el fin de desarrollar la teoría formal o conceptual de la investigación social.

Aunado a lo anterior, la teoría fundamentada adopta una "perspectiva humana", en el entendido de que las observaciones no son guiadas por conceptos analíticos preconcebidos, ya que la perspectiva conceptual del investigador se somete a la lógica de la definición de la situación tal como es vista y mencionada por el sujeto.

Como la explicación está avalada por la misma realidad (Gerhardt, 1990) la teoría esta cercanamente relacionada con las realidades de la vida diaria y por tanto es aplicable para enfrentar a la misma (Strauss y Corbin, 1998).

"En suma ¿qué significa trabajar los datos con la teoría fundamentada? Implica construir la teoría o el conocimiento con base en la experiencia de los propios actores sociales. La creatividad es un componente vital del modo: el investigador debe estar más interesado en la construcción de la teoría que en la simple construcción de los datos. Construir la teoría supone utilizar conceptos, agruparlos en categorías conceptuales y relacionarlas entre sí en una interpretación más integral del fenómeno de estudio, apoyados por los elementos básicos de la teoría fundamentada como el muestreo teórico, las guías metodológicas y las comparaciones entre grupos" (Nátera y Mora, 2000. p. 77; citado en Mercado y Torres, 2000).

MÉTODO

SELECCIÓN DEL AREA Y ACERCAMIENTO INICIAL

La investigación se llevó a cabo con personas que habitan en la colonia el Palmar, Ciudad Nezahualcoyotl, por lo que el acercamiento inicial fue en las instalaciones de la Unidad Multidisciplinaria de Atención Integral (UMAI) Tamaulipas y en la clínica 71 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Las entrevistas se llevaron a cabo en las instalaciones de las clínicas antes mencionadas y en el domicilio de las personas participantes.

POBLACIÓN Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La selección de las personas participantes en esta investigación se realizó de entre aquellas que asistían al programa DUPAM (Diabetes: Un Programa de Atención Multidisciplinaria), que se lleva a cabo en la clínica Tamaulipas.

La muestra estuvo conformada por cuatro personas, dos hombres y dos mujeres, con los siguientes criterios de inclusión:

- Habérseles diagnosticado Diabetes tipo 2 por lo menos tres años antes de la entrevista.

- Dos de ellos, un hombre y una mujer mayores de 35 años de edad y con un nivel promedio máximo semanal de glucosa (en ayunas) de 120 mg/dl.

OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Las estrategias para recabar la información consistieron en el planteamiento de preguntas abiertas con base en una guía de entrevista (anexo 1) basada en la vivencia de la persona ante el diagnóstico, que se enriqueció con narraciones y descripciones más profundas (entrevista cualitativa a profundidad).

Esta técnica, que según Rodríguez, Gil y García (1999) tiene su origen ligado a planteamientos sociológicos y antropológicos, es uno de los medios para acceder al conocimiento, las creencias, los rituales o la forma de vida desde el punto de vista de los miembros de un grupo social o de los participantes de una cultura, ya que se obtienen los datos en el propio lenguaje de los sujetos.

La finalidad de plantear preguntas generales es con el objetivo de obtener más información, que dará como resultado nuevas ideas o preguntas de investigación que originalmente no se tenían contempladas; como dice Orford (1995, citado por Nátera y Mora en Mercado y Torres 2000), ésta aparente falta de estructura, es un ingrediente muy importante en la obtención de la información, pues la explicación teórica que se produce, debe estar basada o fundamentada en la recolección de los datos, de ahí el término teoría fundamentada.

El tiempo de duración de cada entrevista se negoció con el entrevistado.

Las entrevistas se grabaron teniendo el consentimiento de las personas.

Se utilizaron memorandums analíticos y metodológicos en donde se apuntaron datos que se consideraron relevantes para profundizar sobre nuevas reflexiones o para elaborar nuevos cuestionamientos que sirvieron para orientar la entrevista hacia la extracción de significados que permitieron elaborar la teoría preliminar.

Se realizó el proceso de recolección de la información de acuerdo con lo que se denomina muestreo teórico, que según Nátera y Mora (en Mercado y Torres 2000) es una forma de saber en que momento se detiene este proceso de recabar información, es decir, discriminar lo que es relevante de lo que no lo es. Un indicador puede ser la presencia o ausencia de ciertos temas, cuando se desarrollan categorías de los propios datos que sugieren la necesidad de regresar a las poblaciones de estudio para complementar la información y cuando la información que aporta la gente se vuelve circular (la información es repetitiva).

Más que un muestreo de representatividad, se refiere a la obtención del material necesario para construir los conceptos que son relevantes para el desarrollo de la teoría que se está construyendo.

CODIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La codificación se realizó mediante el proceso que señala Hutchinson (1988, citado por Nátera y Mora en Mercado y Torres, 2000)

Codificación abierta: se desarrollan códigos que sean sustantivos o relevantes que puedan relacionarse unos con otros, como hipótesis para ser integrados dentro de una teoría. Los códigos surgen de la lectura del material recolectado y se denominan códigos abiertos porque pueden ser modificados y ampliados para formar los códigos axiales.

Codificación axial: se entrelazan los datos de diferentes formas, estableciendo conexiones entre categorías y subcategorías de análisis.

Codificación selectiva: es la integración de las categorías, para conformar la teoría generada.

Las categorías generales que se analizan se hacen con base en los pensamientos, emociones y conductas producidas ante la situación del diagnóstico y después de éste.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

De acuerdo con Gómez (2000), de la manera en que se informe al paciente de su situación, dependerá en gran medida el devenir de este. Desde que el enfermo es diagnosticado hasta el final de sus días, muchos de los acontecimientos que se sucedan van a depender de la información recibida.

Así mismo, Brauer (1967) afirma que los seres humanos ven al diagnóstico como algo que los va a destruir, invalidar y conducir a la muerte y el impacto de la experiencia del diagnóstico puede incrementar o atenuar lo que se piensa.

Como menciona Murillo (1999), en el caso de la diabetes se hace mas patente, ya que los enfermos saben que esta enfermedad se asocia a complicaciones tardías que reducen la esperanza de vida.

De acuerdo con Gómez (2000), no se debe dar el diagnóstico de una enfermedad en un pasillo, ni junto a un televisor en funcionamiento, ni se debe cerrar toda esperanza, ni utilizar palabras técnicas ininteligibles. El médico debe disponer de tiempo y estar libre de otros asuntos urgentes y preocupantes; debe buscar el sitio y las condiciones para dar esta información. Este autor menciona que si no se dan las condiciones favorables en el momento del diagnóstico, la intensidad de las reacciones emocionales es mayor.

De acuerdo con Tambirini, Filiberto, Gamba, Ventafrida (1988, citado por Gómez, 2000), en la comunicación del diagnóstico es esencial individualizar y considerar algunos elementos o variables que puedan servir de orientación para ser más o menos explícitos a la hora de dar información a la persona, así como para determinar la necesidad de diseñar estrategias complementarias de soporte: equilibrio psicológico del enfermo, gravedad de la enfermedad y su estado evolutivo, edad, impacto emocional sobre la parte enferma, tipo de tratamiento y rol social.

Por tal motivo, la información que se proporciona a la persona, así como la situación general del momento en que se comunicó el diagnóstico, resultan ser de vital importancia para el sentir de los pacientes y su posterior adherencia al tratamiento. Lo anterior, porque en esta situación se conjugan diferentes factores que provocan que esta experiencia resulte favorable y le ayude a la persona a encontrar apoyos y alternativas para acercarse de forma paulatina a la adherencia del tratamiento o, por el contrario, que la experiencia resulte desfavorable, no se encuentren redes de apoyo y por lo tanto, no se logre la adherencia al tratamiento.

Lo anterior lo podemos observar en lo que mencionan el señor M, la señora Y y la señora T.

Señor M:

“Fue un doctor que me la detectó primero, un doctor que le caía yo mal o no sé, porque el nunca quiso decirme. Una vez sí me sentía muy mal y me dijeron: mire, vaya usted allá abajo para que le piquen el dedo y le digan cuanto tiene usted de glucosa.

Pasé a que me picaran el dedo y me anotaron en un papelito y se lo presente al médico y me dijo: esa porquería a mi no me sirve, aquí me están poniendo que usted viene muy bajo de azúcar. Le dije entonces que no entendía lo que estaba pasando, porque si me están diciendo que ando muy alto de azúcar y me dice que esto no es de azúcar.

Ya no seguí con él porque cada que iba era un problema, una vez llegue temblando por la presión alta y nunca me quiso atender, me decía: usted esta bien, yo para que lo atienda necesito ver que usted venga arrastrándose. Y tuve que hacer el cambio. Para esto tuve que hablar con mi patrón para que me diera una firma para poder hacer el cambio...”

Señora Y:

“Acudí a la clínica del seguro para que me hicieran la prueba del papanicolaou y ví que estaban haciendo la prueba de la diabetes, me acerqué a que me revisaran, la enfermera me pregunto si tenia diabetes y le respondí que no; posteriormente me mando con mi médico para que me hiciera un estudio urgente. Después voy con mi médico y me manda a hacer un estudio urgente que me entregan a la media hora y sale con 400 de glucosa y me dice: tiene usted diabetes. Y empezó a darme la consulta, pero no me dijo cómo debería llevar la alimentación, cómo me cuidara, nada mas me dijo: de hoy en adelante su vida ya no es normal, usted ya no es igual que las demás personas, va a cambiar en muchas cosas, va a llevar una dieta.

Pero no me dijo cuál ni yo le pregunté. Yo lo ví muy indiferente, se dedicó a estar escribiendo y me dijo: es usted diabética y de hoy en adelante su vida no es normal. Y no ví que se interesara por explicarme lo que me estaba pasando. Me dió medicamento para controlar el azúcar y así fue todo...”

Señora T:

“nada más dice: tiene niveles altos de azúcar, tiene que empezar a tomar pastillas. Y le dije: yo creo que después; y él dijo no, yo empezaría ahorita, eso fue todo, recuerdo que me dijo: yo empezaría ahorita: y eso fue todo, pero nunca, mire ahora salió baja y es preferible que si ahora salió con ciento y tantos mantenerla baja, no, nada absolutamente nada, ni siquiera que problemas tendría después sino me cuidaba, no, nada. Insisto en que les falta conciencia y les falta responsabilidad, ética médica para que alguien que apenas está empezando decirle: mire quiero hablar con usted y con sus familiares. Yo creo que si hubiera encontrado un médico así, no me dejo tanto tiempo, ni me dejo engordar tanto, ni nada de eso, porque yo siento que si no soy ordenada si tengo conciencia de mi enfermedad”.

Se observa en estas experiencias, que la actitud del médico fue, en general, de indiferencia y no proporcionó información acerca de la nueva condición de la persona, aspectos generales de la diabetes, alimentación, alternativas y tratamiento. No existió una información adecuada y por lo tanto de manera inicial no hubo una aceptación del tratamiento, lo que se confirma en el comentario de la señora Y:

“Así estuve como un año y medio, cada mes acudía al estudio que me mandaba a hacer y los niveles salían altos y altos, porque yo no sabía que alimentos debía consumir, ni que alimentos tenía que dejar de comer. Él nada más me mencionaba que dejara el refresco y los dulces y hasta ahí, el nunca me dijo, esto le va a causar esto, no hasta el año y medio me dijo: yo ya no la quiero conmigo, usted no se cuida. Y le respondí que él no me había explicado; y dijo: no, váyase al módulo del diabético.”

La actitud del médico en el momento del diagnóstico, específicamente la falta de interés por parte de éste hacia la persona, conlleva a lo siguiente: falta de empatía, que el médico brinde información insuficiente e inadecuada con respecto a la enfermedad y no considere la personalidad del paciente, ni la situación que está viviendo en el momento en que se le diagnostica la diabetes.

Lo anterior tiene como consecuencia:

1. Que la intensidad y duración de las fases del proceso de elaboración del duelo provocado por la pérdida de la salud, sean mayores.

Es importante mencionar que toda pérdida genera un proceso de duelo, éste es la respuesta normal al dolor y a la angustia de la pérdida, es un proceso de recuperación, y el tener una enfermedad, implica perder la salud y por ende genera dicho proceso.

En la elaboración del duelo las personas experimentan periodos de negación, enojo, negociación y depresión antes de alcanzar la aceptación. (Kubler –Ross. 1967, citado por O’Connor 2001). Sin embargo, todas las personalidades son únicas, no todos los seres humanos atraviesan éstas etapas en la misma forma ni con la misma duración (O’Connor, 2001).

De acuerdo con O’connor (2001), en el manejo de la pérdida intervienen cuatro factores y uno de ellos son las circunstancias y el conocimiento previo a la pérdida.

Esto lo podemos observar en la siguiente experiencia, donde la etapa de negación de la persona T, tuvo una duración de cinco años, debido a que las circunstancias en las que se le comunicó el diagnóstico de la diabetes no fueron las adecuadas, es decir, la actitud del médico fue de desinterés y no brindó información acerca de las causas y consecuencias del padecimiento, ni de la manera en que debía llevarse a cabo el tratamiento.

Por lo tanto, tuvo dificultad en el manejo de la pérdida de su salud, anclándose en la etapa de negación.

“... cuando me diagnosticaron a mí la diabetes, yo entre en una especie de negación, porque decía que yo no la tenía, después más adelante... bueno todas las cosas porque yo me guarde todo. Me lo guarde no le mencioné a nadie... Yo me sentía como estúpida porque todo se me olvidaba, tenía ganas de estar dormida, a veces de que nadie me hablara, ¿te sientes mal?, ve al médico, pero no decía y así dure 5 años sin decirle a nadie; pero sin tomar conciencia tampoco de mi enfermedad, como que me negaba, mas bien, me negué... me reprimí en cuanto a mi salud, pero de todo los demás no. Abierta y a decir todo lo que sentía, pero en cuanto a mi salud no decía nada. Yo quería ser un súper héroe o la súper mujer o quién sabe qué... “

A partir de un diagnóstico inadecuado, la fase de culpa suele ser más intensa, y la culpa a su vez genera vergüenza, ya que como lo menciona O'connor (2001) la autoimagen o identidad se basa en la opinión que tiene otra persona sobre nosotros, su pérdida puede resultar abrumadora. Al ser diagnosticada con diabetes, la persona piensa que pierde la fuerza vital, ya que asocia su padecimiento con la muerte.

Esta vergüenza conlleva a ocultar la enfermedad saboteando las redes de apoyo, entendiendo como red de apoyo social una estructura de elementos capaces de ofrecer, en un momento dado, satisfactores para las necesidades de salud, afectivas, sociales y económicas de los individuos (Sánchez, 1994).

Las redes de apoyo social se clasifican en dos: la red de apoyo social formal y la red de apoyo social informal. La red informal es una amalgama de servicios informales provistos por la familia, amigos y vecinos. La red formal esta compuesta por instituciones con una organización burocrática y objetivos específicos dirigidos a áreas determinadas (Sánchez, 1994).

De acuerdo con Rodríguez, (1995); Kaplan, H.J; Sadock, B. J & Grebb, J.A. (1996); Pando, M. M., Aranda, B. C & Salazar, E. J. G. (1998); Fernández-Ballesteros, R., Moya, F. R., Iñiguez, M. J & Zamarrón, M. D. (1999), los vínculos interpersonales promueven la salud, aíslan a las personas del daño cuando se enfrentan con el estrés, disminuyen la susceptibilidad a la enfermedad y ayudan a los individuos a obedecer y mantener los regímenes de tratamiento. La vulnerabilidad al colapso físico y psicológico de la enfermedad aumenta conforme se reduce el apoyo social.

Así mismo el apoyo social facilita el manejo de las crisis y la adaptación al cambio (Finch, J.F; Okun, M.A; Barrera, M; Zautra, A.J y Reich, J.W. 1989; Sarason y Sarason, 1996).

La persona con diabetes, al sabotear esta red de apoyo, se mantiene anclada en el proceso de duelo no adaptándose al cambio generado por su nueva condición, pues una de las funciones de la red social informal es la de brindar apoyo emocional a la persona, por lo tanto, al no existir o sabotearla, presenta dificultades para tener un adecuado control de sus emociones.

Con respecto a lo anterior, la señora T comenta:

“Si un médico me hubiera dicho: usted no quiere hacer conciencia que esta diabética y si usted no toma las riendas de esto, va a pasar esto y esto, y su familia debe entender su condición, tal vez el saber un diagnóstico así y el saber que mi familia me iba a ayudar, y que además tenía el apoyo médico y que en mi estaba el controlar mi condición, hubiera sido diferente, sin que a mi me hubiera causado vergüenza ser diabética”.

La culpa también puede dirigirse al exterior, culpando a la familia de perder la salud, lo que lleva de igual manera a sabotear las redes de apoyo, provocando un retardo en la fase de aceptación y, por lo tanto, no aceptar llevar a cabo un tratamiento.

Al respecto la señora Y indica:

“...me entró un estado de angustia, de enojo, y abandono. Empecé a creer que todo mundo tenía la culpa, inclusive mis hijos y mi esposo. Empecé a querer chantajear con el hecho de que si me hacían enojar yo me iba a poner mal. Empecé a sentirme toda deprimida, lloraba yo a solas y decía: por qué no le dio la enfermedad a mi esposo, él es muy enojón, yo soy muy calmada, con todo el mundo me portó bien. ¡Que equivocación!...”

2. Que no haya un adecuado control de emociones.

La persona con diabetes, al no aprender a vivir con su nueva condición, es decir, no llegar a la etapa de aceptación, vive en un periodo de tensión emocional, lo que provoca un inadecuado control de emociones tales como: enojo y tristeza.

Esto a su vez genera un elevado nivel de glucosa, y por lo tanto, el no tener control de la diabetes, ya que de acuerdo con Murillo (1999) los sentimientos, positivos o negativos, crean en consonancia respuestas orgánicas positivas o negativas. La angustia, la depresión y el estrés tienen su correspondiente correlato bioquímico en el organismo.

Los estímulos emocionales activan gran cantidad de cambios emocionales y hormonales que influyen sobre procesos patológicos de los órganos corporales. La adrenalina y el cortisol son dos hormonas que están presentes en nuestro organismo en situaciones de estrés. Cuando estamos en una situación de tensión, el cortisol aumenta el estado de alarma, pero no a tan corto plazo como la adrenalina.

El cortisol y otros cortizoides influyen de una manera decisiva en las emociones. Esta hormona se ha encontrado en todos los centros nerviosos superiores donde se influye directamente en la vida emocional del ser humano. Cuando una persona sufre un estado de sobrecarga emocional es más proclive a contraer una enfermedad grave debido a que su sistema inmunológico está deprimido y funciona de una manera anómala (Murillo, 1999).

Lo anterior lo podemos observar en la experiencia de la señora T:

“...pues ya aprendí a vivir con la diabetes y siento que en un principio ella me controlaba a mí, ahora puedo controlarla yo a ella... el beneficio también ha sido para mi gente, porque ellos me decían: hay mamá te pones como gato. Tal vez la agresividad que yo tenía era por lo que yo tenía adentro, que yo sabía que me estaba deteriorando y me ponía agresiva con la gente que no tenía culpa. Ahora siento que la diabetes sí la puedo controlar y que en mis manos está el que me sienta bien”.

Y en la experiencia de la señora Y:

“...la gente se deprime mucho cuando se les diagnostica una enfermedad incurable, piensan que van a morir y llegan, en ese estado emocional, a aislarse, a no querer saber nada, les molesta hasta que les hablen, que le digan no hagas esto no hagas lo otro, pero no nos dicen que alternativas podemos tomar, entonces es cuando entran a la depresión y se sienten incomprendidos, que nadie los quiere, que nadie los atiende, que nadie ve por nosotros y encima uno usa el chantaje”.

3. Tener una visión limitada de la enfermedad.

El momento del diagnóstico es determinante, ya que el médico transmite al paciente una visión de la enfermedad que generalmente es adoptada por él.

Se infiere que la fuente de esperanza de un paciente es el médico mismo, y los recursos que él prescribe; así pues, sólo el médico tiene el poder de ofrecer esperanza, de suspenderla e incluso de negarla. Por este motivo tiene un efecto tan devastador sobre el paciente el desinterés, que éste percibe como abandono (Gómez, 2000).

Las experiencias se transforman en creencias y en este sentido desempeñan un papel determinante en el proceso de la salud y enfermedad. Las creencias están ligadas a expectativas y actúan como auténticas profecías. Cuando esperamos que algo suceda, bien sea positivo o negativo, actuamos de modo que incrementamos la probabilidad de conseguirlo. Lo que imaginamos y proyectamos con fuerza, ya sea por temor o esperanza, tarde o temprano se exterioriza en nuestras vidas.

La mente, por mediación de nuestros pensamientos y sentimientos, es un instrumento muy poderoso. Podemos seguir imaginando que nuestros temores o preocupaciones son ciertos y podemos crearlos a fuerza de imaginación.

Por éste mecanismo, muchas personas con diabetes están alimentando y proyectando la idea de que algún día ineludiblemente engrosaran las filas de ese tanto por ciento estadístico que tanto temen.

Típicamente se puede representar como la capacidad que tengamos para ver las cosas con espíritu positivo o negativo. La apreciación habitual de la medicina, acerca de las complicaciones que puede desarrollar una persona diabética, es un error y se puede convertir en una profecía. La estadística, en este sentido, viene a definir la calidad y los límites de nuestra vida (Murillo, 1999).

En el caso siguiente de la señora T, se observa que el médico se encuentra inmerso en la idea de que el paciente con diabetes va a desarrollar determinadas complicaciones que finalmente lo conducirán a la muerte, es decir, su visión de la enfermedad se muestra limitada y ésta es transmitida al paciente. Es importante recordar que el ser humano se comunica de una manera muy intensa con su gesto, postura, ademanes, con todo su cuerpo.

“...en el camino del consultorio para acá, venía pensando que sí tenía mucho contacto con gente diabética, pero sin información, entonces decidí no decir nada y todo lo que pasé ese día fue llorar y me decían: ¿qué tienes?, pues nada. Suponiendo que mi gente sabía lo que me pasaba y no lo entendía, no me comprendía. Son esos todos los detalles que recuerdo, que después de que el médico me dijo que ya no era como las demás personas, me vine a llorar nada más y sin aceptar...abrazaba a mis hijos y me figuraba que me iba a morir a corto plazo...”.

En contraste:

El recibir **información** acerca de su enfermedad provoca que la persona tenga una visión distinta de ésta, que la lleva a la búsqueda de alternativas para tener un control adecuado de la diabetes.

Esto se observa en la experiencia de la señora Y, donde describe las circunstancias y la actitud del médico cuando tuvo un segundo contacto con la enfermedad, donde hace referencia a los cambios en sus pensamiento, emociones y actos al recibir información precisa acerca de las causas y consecuencias de la enfermedad, asimismo, del tratamiento que debe llevarse para un control adecuado de ésta.

“Había, hace cuatro años un consultorio especial para pura diabetes en la clínica 75 y ahí estaba una doctora que ese día conocí, ahí donde me mando el médico, y luego me inspiró mucha confianza porque me habló muy bien; y me dice: mire, va a venir conmigo, le voy a dar una cita para dentro de ocho días, vengase preparada, va a estar dos horas aquí conmigo porque le voy a hacer un examen general de todo su cuerpo. Y a la siguiente semana que fui, sí me hizo un examen desde los cabellos hasta las uñas de los pies, todo, todo me revisó y me hizo preguntas, me hizo mi expediente y, me dice: vengase para acá a otra salita. Me empezó a poner en un pizarrón figuras del páncreas, de gente obesa, de los alimentos que consumimos y que ocasionan que cuando uno es diabético los niveles de azúcar se eleven. Todo eso me explicó, el por qué del funcionamiento del páncreas, por qué me había dado diabetes, o sea, los factores de riesgo, y las complicaciones que acarrea el no cuidarse. Ella me dio una explicación completa, yo creo que por eso fueron dos horas y hasta más que estuve ahí con ella. “

“...Y me estuvo haciendo muchas preguntas de aquí de mi casa, de mi familia y me pregunto si tenía familiares con diabetes y le dije que sí, me dijo que una de las principales causas por las que da diabetes es la herencia, ese es un factor muy importante, pero aparte hay más causas que son: el no hacer ejercicio, ellos le llaman sedentaria, la obesidad, el estrés que ahora yo sé que para nosotros es la neurosis de andar cargando problemas y a veces no sacarlo; y que eso nos perjudica mucho en nuestro sistema inmunológico, porque el hecho de no sacar las emociones va repercutiendo en muchas cosas que nos van a perjudicar.

Principalmente nosotros como diabéticos, sino soltamos eso que estamos cargando, los niveles de azúcar no se nos controlan, porque yo andaba presionada por muchas situaciones, el medicamento a mí no me hacía efecto y me dijo la doctora: no le voy a mandar medicamento, de hoy en adelante usted lo que necesita es insulina, porque está usted demasiado delgada. Yo de 57 kg. bajé a 40 y me dijo: no quiero que se me vaya a morir, con una dieta que le mande, así es que mejor la insulina. Pero como yo platiqué con mucha gente que tenía diabetes y la gente mal informa a uno, mucha gente me dijo que con la insulina me iba a quedar ciega, otros, que te va a perjudicar porque te van a cortar una pierna; otros me decían: te van a hacer diálisis. En fin, y yo le platiqué eso a la doctora y me dijo: pero que tonterías habla la gente sin conocer. Entonces fue cuando ella me explicó el funcionamiento del páncreas y el por qué la necesidad de la insulina, entonces acepté la insulina y me la estuvo aplicando por año y medio, al año y medio, como nos cambiaron de médico, el médico que me tocó, me dijo: usted no necesita la insulina. Porque yo tenía más de medio año aplicándomela, me la retiró poco a poco, de 20 unidades me bajo a 15 y luego a 10 y luego a 5, ahorita tengo cuatro años de no ponerme la insulina y no tomo medicamento, únicamente hago mucho ejercicio, hice mi cambio de alimentación porque la doctora sí nos habló de ese cambio de alimentación, inclusive ella nos dio un curso de capacitación de la diabetes, un manual del diabético, donde habla todo, desde el páncreas, el modo de la insulina, que hay tres tipos, cómo aplicársela, en qué tiempo se tiene que aplicar y habla de las complicaciones que son: la retinopatía, la nefropatía y la neuropatía.

Nos habla de la diabetes gestacional que le da a la mujer cuando está embarazada, habla de la pirámide de nutrición y los alimentos que podemos consumir y los que no. Ese manual habla de toda la problemática que sucede cuando uno no se cuida, todo lo que va a ocasionar en nuestro organismo el no hacer caso de llevar una disciplina. Entonces todo eso, al estudiarlo con ella, a mí me hizo recapacitar y empecé a cuidarme y por esa razón a mí me quitó la insulina, ahorita, en la actualidad, empezamos con ella y al platicar con ella, ella se interesó por el grupo de autoayuda y formamos el grupo de diabéticos anónimos”.

De acuerdo con Gómez (2000), la forma, el cómo dirigirse, dialogar y comunicarse con la persona que padece una enfermedad, tienen tanta importancia como el contenido mismo de las explicaciones. En su diálogo, el médico tiene que aparecer relajado, sin prisas, animoso, satisfecho de poder explayarse con el enfermo sin aparentar temores o prepotencia y en actitud de sentirse capaz de responder a cualquier pregunta.

Lo que se exponga debe tener la suficiente coherencia y seguridad para poder satisfacer las inquietudes lógicas de la persona y superar las inquietudes que pudiera tener.

Informar el diagnóstico de una enfermedad debe darse en una relación entre dos personas en la que el juicio del profesional vaya acompañado de la voluntad de abrirse al otro, éstas condiciones favorecen un significativo respeto cuyo ejercicio implica tanto una importante inversión de tiempo y psicología, como el fortalecimiento y la humanización de la relación personal entre el profesional y el paciente.

Este derecho ya estaba incluido en la Carta de Deberes y Derechos del Paciente que, dentro del Plan de Humanización de la Atención Sanitaria que el Insalud puso en marcha en octubre de 1984 (citado en Gómez, 2000). Su eficacia fue prácticamente nula, pero esa misma Carta, muy modificada, ha pasado a formar parte del artículo décimo de la Ley General de Sanidad.

De este modo, los derechos de los pacientes han adquirido un valor legal de muy alto rango. El punto 5 del artículo décimo dice exactamente: “El paciente tiene derecho a que se le dé, en términos comprensibles a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento” (Gómez, 2000).

En la experiencia anterior se confirma que el médico tuvo ante la persona una actitud positiva, le proporcionó el tiempo necesario, brindó información suficiente y clara acerca de la enfermedad y ofreció alternativas para el manejo de ésta. Así, el proceso de resolución de duelo fue de menor intensidad, permitiéndole buscar nuevas alternativas.

O’connor (2001) menciona que, cuando se presenta un acontecimiento crítico en la vida, casi todas las personas tratan de negarlo y se resisten a aceptarlo. Se ve al cambio como un enemigo para la estabilidad. La incertidumbre de la vida después del cambio, con frecuencia produce resistencia y ansiedad. No obstante, la crisis (padecer diabetes tipo 2) y otras circunstancias importantes (la manera en que se proporciona el diagnóstico y los apoyos que encuentre la persona a partir de la actitud que adopte con base en lo que se le dijo), también pueden conducir a un desarrollo positivo que propicie la madurez.

Los estudios realizados durante las últimas décadas mantienen la hipótesis de que el apoyo social mantiene efectos benéficos en la salud física y mental de las personas (Rodríguez, 1995; Kaplan, et. al 1996; Pando, et. al. 1998; Fernández – Ballesteros, et. al. 1999). De igual manera, menciona que los vínculos interpersonales pueden promover la salud, aíslan a las personas del daño cuando se enfrentan con el estrés, disminuyen la susceptibilidad a la enfermedad y ayudan a los individuos a obedecer y mantener los regímenes de tratamiento.

De tal manera, la actividad social y el apoyo social percibido por la persona contribuyen directamente en su bienestar, en la medida en que satisface sus necesidades sociales básicas. El apoyo social sirve como un amortiguador o modulador indirecto de los contratiempos de vivir en un mundo complejo.

Lo anterior se ejemplifica en lo comentado por la señora T y la señora Y, en relación a la participación de la familia:

Señora T:

“...hay muchas cosas, yo siento que mi familia emocionalmente se ha unido mucho a mí, en entrevistas anteriores te decía que como que yo manipulé, me daba pena decir que yo manipulé, pero ahora no, entonces, la calidad de vida emocional que nosotros llevamos es muy diferente, cada cosa que hacemos es más profunda, que te lave los trastes. Yo siento que ahí está la ayuda. Si me ven mal o ando medio tristonera me dicen: ¿qué tienes? Tratan de cuidarme. Yo siento el cariño, no es tanto que como está enferma no la vamos a hacer enojar para que no se ponga mal. Llevamos una vida normal con enojos, con altas y bajas, pero muy llena de sentimientos muy profundos, porque en un beso de cualquiera de mis hijos está implicado el cariño, me ven que ando apagada, no me dicen no lo hagas, porque no soy una inválida, sino que me dicen: ¿qué te falta? y ya se ponen ellos. Me tratan de forma normal. Creo que la calidad de vida que llevamos, sin la diabetes no hubiera sido así, cada quien metido en su egoísmo o su propio yo...”

Señora Y:

“...empezando por la familia, porque cuando se desconoce la enfermedad no nos apoyan y casi nos obligan a hacer todo lo contrario de lo que los médicos nos indican... cuando la familia empieza a saber lo que está pasando, y lo hemos visto en muchas personas que acuden, siempre les decimos: vengan acompañados de un familiar para que se vaya enterando qué es lo que está sucediendo. Porque muchas personas llegan llorando y luego nos dicen: es que mi esposo y mis hijos no me entienden, yo me siento mal y se los digo y no les interesa.

Y por eso llegan a ese estado de depresión de que se quieren morir, por la razón de que la familia no sabe y no hay apoyo. Yo lo veo aquí en la casa porque ya platicamos y comentamos lo que vamos aprendiendo y se va viendo el cambio; al principio me traían pasteles: ándele cómase un pastel. Yo les decía: no es que no puedo comer eso, y me decían: ándele, un pedacito no le va hacer daño. Me traían que la torta, que el pastel y me insistían, y yo aceptaba. Ahora que ya tenemos pláticas hasta ellos mismos les transmiten a otra gente lo que están aprendiendo y mis nueras ya se están cuidando. Ya empecé a llevarme a mis nietas al ejercicio, están gorditas”.

Un ejemplo de apoyo donde se enfatiza la importancia de una red de apoyo informal lo observamos en el fragmento anterior, donde gracias a éste, la persona modificó su alimentación acercándose a la dieta recomendada para el control de la glucosa.

El hecho de que la persona con diabetes permita que la familia comparta y reciba información clara, ayuda a que ésta tome mayor conciencia de la enfermedad y por lo tanto de sus hábitos y conductas alimenticias, de ésta manera cumple realmente la función de una red de apoyo que permite a la persona con diabetes sentirse segura, y al mismo tiempo le facilita generar estrategias para controlar de mejor manera sus estados emocionales. Recordemos que un tipo de apoyo que suministran las redes sociales es el apoyo emocional, que consiste en el intercambio permanente de sentimientos y expresiones de afecto.

Gracias a este apoyo, las personas se sienten comprendidas y queridas, con lo que se refuerza su sentido de pertenencia y autoestima (Pereda. C., De Prado, M. A., Actis, W., Rodríguez, P., Sancho, T., Page, M.A & Justel, M. 1999; Adams y Blieszner, 1995).

Como ya se mencionó anteriormente, la red informal ha sido definida como una amalgama de servicios informales provistos por la familia, amigos y vecinos (Organización Panamericana de Salud [OPS], 1990; Sánchez, 1994). La creencia en algo, en este caso, en un Dios puede ser percibido por la persona con diabetes, como un tipo de apoyo emocional, lo que le ayuda a manejar adecuadamente sus emociones y a generar una nueva visión de su vida y por lo tanto, de su padecimiento.

Como lo comenta el señor J en el siguiente fragmento:

“...He sabido de muchas personas que tienen azúcar y son diabéticos y todo eso. Ya que, pues si tengo esa enfermedad pues ya ni modo, ¿Qué puedo hacer? no se puede hacer nada, para que alarmarse. Pienso que, si se alarma uno, cae en la angustia y pues también va en contra de la salud, en contra de la enfermedad que tenemos, porque si se deprime uno: y ya tengo esa enfermedad, y no se me va a quitar; y se hace uno mismo la vida pesada, entonces realmente hay que llevársela con calma...

...Pues yo realmente soy creyente, tengo la sagrada escritura, la leo, no diario, pero si la leo y ahí me da mensajes; se puede decir que es mi fuerza, porque espiritualmente me calma... Yo me recaté porque yo tenía a mis hijos, y luego me invitaron a unos encuentros, buscando exactamente la palabra de Dios y ahí comencé a ver mi vida de otra manera, no como la que llevaba hasta entonces. Y así fui avanzando. De ese encuentro tiene 18 años. Eso me ha ayudado. Allí también nosotros damos pláticas, damos temas, nos tenemos que preparar para darles a las personas que van...

...Si yo me pongo a enojarme conmigo mismo, pues me voy a deprimir y todas esas situaciones. La persona que lo hace es por ignorancia o no sé. Pero yo gracias a Dios, por lo que sé un poquito de él, yo me la llevo calmado: y claro si me preocupo por otras situaciones, porque cuando me enfermo mi esposa es la que batalla, y mi familia, mis hijos, mis hijas; pero de ahí en fuera no tengo porque preocuparme...

...Pues sí, porque esto se mantiene uno espiritualmente en paz y no hay nada más en que estar pensando. Como hace un rato, a medio día, me puse a estudiar, tengo mi mesita donde hago mis cosas y ese trabajo me ayuda. En primer lugar, antes de hacer cualquier cosa, tengo que pedirle a Él. Antes de leer una lectura, tengo que pedirle que me dé sabiduría y entendimiento para poder comprender, pero hay muchos que a lo mejor dice: yo ya me leí toda la Biblia. Pero no saben decir los mensajes...Y uno tiene que vivir lo que lee, vivir con su familia en paz...

El hecho de contar con información adecuada acerca de la enfermedad, facilitando la resolución del duelo y el contar con el apoyo informal de la familia u otros, conlleva a que la persona encuentre otras alternativas de apoyo, en el caso anterior se observa que el señor J encontró apoyo en un grupo religioso.

El siguiente caso es un ejemplo de apoyo formal, entendido éste como una institución con una organización burocrática y objetivos específicos dirigidos a áreas determinadas (Sánchez, 1994), en un grupo de diabéticos anónimos formado por la clínica 75 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

“...Entonces todo eso al estudiarlo con ella a mí me hizo recapacitar y empecé a cuidarme y por esa razón a mí me quitó la insulina, ahorita, en la actualidad, empezamos con ella y al platicar con ella, ella se interesó por el grupo de autoayuda y formamos el grupo de diabéticos anónimos, junto con la jefa de servicio social de la clínica 75, y en la actualidad tenemos seis grupos en diferentes clínicas, eso para mí ha sido una motivación para cuidarme, porque me han hecho estudios y he estado bien. El viernes pasado me dieron una cita para hacerme prueba de los ojos y no me encontraron nada, tuvimos un congreso en el mes de mayo en el Centro Médico, en ese congreso, de una clínica de investigaciones clínicas nos invitaron si queríamos participar como ‘conejiillos de indias’, para nuevos medicamentos que están elaborando para la diabetes, pero nos rechazaron porque no tenemos nada, porque estamos controlados, ya no nos atendieron. Del grupo de la clínica 75 fueron nueve personas, sólo aceptan personas descontroladas y que tienen algún problema...”

La vida es un proceso en que se suceden momentos muy buenos y otros no tanto. La enfermedad y la salud son, en general, la misma cosa desde la perspectiva del proceso. La enfermedad va y viene y algo tiene que enseñarnos, y volverá siempre, y siempre que la rechazemos crecerá sin medida. Tenemos que dar un gran salto para la integración de nuestra sombra, así emprenderemos el camino hacia la salud y no sólo será la enfermedad quien progrese. (John Ivarleck, citado en Frankl, 1998)

Allport, 1998 (citado en Frankl, 1998), afirma que la vida tiene algún objeto, pero nadie puede decirle a nadie en qué consiste este objeto; cada uno debe de hallarlo por sí mismo y aceptar la responsabilidad que su respuesta le dicta. Si triunfa en el empeño seguirá desarrollándose a pesar de todas las adversidades. Quien tiene un por qué para vivir, encontrara casi siempre el cómo. Cuando todas las metas de la vida han sido arrancadas, lo único que resta es la última de las libertades humanas: la capacidad de elegir la actitud personal ante un conjunto de circunstancias.

Pero ¿cómo se puede despertar en un paciente con diabetes el sentimiento de que tiene las responsabilidades de vivir, por muy adversas que se presenten las circunstancias?

Como se ha destacado en esta investigación, el impacto que recibe la persona con diabetes en el momento del diagnóstico de su enfermedad, es determinante para la calidad de vida que llevará de acuerdo a cómo ésta decide vivir su enfermedad, a partir de los elementos (información, actitud positiva, alternativas de tratamiento, interés, apoyo, esperanza) que el médico le brinde en ese primer contacto.

Cuando el paciente cuenta con los elementos anteriores, la aceptación de la enfermedad llega más rápido y es capaz de generarse apoyos tanto formales como informales, lo que lo conduce a tener una visión distinta de su enfermedad; llegando incluso a concebirla como una oportunidad de mejorar su calidad de vida.

Ya no observa a la enfermedad como algo que lo conducirá a la muerte, sino como un medio para llevar una vida saludable, ser más consciente de sus emociones, de la interacción con su familia, le ayuda a crecer como persona e incluso de obtener satisfacciones, en otras palabras, a partir de contar con los elementos necesarios encuentra su “objeto” de vida, es decir, su sentido o propósito de vida, a pesar de las circunstancias adversas, desarrollando una filosofía de vida distinta a la que tenía antes de la enfermedad y en el momento de enterarse que la padecía.

Lo anterior lo podemos observar en la siguiente experiencia:

Señora Y:

“...Quiero saber más a cerca de lo que está pasando conmigo, eso lo transmito y al transmitir lo que estoy aprendiendo me hace sentir que yo tengo un compromiso conmigo misma para cuidarme y de ver a la gente cuando abrimos un grupo en alguna Clínica, porque luego ya se ha difundido esto, y nos llaman de alguna Clínica para que vayamos a dar algo de información, entonces cuando yo veo que la gente nos está viendo lo que estamos haciendo, como que veo que tienen algo de fé, una esperanza en poder manejar su enfermedad y me hace sentir bien, inclusive la semana pasada que empecé con gripa y tos pasé con la licenciada del Seguro y me dijo: “usted no tiene permiso para enfermarse, no puede enfermarse”, y algo que he logrado a través de estar ahí en la Institución, es que el ejercicio me ha ayudado bastante. Yo tengo cuatro años de ir hacer ejercicio y me acaban de nombrar ‘maestra para dar el ejercicio’ y me siento bien porque digo: para algo está sirviendo lo que estoy aprendiendo...”

CONCLUSIONES

De la información obtenida a partir del análisis de los datos que proporcionaron las personas que participaron en la presente investigación, surge la siguiente explicación, recordando que el planteamiento es:

El impacto del diagnóstico en la manera de vivenciar el padecimiento en personas con diabetes tipo 2.

A partir de cómo se informe al paciente con diabetes de su situación, dependerá en gran medida el devenir de este. Es decir, la experiencia del diagnóstico es determinante, ya que los enfermos saben que esta enfermedad se asocia a complicaciones tardías que reducen la esperanza de vida, y el impacto de la experiencia del diagnóstico puede incrementar o atenuar lo que se piensa.

De esta manera, la información que brinda el médico a la persona, así como la situación general del momento en que se comunica el diagnóstico, resultan ser trascendentes en el sentir de ésta y su posterior adherencia al tratamiento.

Lo anterior, debido a que en esta situación se conjugan diferentes factores que provocan que la experiencia del diagnóstico sea favorable y le ayude a la persona a encontrar apoyos y alternativas para acercarse de forma paulatina a la adherencia del tratamiento o, por el contrario, que esta experiencia resulte desfavorable, no se encuentren redes de apoyo, y por lo tanto, se tengan dificultades para adherirse al tratamiento.

De lo anterior se deduce que la actitud del médico en el momento del diagnóstico, específicamente, la falta de interés por parte de éste hacia la persona, el no brindar información suficiente y adecuada con respecto a la enfermedad, no considerar la personalidad del enfermo ni la situación que esta viviendo, genera que **la intensidad y duración de las fases del proceso de elaboración del duelo provocado por la pérdida de la salud, sean mayores. Lo anterior, debido a que en esta investigación se encontró que a partir de un diagnóstico inadecuado, la fase de culpa suele ser mas intensa, y la culpa a su vez genera vergüenza, ya que como lo menciona O´connor (2000) la autoimagen o identidad se basa en la opinión que tiene otra persona sobre nosotros, su pérdida puede resultar abrumadora. Al ser diagnosticada por diabetes, la persona piensa que pierde la fuerza vital, ya que asocia su padecimiento con la muerte. Esta vergüenza conlleva a ocultar la enfermedad saboteando las redes de apoyo.**

Es importante destacar que la función de la red social informal es brindar apoyo emocional a la persona y, al no existir o sabotearla, se presentan dificultades para tener un adecuado control de las emociones. La culpa también puede dirigirse al exterior, culpando a la familia de perder la salud, lo que lleva de igual manera a sabotear las redes de apoyo, provocando un retraso en la fase de aceptación.

La persona con diabetes, al no llegar a la etapa de aceptación, vive en un periodo de tensión emocional, lo que provoca un inadecuado control de emociones tales como enojo y tristeza.

Esto a su vez genera un elevado nivel glucosa, y por lo tanto, el no tener control de la diabetes, ya que la angustia, la depresión y el estrés tienen su correspondiente correlato bioquímico en el organismo.

El momento del diagnóstico también es determinante, ya que el médico transmite al paciente una visión de la enfermedad que generalmente es adoptada por él. Se infiere que la fuente de esperanza de un paciente es el médico mismo, y los recursos que él prescribe.

Por otra parte, en esta investigación se confirma que cuando el médico tiene ante la persona una actitud positiva, le proporciona el tiempo necesario, brinda información suficiente y clara acerca de la enfermedad, y ofrece alternativas para el manejo de ésta, el proceso de resolución de duelo es de menor intensidad. A partir de lo anterior, la persona es capaz de no sabotear el apoyo informal que brinda la familia y además generarse apoyos tanto formales (médico, instituciones), como informales (grupos religiosos u otros), lo que lo conduce a tener una visión distinta de su enfermedad.

El hecho de que la persona con diabetes permita que la familia comparta y reciba información clara, ayuda a que ésta tome mayor conciencia de la enfermedad, de esta manera, cumple realmente la función de una red de apoyo que permite a la persona con diabetes sentirse segura y al mismo tiempo le facilita generar estrategias para controlar de mejor manera sus estados emocionales. Recordemos que un tipo de apoyo que suministran las redes sociales es el apoyo emocional, que consiste en el intercambio permanente de sentimientos y expresiones de afecto, gracias a este apoyo, las personas se sienten comprendidas y queridas, con lo que se refuerza su sentido de pertenencia y autoestima (Pereda, 1999; Adams y Blieszner, 2000).

La creencia en algo, en este caso, en un Dios, puede ser percibida por la persona con diabetes, como un tipo de apoyo emocional, lo que le ayuda a manejar adecuadamente sus emociones y a generar una nueva visión de su vida y por lo tanto de su padecimiento.

En otras palabras, a partir de contar con los elementos necesarios, encuentra su “objeto” de vida, es decir, su sentido o propósito de vida, a pesar de las circunstancias adversas, desarrollando una filosofía de vida distinta a la que tenía antes de la enfermedad y en el momento de enterarse que la padecía.

Ya no observa su padecimiento como algo que lo conducirá a la muerte, sino como un medio para llevar una vida saludable, ser mas consciente de sus emociones, de la interacción con su familia, le ayuda a crecer como persona e incluso a obtener satisfacciones.

Todo este proceso y factores unidos ayudan a la adherencia al tratamiento, además es importante señalar que lo anterior está interrelacionado, pues estos cambios y procesos se desarrollan a la par, se han separado sólo para fines del análisis que se efectúa

PROPUESTAS

Al realizar investigación existen fenómenos que no son asequibles de medición ni comprobación estadística, precisamente por ser subjetivos, es decir, propios de la persona; si se realiza una investigación en la cual sólo se analicen datos medibles y cuantificables, la información que se obtenga será importante pero no completa, sobre todo cuando el objeto de estudio es una “persona”, quien posee características propias y cuyo análisis provee de elementos importantes al estudiar aquello que no es factible de medición como lo son esos elementos cognitivos (pensamientos) y no cognitivos (motivación, emociones, valores) que un individuo posee (Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación, 2005)

En la presente investigación cualitativa, cuyo objetivo radica en conocer los pensamientos, sentimientos y emociones en el momento del diagnóstico de la diabetes tipo 2 a través de la metodología de la teoría fundamentada, bajo los fundamentos filosóficos del interaccionismo simbólico, se logra, mediante la descripción de la vivencia de la propia persona, conocer el cómo percibe su mundo, como lo ha ido elaborando a partir de sus experiencias, y con ello, se identifican los recursos con los que cuenta para afrontar todo lo que conlleva el saber de su padecimiento.

Teniendo la información anterior, el trabajador de la salud, cuenta con los elementos para diseñar estrategias específicas dirigidas a determinada persona de acuerdo con sus características particulares.

El conocimiento de los sentimientos, pensamientos y emociones, así como la manera en que se vive el duelo y las dificultades que afronta la persona para encontrar redes de apoyo a partir de un diagnóstico inadecuado (con información insuficiente, falta de interés, en el momento y lugar menos indicado), ayuda al profesional de la salud a conocer el por qué no se logra el control de glucosa en los pacientes a pesar de prescripción idónea y sobre todo, que ocasiona la no adherencia al tratamiento.

Debido a lo anteriormente mencionado, en esta investigación se propone modificar el plan de estudios, pero no de la carrera de psicología sino de la carrera de medicina, de acuerdo con Sánchez (2000), el médico puede tener miedo de informar un diagnóstico y esto debido a que no ha recibido ninguna información en la materia. El estudiante es adiestrado a actuar según protocolos basados en una gran cantidad de experiencias clínicas, por ejemplo se sabe exactamente que hacer ante un coma diabético o un paro cardiorespiratorio. Así, tratándose de una enfermedad curable, la sociedad, incluyendo a los profesionales de la salud, exige un trabajo según normas (protocolos) que autorizan una cierta satisfacción en caso de éxito, y en el caso contrario, el sentimiento tranquilizador de que ninguna otra persona podría haberlo hecho mejor, Sin embargo hay situaciones que no pueden reducirse a un procedimiento de ese tipo como lo es la comunicación con el enfermo y es este aspecto tan importante que debería ser incluido como capacitación en las materias curriculares de la Universidad. Lamentablemente, los profesionales no reciben durante su etapa de formación en las facultades ningún tipo de adiestramiento en este sentido. Los estudiantes de medicina se pasan años aprendiendo a diagnosticar, pero apenas dedican unos minutos a aprender la mejor manera de comunicar un diagnóstico. En la escuela, el médico aprende técnicas muy sofisticadas que probablemente nunca utilice, sin embargo, no se forma en esa parte humana que es importante pues provee de los elementos necesarios al momento de brindar al paciente un diagnóstico adecuado de su enfermedad.

El mismo autor menciona que en los exámenes del MIR en 1988, 1989 y 1990, no había ninguna pregunta referente a la comunicación e información de las 252, 250 y 260 preguntas que respectivamente configuraban el examen, sin embargo, había varias preguntas de estadística y gestión.

Así mismo refiere que en algunos hospitales se requiere de la colaboración de un psiquiatra para que sea él quien informe el diagnóstico de una enfermedad. En Estados Unidos se experimentó denegando la tarea a equipos de psicólogos, sin embargo, las estrategias han fracasado porque como también ya fue indicado, el paciente necesita la información en el contexto de la relación con su médico y el compromiso simultáneo de este para los cuidados y el seguimiento posteriores.

Por ello se propone complementar el currículum de medicina con asignaturas de una concepción más humana que doten al médico de los elementos necesarios para reconocer los recursos con los que cuenta el paciente y desarrollar la habilidad de comunicarse de manera apropiada con él, sobre todo al momento de informarle un diagnóstico.

ANEXO 1: GUÍA DE ENTREVISTA

Nombre:

Edad:

Fecha de diagnóstico de diabetes tipo 2:

1. Cuando escucha hablar de diagnóstico qué es lo que se entiende o piensa.
2. Pensamientos o creencias acerca de la diabetes antes del diagnóstico de diabetes
3. Quién le comunicó que se tenía diabetes.
4. Pensamientos acerca de la diabetes después de ser diagnosticada.
5. En qué consistió el tratamiento.

Indagar: Impresión acerca del tratamiento.

Si se decidió o no llevar el tratamiento y por cuanto tiempo.

Tratamiento actual que se lleva.

6. Pensamientos en el momento del diagnóstico.
7. Sentimientos y sensaciones en el momento del diagnóstico.
8. Conductas y acciones después de que el diagnóstico fue dado.
9. Descripción de las circunstancias por las que se estaba pasando.

Indagar: Cómo influyen dichas circunstancias en el impacto que tuvo hacia el diagnóstico.

10. Pensamientos actuales acerca del padecimiento.
11. Sentimientos y emociones actuales acerca de la diabetes

REFERENCIAS

1. Adams, R. G & Blieszner, R. (1995). Aging Well with Friends and Family. American Behavioral Scientist, 39(2), November/December, 209-224.
2. Aguilar, G.E. (1990). Cartas a un diabético: Cómo prolongar una vida saludable. México: Trillas.
3. Bauer, J. (1967). Diagnóstico diferencial de las enfermedades internas: Análisis y síntesis clínica de los síntomas y signos sobre una base fisiopatológica. Barcelona: Editorial Científico-Médica.
4. Bernstein, D & Nietzel, M. (1982) Introducción a la psicología clínica. México: McGraw Hill.
5. Blumer, H. (1969). Symbolic Interaccionism: Perspective and Method. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
6. Buendía, J. (1994b). Envejecimiento y Psicología de la Salud. La calidad de vida de la tercera edad: Una labor individual y social. España: Siglo XXI.
7. Buendía, M., Fernández, P & Garza, E. (1980). Manifestaciones Orales de la Diabetes Mellitus. Tesis de Cirujano Dentista, UNAM, ENEP Zaragoza México.
8. Cardoso, G. M (2003). Factores culturales que condicionan el tratamiento de la diabetes tipo 2 en una zona de Ciudad Nezahualcóyotl. Tesis de doctorado no publicada, Escuela Nacional de Antropología e Historia – INAH. Distrito Federal, México.
9. Cardoso, G. M (en prensa). Un obstáculo etnocéntrico para el control de la Diabetes Mellitus tipo 2: su propia definición. Estudios de Antropología Biológica UNAM -INAH – Conaculta.
10. Clay, N. (1993). Fortalecimiento de la adherencia terapéutica (G. Rodríguez y M. Rojas, Trad.). México: Facultad de psicología, UNAM. (Trabajo original publicado en 1993).
11. Donación de órganos (2003, febrero). Información sanitaria: proceso de duelo [en red]. Disponible en: http://donación.organos.ua.es/info_sanitaria/proceso/el_duelo3.htm
12. Duran, G, L, Bravo, F. P, Hernández, R, M & Becerra, A. P. (1997). El diabético optimista: Manual para diabéticos, familiares y profesionales de la salud. México: Trillas.
13. Fernández-Ballesteros, R., Moya, F. R., Iñiguez, M. J & Zamarrón, M. D. (1999). Qué es la psicología de la vejez. Las relaciones interpersonales. Madrid: Biblioteca Nueva.
14. Figuerola, Daniel. (1990). Diabetes mellitus: guía para su conocimiento y control. Barcelona: Salvat.
15. Frankl, E.V. (1998). El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder.

16. Flores, G.T. (2005). Diabetes: Una explicación amena y sencilla. México: Mina editores.
17. Finch, J.F., Okun, M. A., Zautra, A. J & Reich, J.W. (1989). Positive and Negative Social Ties Among Older Adults: Measurement Models and the Predictions of Psychological Distress and Well-Being. American Journal of Community Psychology. 17(5). 585-605.
18. Frankl, E. V. (1998). El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder.
19. Gerhardt, U. (1990) Qualitative Research on Chronic Illness: The issue and the Story Social Science and Medicine, 30 (11), pag 1149-1159.
20. Glaser, V & Strauss, A. (1967). The Discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research. Chicago: Aldine.
21. Gómez, S.M (2000). Cómo dar las malas noticias en medicina. España: Arán Ediciones S.A.
22. Hessen, J. (1996). Teoría del conocimiento. Distrito Federal: Porrúa.
23. INEGI: Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social. (1993). Cuaderno 11, México.
24. INEGI: Información Estadística Del Sector Salud y Seguridad Social. (2000). Cuaderno 15, México.
25. INEGI, SSA/DGEI: Estadísticas vitales de 1998 pagina web de la Secretaría de Salud de México, obtenida el 22 de febrero de 2000, de www.ssa.gob.mx.
26. Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación. (2005), México: Secretaría de Educación Pública.
27. Kaplan, H.J., Sadock, B. J & Grebb, J.A. (1996). Sinopsis de Psiquiatría. Buenos Aires. Médica Panamericana.
28. Kilo, C. & Williamson, R. (1991). Controle su diabetes. México: Limusa.
29. Krall, P.I. & Braser, S.R. (1992) Manual Joslin de diabetes. Barcelona: Masson-Salvat medicina.
30. Kubler, R.E., (1997). La rueda de la vida. España: Punto de lectura.
31. Lifshitz, A e Islas, S. (1993). Diabetes mellitus. México: Interamericana
32. Lilly, Eli. (1994). Cómo controlar su diabetes. Indianapolis: Eli Lilly and company.
33. Mercado, M.F (1996). Entre el infierno y la Gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano. México: Universidad de Guadalajara.

34. Mercado, M. F. (1998). El manejo del tratamiento médico, en el marco de la vida diaria, Relaciones. México: Universidad de Guadalajara.
35. Mercado, M.F., Robles, E., Ramos, I., Torres, T., Alcantara, E & Moreno, N. (1998). La trayectoria de los enfermos con diabetes en el sector popular de Guadalajara: Universidad de Guadalajara p 223-246.
36. Mercado, M.F., Robles, S.L., Ramos, H.I., Moreno, L.N & Alcántara, H.E. (1999). La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. Salud Pública, 15(1), 179-186.
37. Mercado, M.F & Torres, T.M. (2000). Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica. México: Plaza y Valdés Editores.
38. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA21994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes 2001.
39. Murillo, J.J. (1999) Vivir con diabetes. Guía para pacientes, sus familiares y educadores. Madrid: Neo Person.
40. O' Connor, N. (2001). Déjalos ir con amor. México: Trillas.
41. Organización Panamericana de la Salud (1990). Las mujeres en edad media y avanzada en América Latina y el Caribe. Washinton: Asociación Americana de Personas Jubiladas (AARP).
42. Pando, M. M., Aranda, B. C & Salazar, E. J. G. (1998). Redes familiares de apoyo y trastornos psicológicos en el adulto mayor en Guadalajara, Jalisco. Psicología de la Salud. No. 12.
43. Pereda. C., De Prado, M. A., Actis, W., Rodríguez, P., Sancho, T., Page, M.A & Justel, M. (1999). Cuidados en la vejez: El apoyo informal. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
44. Psicoplanet. (2002, octubre). Tema: Duelo [en red], Disponible en: http://www.psicoplanet.com/tema13_contenido.htm
45. Rodríguez, G., Gil, J & García, E. (1999). Metodología de la investigación cualitativa. Granada: Aljibe.
46. Rodríguez, M.J. (1995). Psicología social de la salud. Madrid: Síntesis.
47. Sarason, I. G & Sarason, B. R. (1996). Psicología anormal: El problema de la conducta inadaptada. México: Prentice Hall Hispanoamericana.
48. Sánchez, A.M. (1994). El apoyo social informal. En Anzola, P.E., Galinsky, D. Morales, M.F., Salas, R.A & Sánchez, A.M. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington. D.C.: OMS/OPS. Publicación Científica no. 546, 60-368.
49. Secretaría de Salud (1999, Octubre). Principales causas de mortalidad general [en red]. Disponible en: www.ssa.gob.mx.

50. Secretaría de Salud (2001, marzo) Principales causas de mortalidad general [en red]. Disponible en: www.ssa.gob.mx.
51. Secretaría de Salud (2001, diciembre). Atención a la salud del anciano [en red] disponible en: http://www.ssa.pue.gob.mx/programas/Día_hiper/mm_dia.htm
52. Secretaría de Salud: Comunicado en prensa no. 027, 2002 del 01 de marzo del 2002, página web de la Secretaría de Salud de México, obtenida el 23 de marzo del 2002, de http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/comunicados/2002-03-01-027-PERSONAS_CON_DIABETES.htm
53. Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (2001, mayo). Vigilancia Epidemiológica semana 9, 2001. En casos de nuevas enfermedades no trasmisibles seleccionadas por entidad federativa hasta la semana 7 del 2001 [en red]. Disponible en: www.ssa.gob.mx/epide/2001/sem09/cua9.1htm1
54. Steinke, J & Torn, G. (1988). Diabetes mellitus, capítulo 94. En Harrison. Medicina Interna, Tomo I. México: La Prensa Médica Mexicana
55. Strauss, A & Corbin, J. (1998). Basics of Qualitative Research. Techniques and procedure for developing Grounded Theory. Thousand Oaks: SAGE publication.
56. Taylor, S & Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós.
57. Vázquez, R & Escobedo, P. (1989). Análisis de la mortalidad por diabetes mellitus en el Instituto Mexicano del Seguro Social (1979-1987). México: Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.
58. Worden, W. J. (2004). El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós.
59. Velásquez, G. O & Villicaña, M.E. (1999). Ideas irracionales en diabéticos y prediabéticos y su asociación con ansiedad y depresión. Tesis de Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, D.F.
60. Velásquez, M & Ramírez, L. (1992). Información Epidemiológica de Mortalidad en México. México: Boletín Mensual de Epidemiología, Secretaría de Salud 7(12): 217-229.
61. Zarate, T.A. (1992). Diabetes mellitus: Bases para su tratamiento. México: Trillas.
62. Zurbirán, A. (1960). La diabetes mellitus como problema de salud pública. México D.F: Primer congreso de salud pública.