



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“EXPERIENCIAS SEXUALES DE HOMBRES Y MUJERES QUE
PADECEN DIABETES MELLITUS TIPO II”**

ACTIVIDAD DE INVESTIGACION-REPORTE
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A (N)

JOSUE CORRALES MENDEZ

Directora: Dra. **DIANA ISELA CORDOBA BASULTO**

Dictaminadores: Dr. **JOSE SALVADOR SAPIEN LOPEZ**

Lic. **PABLO MORALES MORALES**



Los Reyes Iztacala, Edo de México 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mi Madre por haberme dado la vida y por todo ese esfuerzo y dedicación que me brindaste de pequeño y hasta la fecha ya que has hecho mi camino más ligero, pero sobre todo, por el amor que me has dado; por todos los sacrificios que has pasado por sacarme adelante y además por enseñarme a trabajar por las cosas que se quieren. Eres un gran ejemplo a seguir y estoy muy orgulloso de ser tu hijo. Gracias.

A mis hermanos los cuales siempre han estado a mi lado brindándome su apoyo y cariño, el cual agradezco mucho y a los cuales les digo:

Adela por todo por ese gran amor que tienes y que sabes dar ya que eres una persona muy bella.

Daniel por enseñarme que en la vida siempre encontramos obstáculos, pero siempre hay que vencerlos y nunca hay que rendirse.

A mi prima Carolina quien siempre me ha apoyado y brindado su confianza, participando y contribuyendo mucho en mi formación.

A mi padre que ha observado mi desarrollo personal y ver el mundo con otro lente.

A mis amigos Oscar Sotomayor y a Pedro Ángel Aquino por ser mis amigos, y compañeros, por enseñarme que la amistad perdura a través del tiempo cuando se siembra lealtad, honestidad, confianza, respeto, dedicación y todos los valores que representan ya que en su compañía pase grandes momentos que no olvidare.

A la señora Concepción Claribel Bouchán por haberme apoyado en el desarrollo de este trabajo al brindarme su hospitalidad, cariño y confianza.

A mis participantes que me depositaron su confianza al relatarme su vida, sin ustedes este trabajo no tendría sentido ya que gracias a ustedes aprendí mucho y contribuyeron en gran medida a mi formación personal y a ampliar el conocimiento de la psicología. Mi más profundo agradecimiento.

A mis sinodales, los cuales aportaron grandes conocimientos en mi carrera y en mi vida, les digo:

A Diana, por haberme compartido tu tiempo, espacio, tu vida. Me enseñaste a amar la investigación, a ser crítico, analítico y reflexivo; pero sobre todo a no derrumbarme. Compartiste conmigo tus conocimientos y experiencias, fuiste mi maestra, mi asesora, pero sobre todo mi amiga; eres una persona muy valiosa a la cual aprecio mucho y doy las gracias por haberte encontrado. Mi eterna gratitud y respeto.

A Salvador, por ser un excelente guía en el camino de la investigación ya que tus valiosos y diversos conocimientos enriquecieron mi trabajo y mi persona. De ti aprendí que este campo de conocimiento es muy noble y placentero del que se puede sacar mucho provecho ya que brinda una infinita posibilidad para aprender.

A Pablo por los comentarios ayudaron al rumbo de esta investigación y la hicieron significativa.

A la Universidad, por haberme permitido entrar a sus instalaciones y por haber sido parte de su comunidad estudiantil de lo cual me siento muy orgulloso, pero sobretodo por brindarme el mejor espacio para la enseñanza y formación académica.

INDICE

Resumen	5
Introducción	6
I. Metodología Cualitativa	17
II. Metodología	21
III. Resultados	34
IV. Análisis y Discusión	116
V. Conclusiones Y Aportaciones	164
VI. Referencias	177
VII. Anexo	185

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue analizar las experiencias sexuales de hombres y mujeres que padecen diabetes mellitus tipo II (DM2) empleando metodología cualitativa. Para ello se entrevistaron individualmente a cinco hombres y cinco mujeres diagnosticados con DM2. Los participantes mencionaron las diversas experiencias individuales y de parejas al afrontar la enfermedad DM2, experiencias que construyen el significado de género, las experiencias en la relación de pareja, en la sexualidad y con los métodos de protección sexual. Los elementos que intervienen en éstas varían de individuo a individuo según las experiencias vividas y lo que desea experimentar. Se encontró que las experiencias para afrontar la DM2, parten de la relación del cuerpo de cada persona, las actividades diarias y su desempeño para llamar un cuerpo sano o enfermo, como los aprendizajes de salud e higiene que ejercen en su cuerpo al ser hombre o mujer. Además se pueden apreciar las experiencias atribuidos al género, los cuales parten desde lo biológico, lo cultural y social; la influencia que los padres ejercen en los individuos, las ideas que pueden tener del machismo y del feminismo, las experiencias acerca de la sexualidad influyendo en la formación de su identidad. Otros temas dentro de la sexualidad y la DM2 son los métodos de protección sexual, donde se observa el uso que se les da al condón. La pareja es un concepto que envuelve diversas experiencias que determinan la construcción de ideales o características físicas y subjetivas que se tienen del compañero; los aprendizajes que han obtenido de éste y la influencia que estos factores tienen en el acto sexual determinan su negociación y duración en el acto sexual como en la manera en que la viven, al experimentar el placer tanto el que produce la pareja, como el que ellos pueden otorgarle a ésta. De tal manera gracias a los relatos obtenidos por los participantes con DM2 se pudieron conocer sus experiencias sexuales, las cuales enriquecieron los resultados de esta investigación mostrándonos la fuerte influencia que ejerce la cultura y la sociedad dentro de los individuos.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es un conjunto de características anatómicas, fisiológicas como de conductas que van dirigidas a la reproducción y al placer, que se ven mediadas por un cuerpo y expectativas sociales-culturales, expresadas dentro de las relaciones entre personas mediante una subjetividad que va más allá de la reproducción, pero restringida por normas o sanciones que estipula la sociedad.

La sexualidad al ser una estructura que se forma en el transcurso de la vida de las personas ya que comienza desde antes del nacimiento, al depositarnos un nombre, ropa, juegos o trabajos que hay que desempeñar de acuerdo al sexo y la sociedad y se desarrolla hasta el momento de la muerte. Aunque a partir de la adolescencia que retoma un significado mayor debido a la exploración de un cuerpo y al encontrar un placer considerado por la persona, pero concretamente en la adultez, la sexualidad deja de ser propia, privada debido a la interacción con otros y suscita la vida sexual que se completa con la interacción con otro. Que se expresa de manera erótica conjunta del deseo-goce, producto de las necesidades, apetitos y placeres de cada uno de los implicados en la interacción sexual.

Lo cual crea una historia dentro de la persona al establecer una subjetividad en relación a la sexualidad, como de sexo en función al deseo-goce y desde el punto de vista antropológico Lagarde (1997) menciona que la sexualidad crea un lenguaje, un símbolo, una norma, un rito, un mito, que implica agrupar, excluir, permitir, prohibir a los individuos el acceso al placer; que se debe de dar en un tiempo y un lugar ya que se requiere de una formación que haga que la persona, al regular su comportamiento, de una manera en el día y de otra en la noche así como de diferentes modos de actuar según el contexto ya que no es lo mismo estar con la pareja, la familia o en el trabajo. Como establecer una línea divisoria, al no caer solo la sexualidad en un círculo productivo para el ser humano, por el contrario es una manera de expresarnos a través del amor y afecto así como rencor y furia, que nos lleva a mencionar que no sólo es un acto o función

reproductiva, es la oportunidad de expresarnos y compartir estas experiencias con la otra persona.

Al referirnos a ello, Katchadourian (2002) señala que dentro de la historia de la sexualidad para las personas su fuente, como su estabilidad para las personas surge en la familia, al permitir una comunión entre grupos sociales, sujeta a una meta sexual al proporcionar compañeros y contactos sexuales. Cuando la persona desarrolla su sexualidad internalizando en primera instancia lo que vive en el seno familiar, la familia metaboliza y luego transmite con sus particularidades, valores del todo social. En el proceso de socialización del sujeto otras instituciones intervienen en la formación de la sexualidad, que dispondrá la persona. Al respecto Porracin (1993) la refiere como el resultado de la interpenetración dialéctica individuo-sociedad: expresada en estilos, prácticas y modalidades que filtran características de lo socio-histórico-cultural. Lo cual nos lleva a mencionar que dentro de la sexualidad, es una variable determinante en los niveles de calidad y plenitud de vida de los seres humanos, al ser una actividad central de la personalidad humana, una actividad erótica-afectiva. Que puede ser observada solamente como una función biológica reproductiva como lo realiza Chiarelli (1995) como un soporte biológico a la reproducción. Esta claro que el ser humano esta dotado de órganos especializados para la reproducción y mantener la especie, sin embargo la sexualidad humana es superada como instancia procreadora por la aparición de la díada deseo-goce, que ha modificado otros órganos para alcanzar el placer, siendo la sexualidad humana resultante de lo biológico, lo psicológico, lo social, histórico y cultural.

Sin embargo la sexualidad ha generado diferentes tipos de represiones y condicionamientos, cuando es una actividad constituida por un desarrollo individual como familiar y que debería de estar lo más alejada posible de cualquier tipo de represiones, secretos y ocultamientos. Al intentar mantener a la sexualidad en secreto tiene precisamente ese poder y allí radica su fortaleza.

"Lo propio de las sociedades modernas no es que hayan obligado al sexo a permanecer en la sombra, sino que ellas se hayan destinado a hablar del sexo siempre, haciéndolo valer, poniéndolo de relieve como el secreto" (Foucault, 1989).

Lo que nos lleva a la represión de la sexualidad a partir de la interpretación de un cuerpo que tiene un significado a partir de su sexo, de cada cultura, su clase social, su grupo étnico de referencia, entre otros elementos materiales e imaginarios, lo que desprende en una categoría: género, que desglosa las características o cualidades de un hombre o una mujer. Jiménez (1998) menciona que la construcción de género es el resultado de la forma en como se articula las maneras de representar las diferencias entre los sexos y de asignar a esas diferencias un estatuto social.

Tal construcción dentro de una sociedad al ser un hombre o una mujer crea acciones e ideales de acuerdo a una sociedad y que trascenderán en el tiempo, una cuestión de género involucra una serie de situaciones como de tiempo, lugares o características culturales, que no se pueden contemplar como una situación de masculino o femenino como lo realiza Lamas (1996) al emplear, género para referirse a la clase, especie o tipo al que pertenecen las cosas, como una cuestión de construcción de lo masculino y lo femenino, y que deba comprenderse en función del género gramatical.

Mencionar sobre género va más allá de una contemplación gramatical, como menciona Ibarra (1998) y Burin (1999) el género es una cuestión cultural-social, tradicional que mantiene relación con el sexo y con las cualidades que deben mantener como hombre o mujer a través de una serie de creencias, rasgos de personalidades, actitudes, valores, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres, y esto es producto de un largo proceso histórico de construcción social, que no sólo se produce con diferencias entre los géneros masculino y femenino, sino que a la vez estas diferencias implican desigualdades y jerarquías para ambos

El género se relaciona con los significados que cada sociedad atribuye a partir del cuerpo en el que se nace, generando estereotipos que deben de mantenerse dentro de la sociedad, como señalan Valdez, Sapién y Córdoba (2003) el género, condiciona, limita y estereotipa patrones de comportamiento, relaciones, deseos y potencialidades sexuales de manera distinta e inequitativa para las mujeres y hombres, este está relacionado con la sexualidad y respecto a esto se sabe que se ven influidos por distintos factores como la edad y la época.

Por lo tanto, las diferencias de género no son homogéneas, sino que se presentan como un fenómeno complejo y multicausal, ya que hay muchas maneras de vivir, explicar y enfrentar dichas diferencias. No es lo mismo ser mujer o ser hombre, en una zona marginal urbana, en una comunidad rural o en una colonia acomodada, los roles y los comportamientos de las mujeres y los hombres varían de acuerdo a factores fundamentalmente culturales como sociales. Medina (2000) lo describe como la construcción social que expresa la conceptualización que hace cada sociedad de lo masculino y lo femenino (o de otros géneros posibles) con relación a las categorías de hombres y mujeres como seres sexuados y por tanto, biológicamente diferenciados, el sexo es una categoría biológica referida a lo masculino o lo femenino. Al ser una construcción social que entraña la asignación de ciertas tareas y roles a partir de su sexo. Estas asignaciones definen lo que se rotula como masculino o femenino y constituye las creencias sociales sobre lo que significa ser hombre y mujer, en cada sociedad dada y en un período determinado. Los estereotipos de género son el resultado de considerar que determinadas actitudes, conductas y sentimientos son apropiados para sólo uno de los sexos.

Al atestiguar que la sociedad impone a los cuerpos, a partir de su anatomía y de su sexo, una identidad de género y de personalidad, definirá el uso de su cuerpo en el mundo real, pero qué pasa cuando este cuerpo tiene una brecha en su salud. Los médicos relacionan la salud a la función de una máquina y su buen funcionamiento y la enfermedad como una pieza suelta, fallosa y dentro de esta ruptura, lo que se busca es reparar el mal funcionamiento en el cuerpo humano esta es una visión objetiva, que busca cumplir un fin: mantener con vida a la

persona, sin embargo, existe otra que es la que vive el enfermo y que tendrá diferentes caminos al ser un hombre o una mujer.

En el proceso de salud, podemos decir que tiene dos aspectos, uno el objetivo y otro el subjetivo; el objetivo es la capacidad de funcionar, como es descrita médicamente y el subjetivo es sentirse bien, donde involucra la información que se tiene sobre el padecimiento y los cuidados que debe de llevar, como las experiencias y sentir emocional del enfermo. Lo cual nos lleva con Ulises (2004) que al referirse a la salud señala que comprende un amplio estado integral al que todos aspiramos, el cual incluye el sentirse bien, tanto consigo mismo como en las relaciones y papeles que se desempeñan en las relaciones con lo demás y en el medio ambiente circundante.

Otro aspecto a mencionar sobre la salud es la enfermedad y esta no se puede contemplar de manera general ya que cambia al contemplar ¿Quién la vive?, hay que decir que tal concepto de enfermedad, además de involucrar el sentirse mal, se relaciona con el tiempo que dura el padecimiento ya que la mejoría o la presencia de la enfermedad puede ser de horas, días, meses o lo acompañara en la vida del enfermo.

Dentro de esta delgada línea entre la salud y enfermedad, principalmente dentro de la psicología de la salud que ha venido interviniendo en las múltiples enfermedades crónicas que han sido motivo de serie preocupación, debido a la estrecha relación en los diferentes estilos de vida, que se relaciona con la dieta (alto consumo de sal y grasa), como de igual manera el estrés o hábitos como el tabaquismo, alcoholismo, vida sedentaria, entre otros, que elevan la probabilidad de aparición de enfermedades como: el cáncer, enfermedades cardiovasculares, gastrointestinales, pero la que se ha incrementado en las últimas décadas y de interés para esta investigación es la diabetes mellitus. Al ser una enfermedad crónica, progresiva y frecuentemente mortal que afecta aproximadamente a 194 millones de personas en el mundo. La federación Internacional de Diabetes (IDF) calcula que 333 millones de personas padecerán la enfermedad en el año 2025

(CONAPO 2008). Actualmente la diabetes es un problema de salud pública ya que aproximadamente el 10% de la población la padece y una de las causas de muerte en México, junto con las enfermedades del corazón. Pero ¿Qué es la diabetes? Para ello Anderson (1994) la explica de manera breve, como una enfermedad metabólica que afecta los mecanismos con los que el organismo absorbe, transforma y elimina la glucosa (azúcar) que al no ser utilizada correctamente por el organismo, debido a los defectos en la secreción o la acción de la insulina (hormona que permite el ingreso de glucosa a las células para transformarla en energía), se acumula en la sangre donde alcanza niveles muy elevados, lo que produce o incrementa el estrés oxidativo en las células ocasionando envejecimiento y alteraciones graves en sus funciones.

Cabe mencionar que la diabetes, es una enfermedad crónica y de tratamiento complejo. Desde su diagnóstico, el diabético tiene que realizar un laborioso autocuidado que va desde el autoanálisis, un ajuste con su tratamiento dietético y farmacológico, el manejo de técnica de autoinyección hasta otros aspectos como el cuidado de los pies, la higiene, etc., (Pérez, 2003).

Pero ¿Qué pasa cuando este mal influye en sus relaciones sexuales? Es conocido que este mal influye en todo el cuerpo, sin embargo, cuando un hombre o mujer acude al médico, por la serie de síntomas que se relacionan con el padecimiento como orina constante, sed, cansancio, aumento de apetito, adelgazamiento, picores generalizados o en los genitales, infecciones en la piel, retardo en la cicatrización de las heridas, infecciones de las encías y aflojamiento de los dientes, dolores y hormigueos en las extremidades, alteraciones en la vista. Pero no por presentar problemas sexuales que puedan ocasionar problemas en su vida de pareja.

La sexualidad en las personas que sufren diabetes integra cuestiones de bienestar orgánico, psíquico, social y por supuesto sexual. Sin embargo en las habituales relaciones del médico con los pacientes, la sexualidad suele ser un tema tabú que no se aborda con facilidad y sobre el que no se suele consultar por iniciativa del

enfermo y el hecho de ser hombre o mujer, lleva a que muchas personas con trastornos sexuales no reconozcan que la diabetes puede modificar su relación. Por ejemplo la persona que sufre hipertensión o que tiene diabetes y presenta problemas sexuales, puede no ser consciente de que están directamente relacionados con su enfermedad o tal vez por la dieta poco saludable que lleva. De hecho, para que la respuesta sexual se desarrolle de manera satisfactoria, tanto en la mujer como en el hombre, es esencial la adecuada irrigación sanguínea de las zonas genitales y de los órganos implicados. Por lo que una enfermedad afecte a los vasos sanguíneos, comprometerá el rendimiento sexual.

Hay que mencionar que dentro de la diabetes mellitus existen una variedad de ellas, sin embargo las más agresivas son la diabetes tipo I, que suele presentarse de manera brusca, en personas jóvenes y requiere tratamiento con insulina, mientras la diabetes tipo II o DM2, que comienza de manera insidiosa, con pocos síntomas, habitualmente en personas mayores de 35 años y que suele tratarse con fármacos orales. La diabetes tipo II, DM2 está muy relacionada con la obesidad y es más frecuentemente que provoque trastornos circulatorios, sobre todo cerebrales y cardíacas. También suelen asociarse en mayor medida a otras enfermedades como hipertensión y dislipemia (colesterol alto). La diabetes, en cualquiera de sus dos tipos produce dentro de los 10 primeros años de su diagnóstico, disfunción sexual en aproximadamente la mitad de los pacientes y según avanza la enfermedad. Lo que provoca trastornos sexuales que afectan sobre todo a la fase de excitación y de lubricación en la mujer y disfunción eréctil en el hombre. Esta afectación de la excitación sexual en las personas con diabetes es más progresiva y grave que la que ocurre con otras enfermedades y a lo largo de la evolución se le asocian con trastornos de deseo y también en el orgasmo. Esta acción negativa de la diabetes sobre la función sexual se suma la de otras enfermedades que suelen ser simultáneas como hipertensión, colesterol alto e incluso la toma de algunos medicamentos. La diabetes, sobre todo la tipo II lleva asociados en muchas ocasiones problemas sexuales que deben ser tratados por un facultativo. Como la disfunción eréctil, mal llamada impotencia, consiste en la incapacidad para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la

actividad sexual o en la mujer los trastornos del deseo, dificultades en la lubricación y la anorgasmia.

En el hombre como en la mujer con diabetes es muy frecuente y tiene su origen en los trastornos circulatorios y neuropáticos que la enfermedad provoca, al no ser tratada aumenta con la edad, como en la evolución de la enfermedad. Con el tiempo crea problemas en la persona diabética como en su pareja, ya que genera pérdida de confianza, capacidad para alcanzar la erección, temor a fracasar e incomunicación en la pareja e incluso conductas diferentes que podrían ser interpretadas de manera negativa dentro de la relación (pensar que ha perdido su atractivo o que exista infidelidad dentro de la relación) y fácilmente produzca un grave conflicto. Todo ello tiende a perpetuar la disfunción eréctil y a que se asocien trastornos del deseo y del orgasmo, si no se realiza un adecuado tratamiento.

Dentro de la vida de un diabético los problemas sexuales es uno de los problemas que enfrenta dentro de su relación medico-paciente y que es poco reconocido, otro que se asocia es el género, al ser hombre o mujer de quien dependerá la relación de cuidados y atenciones que recibirá uno u otro, al establecerse papeles de rol de género, propiciara quien o cuando recibirá atención médica, la mujer al ser la responsable de la casa, los hijos, la alimentación, no habrá un espacio para la enfermedad, sin embargo es la que más procura recibir atención, a pesar de ser el pilar del hogar. Mientras en el hombre la vivencia del padecimiento es diferente al ser el protector, proveedor de su familia y su historia creara si es lo suficientemente fuerte dejar a un lado la enfermedad para demostrar que es superior a los demás o justificara la acción por el hecho de mantener a la familia. Ya que algunas ideas del rol establecen privilegios o derechos que controlaran su vida y a su vez su salud. Además de ello, la cualidad al ser quien es el médico dictaminara la confianza para dar a conocer su mal, como la información completa sobre su situación, ya que no es lo mismo hablar con un doctor hombre y paciente hombre, que un doctor hombre y un paciente mujer o viceversa, al ser el doctor hombre crea una confianza cuando el paciente es un igual, existe un lazo invisible

de hermandad que justificara la condición de su paciente y tendrá una brecha mínima de confianza hacia el o para mostrar la cualidad de hombre y no mencionara sus dolencias, pero cuando es su paciente una mujer la historia del médico crea criterios y juicios que se reflejaran en el trato del paciente, como mencionan Galván, Córdoba y Sapién (2007) al plantear que algunas mujeres se percibieron como pacientes favorecidas por la práctica médica en revisiones ginecológicas realizadas por hombres pero también algunas otras como objetos o víctimas de las exploraciones ginecológicas cuando estas son realizadas por profesionales de sexo masculino, al obtener experiencias y sentimientos negativos, vergüenza, miedo, dolor, incomodidad, testimonios de las mujeres sugieren que en el campo de la ginecología y obstetricia se presentan, reproducen prácticas misóginas de la cultura de supremacía masculina y subordinación femenina.

Cuando el médico es mujer y la paciente es una igual el grado de confianza es mayor ya que la paciente expondrá los hechos conflictivos en su vida como sus dolencias de manera especifica, pero cuando el paciente es hombre se vera cohibido y luchando por mostrar su papel y no exhibirá su dolor ante la doctora.

Se puede mencionar al igual que Ibarra (1998) y Lagarde (1997) que el papel universal exige que el hombre sea el apoyo y la guía del grupo, que vigilara que se cumpla las leyes dictadas por él. La mujer es compañera social y sexual del hombre, y encargada del cuidado de los otros y que no se desprenderá de la vida sexual como de la salud de cada persona. Generando conflictos en relación a su salud dentro de la sociedad que se encuentra en una serie de cambios culturales, aunque manteniendo una restricción dentro de la sexualidad en ambos, misma que causa ignorancia, relacionar su enfermedad como causa de otras situaciones y factor importante dentro de su relación de pareja.

Estas manifestaciones tanto de género en la vida sexual y en la diabetes de las personas, tanto empíricamente como teóricamente es necesario conocerlas, interpretarlas y analizarlas para comprender los significados sociales asignados a

las prácticas sexuales en contextos socioculturales específicos que interpreten y expliquen esas experiencias sexuales con relación a su enfermedad diabetes mellitus tipo II (DM2) en hombres y mujeres adultos.

En base a todos los tópicos que se han comentado anteriormente, los cuales me brindaron un panorama sobre la sexualidad, la diabetes mellitus tipo II (DM2) y lo que interviene en ella, puedo mencionar que el objetivo general de la presente investigación es analizar las experiencias de las relaciones sexuales de hombres y mujeres con diabetes mellitus II (DM2) en el proceso de enfermedad. Para llevar a acabo esto se empleo la metodología cualitativa, específicamente la entrevista a profundidad, que permite acceder a experiencias y significados que se crean en un individuo, con el propósito de analizar las experiencias de las relaciones sexuales de hombres y mujeres con diabetes mellitus tipo II o DM2 en el proceso de enfermedad. Mediante las diferencias que hay en las relaciones sexuales del antes y después de ser diagnosticados como personas con DM2.

Por consiguiente a partir del objetivo de la investigación se obtuvo las siguientes preguntas:

¿Cuál es el concepto de cuerpo y de su cuerpo: antes y después de ser diagnosticado como paciente diabético, para saber como lo vive?

¿Cómo es el proceso de construcción personal respecto al género y su sexualidad?

¿Conocer sus experiencias sexuales de hombres o mujeres antes de ser diagnosticados como pacientes diabéticos?

¿Cuál es el proceso de construcción de la enfermedad y su vivencia?

¿Qué adaptaciones ha, realizado en su vida sexual a partir del diagnostico de paciente diabético?

Siendo a grosso modo el contenido restante de este trabajo es el siguiente:

En el Apartado dos se muestra la información concerniente a la metodología cualitativa, así como las bondades y posibilidades que me brindó esta metodología.

En el tercer apartado contiene el método y procedimiento utilizados, detallando la justificación del estudio, objetivos, preguntas e hipótesis, así como las particularidades de la población con la que se trabajó.

Posteriormente, el apartado cuarto versa sobre los resultados, los cuales son presentados en categorías de análisis y citando fragmentos de la entrevista para el mejor entendimiento de los mismos.

Específicamente el apartado quinto muestra el análisis y discusión de los resultados presentados anteriormente, contrastándolo con la teoría manejada y la experiencia personal sobre estos temas.

El sexto apartado presenta las conclusiones a las que esta investigación me permitió llegar; gracias al detallado análisis que se realizó y presento alternativas para futuras investigaciones.

Los últimos dos apartados están destinados a mostrar las referencias empleadas, divididas por fuentes bibliográficas y electrónicas. Y finalmente el apartado IX incluye el anexo, el cual es el guión temático de la entrevista semi-estructurada empleada.

I. METODOLOGÍA CUALITATIVA

La metodología cualitativa surge de la perspectiva de la fenomenología y la sociología; éste enfoque busca entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor examinando el modo en que experimenta el mundo, la realidad que importa es lo que las personas perciben como importante.

La metodología cualitativa ha sido utilizada desde el griego Herodoto hasta Marco Polo; la escuela de Chicago la divulgó en el periodo de 1910 a 1940 realizando diversos estudios como observaciones participantes, historias de vida, entrevistas a profundidad, entre otras.

Castro (1996) considera que durante los 20 años posteriores a la segunda guerra mundial, la comunidad científica era sinónimo de sociología (metodología) cuantitativa, debido a la gran influencia positivista que imperó determinada por la objetividad, rigurosidad, confiabilidad, validez y verificación, ejes rectores de las ciencias experimentales que muchos psicólogos y sociólogos trataban de ajustar a sus disciplinas. Sólo durante los últimos 35 años han tenido un resurgimiento los métodos cualitativos.

Para Taylor y Bogdan (1996), la metodología cualitativa se refiere a la investigación que produce de datos descriptivos, mediante las palabras de las personas que emplean, habladas o escritas y la conducta observable. Se deben considerar diez puntos:

1. La investigación cualitativa es inductiva y flexible.
2. El investigador ve el escenario y las personas en una perspectiva holística, no se reduce variables.
3. Se es sensible a los efectos que los investigadores causan sobre las personas que son objeto de estudio.

4. Se trata de comprender a las personas dentro de un marco de referencia de ellas mismas.
5. Se debe suspender o apartar sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones.
6. Todas las perspectivas son valiosas.
7. Los métodos cualitativos son humanistas.
8. Se pone énfasis en la validez de la investigación.
9. Todos los escenarios y personas son dignas de estudios.
10. La investigación cualitativa es un arte.

Montes (2006) establece que los métodos cualitativos hacen énfasis en el estudio de los procesos sociales; el supuesto ontológico es que la realidad se construye socialmente y que, por lo tanto, no es independiente de los individuos. A diferencia de los métodos cuantitativos que se concentran en lo “objetivo”, los estudiosos de los métodos cualitativos privilegian el estudio “interpretativo” de la subjetividad de los individuos y de los productos que resultan de su interacción.

De acuerdo con Castro (1996) el aspecto central de la metodología cualitativa se refiere al significado que la realidad tiene para los individuos y a la manera en que éstos se vinculan con su conducta. De tal manera esta perspectiva supone algunos aspectos presupuestos meta-teóricos los cuales son:

1. Establecer el nivel de realidad que debe de ser conocido asociado a factores subjetivos; de tal manera los individuos se conciben como “actores interpretativos” cuya dimensión subjetiva es estructurada por los objetos externos que se internalizan dentro del proceso de socialización.
2. Al centrarse en la dimensión subjetiva, se da apertura a la libertad de los individuos y su concepción como punto de salida en la producción de fenómenos sociales; porque se habla de contingencias y no de leyes.

3. Se posibilita la comprensión más que la explicación como todo tipo de conocimiento, el cual se puede producir.
4. Para entender los factores subjetivos, a los individuos y las situaciones deben de analizarse de manera micro de tal modo que las particularidades puedan aprenderse.
5. Se trabaja de manera inductiva mediante observaciones específicas de individuos específicas y sus interacciones.
6. Los conceptos con los que se trabaja deben tener la cualidad de ser flexibles para que puedan desprender la diversidad de significados que los objetos pueden representar a los individuos y a su entorno.
7. Por último, se deben de ser lo más descriptivo, analítico y explorativo posible en este tipo de enfoque.

Dentro de esta metodología existen varias técnicas que permiten recolectar información que facilite su estudio así como su análisis; dentro de ellas se encuentran las observaciones de campo, las historias de vida, las biografías y la entrevista semi-estructurada, sólo por mencionar algunas.

Para este trabajo se utilizó la entrevista, la cual es definida por Rivas (1996), define como dispositivos de intervención (entendido como un lugar creado de efectos específicos que responden al problema de estudio y a la implicación del investigador), porque al mismo tiempo que complementan y constituyen parte de la estrategia metodológica general, crean efectos en el campo investigativo susceptibles y necesarios de ser analizados. Esta autora igual define la entrevista semi-estructurada como una exploración que puede propiciar el surgimiento de sentidos y significados de carácter subjetivo que recupera la particularidad sobre la temática en cuestión

Valdés, Sapién y Córdoba (2003) mencionan que la entrevista semi-estructurada es aquella que se sigue con cierta flexibilidad una secuencia de preguntas abiertas establecidas de antemano con respecto a uno o más tópicos.

Taylor y Bogdan (1996) describen las entrevistas semi-estructurada como reiterados encuentros cara a cara entre el entrevistador e informantes, dirigidos hacia la comprensión de experiencias o situaciones, tal como las expresan en sus propias palabras. Este tipo de entrevista sigue el modelo de una conversación entre iguales y no el de un intercambio formal de preguntas y respuestas.

II. METODOLOGÍA

La presente investigación se realizó con metodología cualitativa. Se empleó la entrevista semiestructurada a partir de un guión temático previamente construido. Se utilizó la metodología cualitativa por ser esta inductiva, flexible y comprender a las personas dentro de un marco de referencia de ellas mismas, toda perspectiva es valiosa, el énfasis en la validez de la investigación y que toda escenario y persona es digna de estudio (Taylor y Bogdan, 1996). Algunas ventajas de esta metodología fue que permitió explorar y conocer las experiencias sexuales de hombres y mujeres que padecen diabetes mellitus tipo II (DM2). También facilitó la descripción de episodios vividos por los participantes lo cual enriquece la información.

- **Participantes**

Se trabajó con cinco mujeres y cinco hombres que fueron diagnosticados con DM2. El proceso de selección fue: con 2 de ellos el investigador tenía una amistad de tiempo atrás y mostraron una amplia disposición para colaborar con el estudio. Los demás participantes se fueron incorporando por una amistad del investigador, quien permitió conocerlas y pedirles que formaran parte de la investigación. El rango de edad de los participantes fue de 30 a 54 años. Todos tenían o tuvieron recientemente una pareja. En las tablas 1 y 2 se sintetizan estos y otros datos.

Tabla 1. Datos de las mujeres al participar en el estudio

DATOS GENERALES							
Seudónimo	Edad	Estado civil	Ocupación	Tiempo con el padecimiento	No. De entrevistas	Duración de la entrevista	Lugar de entrevista
María	54 años	Casada	Ama de casa y vendedora de frutas y legumbres	2 años	2	20 min. + 20 min.	Su casa
Carmen	57 años	Casada	Ama de casa	45 años	1	1 hr. + 10 min.	Su casa
Marta	49 años	Casada	Ama de casa	8 meses	1	1hr. + 15 min.	Casa de su mamá
Lupe	46 años	Divorciada	Empleada de limpieza	5 años	1	25 min.	Su casa
Ester	30 años	Casada	Ama de casa	1 año	1	25 min. .	Casa de una amistad

Tabla 2. Datos de los hombres al participar en el estudio

DATOS GENERALES							
Seudónimo	Edad	Estado civil	Ocupación	Tiempo con el padecimiento	No. De entrevistas	Duración de la entrevista	Lugar de entrevista
Martín	54 años	Casado	Pensionado (Empleado de limpieza del DF.)	4 años	2	45 min. + 25 min.	Su casa En la calle (fuera de su casa)
Manuel	30 años	Soltero	Ingeniero Civil	4 años	1	25 min.	Un parque
Miguel	30 años	Casado	Empleado de fabrica	5 años	1	24 min.	Casa de una amistad
Raúl	56 años	Unión libre	Comerciante de alimentos	7 años	1	40 min.	Su establecimiento
Enrique	36 años	Casado	Técnico dental	1 año	1	25 min. .	Su consultorio

- **Materiales**

Una grabadora de audio y para reproducir las entrevistas, cintas para grabar y pilas.

- **Instrumento**

Se utilizó un guión temático (ver anexo) para la entrevista semi-estructurada. Se cubrieron varios temas relacionados con las experiencias y significados de la DM2. Algunas consideradas antes, durante o después de la DM2 ver cuadro 1.

Datos generales.

- 1) ideas, opiniones y significados de enfermedad.
- 2) ideas, opiniones y significados de Género.
- 3) ideas, opiniones, significados y experiencias sobre la sexualidad.
- 4) ideas, opiniones, significados y experiencias de Salud.
- 5) ideas, opiniones, significados y experiencias de vínculos afectivos (pareja, familiares o amigos).
- 6) ideas, opiniones, significados y experiencias acerca del acto sexual.
- 7) ideas opiniones, significados y experiencias sobre los sentidos.
- 8) ideas, opiniones, significados y experiencias sobre los métodos de protección sexual.

- **Escenarios**

Los escenarios fueron acordados por los participantes, procurando que fueran cómodos y confidenciales como su casa o la de sus amigos, parques cercanos a su hogar, sus negocios o en la calle. En algunas ocasiones una amiga o un familiar de los participantes estuvieron presentes, pero la mayoría de las conversaciones se llevaron a cabo a solas.

Cuadro 1. Guión temático de entrevista Semi-estructurada

CATEGORIA	ANTES DE LA DM2	DURANTE LA DM2	DESPUÉS DE LA DM2
1) Ideas, opiniones y significados de enfermedad.	X		
2) Ideas, opiniones y significados de género.	X		X
3) Ideas, opiniones, significados y experiencias sobre la sexualidad.	X		X
4) Ideas, opiniones, significados y experiencias de salud.	X		X
5) Ideas, opiniones, significados y experiencias de vínculos afectivos (pareja, Familiares o amigos).	X	X	X
6) Ideas, opiniones, significados y experiencias acerca del acto sexual.	X		X
7) Ideas, opiniones, significados y experiencias sobre los sentidos.	X		X
8) Ideas, opiniones, significados y experiencias sobre los métodos de protección sexual.	X		X

- **Procedimiento**

Este se divide en cinco etapas y se explican a continuación:

1) Negociación. Se contactó a cada participante para negociar y establecer la fecha, hora y el lugar de cada entrevista así como las condiciones en que se realizarían la misma.

2) Entrevista. Se acudió a la entrevista en las fechas, horas y lugares acordados por ambos (participante e investigador) con el material e instrumentos necesarios. Antes de comenzar cada entrevista se pidió la autorización para audiograbar las mismas con el mismo fin de recabar fielmente las experiencias y significados de cada participante, hay que mencionar que en ciertas entrevistas estuvo presente un amigo o un familiar de los entrevistados. Se audiograbaron las entrevistas y se negoció la siguiente entrevista si era necesaria.

3) Proceso de Entrevistas. Las entrevistas grabadas tuvieron una duración promedio de veinticinco minutos a una hora y quince minutos de duración. Estas se llevaron a cabo en el parque, la calle, en sus negocios, en sus casas o la de amigos o familiares de los participantes. Las entrevistas se desarrollaron de manera de conversación en algunos casos, otros participantes decidieron que se realizaran de manera de cuestionario, los participantes se mostraron accesibles en ciertos temas como enfermedad, genero y métodos de protección, en otros como el acto sexual, sexualidad y sentidos se mostraron reservados a contestar e incluso se mantenía un silencio constante en otros caso se tuvo que realizar una segunda entrevista para completar la información (tablas 3, 4 y 5).

Tabla 3. Datos generales de la entrevista.

CUALIDADES DE LA ENTREVISTA							
Orden de entrevista	Seudónimo	Lugar de entrevista	Zona de residencia	No. de entrevista	Duración de la entrevista	Quien estuvo presente en la entrevista	Cualidad de la entrevista
1	María	Su casa	Naucalpan	2	20 min. + 20 min.	Solo ella	Fue de manera de narración, de la enfermedad, sin embargo se tuvo que realizar una segunda entrevista debido que le costó trabajo platicar sobre sexualidad
2	Martín	Su casa En la calle (fuera de su casa)	Naucalpan	2	45 min. + 25 min.	Solo él	Fue fácil platicar la historia de la enfermedad, se tuvo que realizar una segunda entrevista debido a que también le costo trabajo hablar sobre sexualidad.
3	Carmen	Su casa	Lomas de Atizapán	1	1 hr. + 10 min.	Su esposo	Para ella fue fácil platicar sobre los temas, incluso se mostró con comentarios alegres y su esposo sólo corrigió ciertos aspectos que no recordaba sobre su vivencia.

Tabla 4. Datos generales de la entrevista.

CUALIDADES DE LA ENTREVISTA							
Orden de entrevista	Seudónimo	Lugar de entrevista	Zona de residencia	No. de entrevista	Duración de la entrevista	Quien estuvo presente en la entrevista	Cualidad de la entrevista
4	Marta	Casa de su mamá	Lomas de Atizapán	1	1 hr. + 15 min.	Su mamá y una vecina de la colonia	Con ella fue de forma narrativa, donde su mamá y su vecina sólo interrumpían para mencionar similitudes entre los padecimientos y hacían comentarios graciosos, ella dudó en contestar lo de carácter sexual pero lo contesto.
5	Lupe	Su casa	Lomas de Atizapán	1	25 min.	Solo ella	Las respuestas fueron de manera narrativa y seria, sólo cuando se tocó el tema de sexualidad hubo llanto por las vivencias que recordó.
6	Ester	Casa de una amistad	Lomas de Atizapán	1	25 min.	Solo ella	Ella pidió que la entrevista se formulara mediante preguntas directas para responder igual. Hubo una segunda entrevista debido que le costo trabajo platicar sobre sexualidad.

Tabla 5. Datos generales de la entrevista.

DATOS GENERALES							
Orden de entrevistas	Seudónimo	Lugar de entrevista	Zona de residencia	No. de entrevistas	Duración de la entrevista	Quien estuvo presente en la entrevista	Cualidad de la entrevista
7	Manuel	Un parque	Lomas de Atizapán	1	25 min.	Solo él	Fue de manera narrativa del padecimiento y se mostró accesible e incluso respondió de manera graciosa.
8	Miguel	Casa de una amistad	Lomas de Atizapán	1	25 min.	Solo él	Las causas por las cuales no se realizó la entrevista en su casa y prefirió otro lugar, fue por la privacidad que no tiene, pero se mostró accesible y sus respuestas fueron directas y claras.
9	Raúl	Su establecimiento	Lomas de Atizapán	1	40 min.	Solo él	Se mostró accesible y sus respuestas fueron de manera narrativa cubriendo todos los temas.
10	Enrique	Su consultorio	Lomas de Atizapán	1	25 min.	Solo él	Pidió que la entrevista fuera a manera de preguntas directas para responder de igual manera.

4) Transcripción. Todas las sesiones de entrevista fueron transcritas de manera textual, recuperando íntegro el discurso de los participantes.

5) Procesamiento de información. Se hizo una lectura de todas las transcripciones de las entrevistas realizadas. Los hallazgos obtenidos mediante las entrevistas fueron clasificados en categorías y subcategorías que se generaron a partir de la información de los participantes que se muestran a continuación:

1. Afrontamiento a la DM2.

El cuerpo humano permite desarrollar una serie de actividades que conforman la cotidianidad en las personas. Sin embargo cuando se modifica e impide realizar las actividades diarias a causa de la diabetes mellitus tipo II o DM2, inicia un proceso difícil de adaptación, aceptación y de hacer frente mediante la modificación en su vida. La DM2 es una enfermedad crónica, como sus síntomas y su tratamiento crea cambios en la vida de la persona, desarrollando etapas de ajuste, de entendimiento y comprensión en relación a la DM2. Generando experiencias en la persona antes y después de la DM2.

1.1 ¿El cuerpo para ellas y ellos antes de la DM 2?

1.2 ¿Asistencia médica antes de la DM2?

1.3 ¿Primeros síntomas de la DM2?

1.4 ¿Medicación u otros tratamientos para la DM2?

1.5 ¿Ahora cada cuando visitan al médico?

1.6 ¿El cuerpo para ellas y ellos después de la DM2?

2. Género, significados que forman hombres y mujeres que padecen DM2.

Las experiencias de la mujer o del hombre se consideran para construir el significado de género. Cada participante lo describe tomando en cuenta características físicas (biológicas) como culturales y sociales mostrando la gran influencia que ha tenido de su contexto familiar que ha regulado. Significados que se modifican cuando se enferma la persona, ocasionando cambios de conductas y pensamientos a partir de las experiencias de la enfermedad.

2.1 Significados de género a partir de las experiencias de mujeres que padecen DM2.

- 2.1.1 ¿Qué es ser mujer?
- 2.1.2 ¿Cómo ser mujer?
- 2.1.3 ¿Cómo es un hombre para ellas?
- 2.1.4 ¿Cómo es una mujer enferma?
- 2.1.5 ¿Cómo perciben al hombre enfermo ellas?
- 2.1.6 ¿Saben que es el feminismo?
- 2.1.7 ¿Saben que es el machismo?

2.2 Significados de género a partir de las experiencias de hombres que padecen DM2.

- 2.2.1 ¿Qué es ser hombre?
- 2.2.2 ¿Cómo ser un hombre?
- 2.2.3 ¿Cómo perciben a la mujer, ellos?
- 2.2.4 ¿Cómo es un hombre enfermo?
- 2.2.5 ¿Cómo perciben a la mujer enferma, ellos?
- 2.2.6 ¿Saben que es el machismo?
- 2.2.7 ¿Saben que es el feminismo?

3. Relaciones de pareja antes y después del diagnóstico DM2.

Conocer los significados que le dan los entrevistados a la pareja parte de las experiencias en su vida. Significados que han obtenido o mantenido antes o después de la experiencia de la DM2.

3.1 Relación de pareja para la mujer.

3.1.1 El trato que recibían antes de la DM2 por su pareja.

3.1.2 El trato que daban ellas a su pareja antes de la DM2.

3.1.3 El trato que recibían durante el diagnóstico y tratamiento de la DM2, por su pareja.

3.1.4 El trato que recibían después de la DM2, por su pareja.

3.1.5 El trato que daban ellas, después de la DM2 a su pareja.

3.2 La relación de pareja para el hombre.

3.2.1 El trato que recibían antes de la DM2 de su pareja.

3.2.2 El trato que daban ellos a su pareja antes de la DM2.

3.2.3 El trato que recibían durante el diagnóstico y tratamiento de la DM2, por su pareja.

3.2.4 El trato que recibían después de la DM2 por su pareja.

3.2.5 El trato que daban ellos después de la DM2 a su pareja.

4. Sexualidad en personas que padecen DM2.

Los participantes comparten sus significados sobre la sexualidad antes y después del diagnóstico de DM2, señalando que la sexualidad es parte de la personalidad, una construcción interior, la unión más íntima entre dos personas y una forma de explorar el cuerpo y el de otros.

4.1 La sexualidad en mujeres que padecen DM2.

4.1.1 ¿Cómo es la sexualidad para ellas?

4.1.2 ¿Qué es el acto sexual para ellas y cuanto tiempo debe de durar?

4.1.3 ¿Cómo es la negociación para el acto sexual?

4.1.4 ¿Cómo es la vida sexual después de la DM2?

4.2 La sexualidad en hombres que padecen DM2.

4.2.1 ¿Cómo es la sexualidad para ellos?

4.2.2 ¿Qué es acto sexual para ellos y cuanto tiempo debe de durar?

4.2.3 ¿Cómo es la negocian para el acto sexual?

4.2.4 ¿Cómo es la vida sexual después de la DM2?

4.3 ¿Preguntaron sobre los cambios en su vida sexual, a los médicos?

5. Empleo de métodos de protección sexual.

Categoría que aborda la relevancia que tienen los métodos de protección para los entrevistados para evitar cualquier tipo de infección de transmisión sexual. Como la búsqueda de información adecuada para lograr una sexualidad placentera y responsable antes de la DM2, como posterior al diagnóstico.

5.1 Empleo de métodos de protección sexual antes de la DM2.

5.2 Aprendizaje sobre el uso de métodos de protección sexual o anticonceptiva.

5.3 Empleo de métodos de protección sexual después de la DM2.

III. RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación consistieron en recopilar fragmentos de las entrevistas y se presentan de acuerdo a la aportación para cada una de las categorías establecidas.

1. Afrontamiento a la DM2.

El término de afrontamiento proviene de la palabra afrontar que es encarar un peligro o compromiso. Para los participantes la palabra de afrontamiento se relaciona con la situación de la diabetes mellitus tipo 2 o DM2. Palabra afrontamiento es empleada para explicar, cómo las personas vivieron la DM2, su adaptación y su tratamiento, mediante los recursos que el sujeto moviliza con el objetivo de eliminar o disminuir las dolencias corporales a causa de la DM2 en las personas y la alteración emocional que implica.

1.1 El cuerpo para ellas y ellos antes de la DM2.

La interpretación que dan las personas entrevistadas sobre su cuerpo, surge de las diferentes maneras en que desarrollan sus vidas antes de la DM2.

Para Enrique antes de la DM2, su cuerpo sufre cambios de acuerdo a su desarrollo físico, la edad y a las actividades que desempeñe, estas actividades crearan cambios en su cuerpo.

Enrique: "En un inicio como todo chamaco, se siente uno bien. Pero por el trabajo, la condición física se vuelve mala, por el tipo de trabajo. Si, cuando era chavo trabajaba como cerillo en un centro comercial y no era pesado el trabajo, pero después cuando estuve un rato de ayudante de albañil ya pesaba, y ahora soy dentista, luego estoy mucho tiempo encorvado y me ocasiona dolores de espalda o

estoy mucho tiempo parado y la misma edad deteriora el cuerpo, los huesos, a uno mismo. Además la propia edad te lleva y debes ver al cuerpo como momentos de estar bien y de que estará mal porque se gasta el cuerpo o por alguna enfermedad pero será por algo.”

Para algunos participantes el desempeñar sus actividades cotidianas satisfactoriamente es la manera de referirse a un cuerpo sano. Si las actividades diarias no pueden ser realizadas es hablar de un cuerpo enfermo.

Raúl: “Como era mi cuerpo: normal, hacía mis cosas, no había molestias hasta que empecé con la diabetes.”

María: “Sentía mi cuerpo sin dolor alguno, nada, algo normal. ¡Si! Que puedes hacer tu quehacer que subes y bajas y con el negocio que cargas y bajas cajas: algo normal.”

Ester: “Tenía un cuerpo normal. Sin problema alguno, bueno si te enfermas pero no de gravedad o de por vida, puedes hacer tus cosas.”

Para Marta y Miguel referirse a su cuerpo es una situación de rendimiento físico en sus actividades laborales y la ausencia de enfermedades.

Marta: “Como dicen hasta que el cuerpo aguante, el cuerpo, bueno mi cuerpo es como te digo, es: estar libre de enfermedades, para continuar con sus vidas.”

Miguel: Para mi, mi cuerpo es estar sano y principalmente “estar fuerte, sano para la chamba. Más que nada.”

Martín menciona que el cuerpo es la observación de los otros cuando notan los primeros cambios, como la percepción y sentir de su propio cuerpo.

Martín: “Me decían que mi cuerpo no estaba bien porque presente cambios que antes no tenía. Pero yo digo que para hablar del cuerpo es referirme a lo que los otros ven y te dicen, ahora son comentarios que hay que tomar en cuenta. Porque uno no nota esos cambio, en su cuerpo y te proporciona el pensar si estas bien o mal en tu cuerpo.”

Manuel habla de un cuerpo sano en el futuro, como compañero emocional, reproductivo y persona que trabaja, respuesta influenciada por la información de las consecuencias de una mala atención de la DM2.

Manuel: “Para hablar de mi cuerpo, antes de la diabetes es hablar de mi futuro, te pone a pensar ¿A ti, no te pasa? ¿Qué pasara en tu futuro? ¿Ahora que haces? ¿Que no haces?, que estés tranquilo, que no comas esto, no tomes esto otro y más que nada tu futuro, si tienes hijos: ¿el día de mañana como nacerán? O si eres apto todavía para tener familia y si tu mujer te tolerará por estar enfermo, ya ves que se controla la enfermedad ¿pero cuanto puedes controlar, no? uno al rato puede quedar ciego o cojo es para pensar.”

Para algunas personas como Carmen el presentar la DM2 a una edad temprana y referirse a su cuerpo es mencionar actividades actitudes o comportamientos que posteriormente no podían realizar a causa de la DM2.

Carmen: “Como la presente desde niña te puedo decir que un cuerpo antes de la diabetes debe de ser como de una niña berrinchuda, cosas que podías hacer comer, chocolate o dulces, comer lo que quisieras, enojarte, pelearte con otros niños sin que nadie te este cuidando.”

Para algunas personas el cuerpo humano es sinónimo de belleza, que les permite aceptarse aún si su cuerpo presenta alguna enfermedad, como es el caso de Lupe.

Lupe: “Mi cuerpo estaba feo, yo creo que no era nada bonito si estaba bien pero estaba demasiado gorda así (con sus manos hace referencia de tamaño mayor que el que tiene), no se, tal vez no me agradaba, no me veía como deseaba, como yo esperaba para mi esposo.”

1.2 Asistencia médica antes de la DM2.

El cuidado de la salud está en manos de la misma persona y debe acudir a una instancia médica para la atención y prevención de enfermedades. Sin embargo los hábitos preventivos no forman parte de la cultura popular. Al preguntar con qué frecuencia asistían al médico antes de ser diagnosticados con DM2 se encontró que no había preocupación por la atención médica y solo era considerado si presentaban algunas molestias que no fueran pasajeras.

Para la mujer durante el embarazo es recurrente el acudir con el médico, debido a las atenciones y cuidados que debe de tener por su futuro hijo, como la presencia de enfermedades que se presenten previo, durante y posterior al embarazo sin embargo para María no eran actividades vitales para su salud de ella o de sus hijos.

María: “No para nada. No, cuando estaba embarazada sólo iba cuando sentía las primeras molestias, pero no. Tuve a mis hijos así como si nada. Y anticonceptivos, nooo, no, las cosas como se dieran, si dios quiere me quedaba embarazada si no ni modo, no. Y por enfermedad tampoco, solas pasaban.”

Carmen tuvo un acercamiento con el médico en su infancia cuando se desarrollan las campañas de vacunación en las colonias.

Carmen: “Antes de la diabetes el médico: no, sólo por las campañas de vacunación y era sólo eso.”

Marta menciona el acercamiento al médico y sus instancias, por su esposo que es diabético y como esposa era acompañante de su pareja cuando visitaba al médico para sus revisiones de rutina.

Marta: “Desde hace siete años, pero que yo fuera atendida por los médicos no, solo cuando empecé a sentirme mal que fui al ginecólogo y al médico general, antes no, sólo acompañaba a mi esposo que padece diabetes desde hace siete años.”

Para Manuel y Miguel el acudir al médico sólo es un requerimiento para mantener sus actividades laborales o deportivas en la escuela o en su trabajo.

Manuel: “No, bueno, cuando te piden exámenes médicos, pero fue al inicio del año para seguir en la temporada del fútbol americano.”

Miguel: “Periódicamente. Una o dos veces al año, por chequeos de rutina para el papeleo del trabajo.”

Para Martín la visita al médico solo era cuando presentaba alguna enfermedad que no le permitiera desempeñar sus actividades cotidianas. De igual manera lo expresa Enrique, que él sólo visita al médico cuando está enfermo. Y es entonces cuando se tiene que visitar al médico.

Martín: “Sí antes sí iba. Cuando me sentía mal, por una gripa o por algún dolor.”

Enrique: "Sólo cuando me encontraba enfermo."

Raúl menciona que solo visitaba al médico por vacunas y revisiones ocasionales, pero la mayor atención a su salud provenía de su madre mediante remedios caseros.

Raúl: "Antes no pues, no, no usaba la atención médica frecuentemente, bueno, sí para las vacunas y revisiones médicas que se hacían por parte del DIF pero no diarias, pero por lo regular siempre fui atendido por mi mamá con remedios caseros, baños de alcohol para la gripa, epazote para el dolor de estómago, y cosas así."

Para Ester la visita médica no era frecuente por su salud estable y duradera previa a la diabetes que padece hoy, razón por la cual no era necesaria la visita al centro médico u hospitalario.

Ester: "Casi no, no, no iba seguido. Mmmm, siempre me sentía bien me cuidaba bien, bueno creía eso."

Para Lupe la visita médica, era una decisión tomada cuando involucraba la salud del otro (sus hijos) y solo lo hacía por ellos.

Lupe: "No, antes no iba al médico, no, pues porque no, sólo cuando iban a nacer mis hijos, sólo por ellos sí iba al médico pero acompañarlos y ciertas veces un pequeño chequeo ¿no?"

1.3 Primeros síntomas de la DM2.

La presencia de síntomas en la DM2, son manifestaciones físicas en el cuerpo que no permiten realizar sus actividades diarias y que son diferentes para cada persona, que van desde mucho sueño, orinar constantemente, mucha sed entre otros síntomas.

Carmen presento los síntomas de la DM2 durante un viaje donde pretendía huir de su madrastra. Estos síntomas fueron: sed, ganas de orinar constante y cansancio, síntomas que se presentan en conjunto en ella. Sin embargo para otros, los síntomas se presentan de manera individual como fue para Martín que el síntoma fue la sed.

Carmen: "En el camino me dieron muchas ganas de hacer pipí, este, y, y, iba con la señora con la que me había ido, y una amiga de su esposo, que iba manejando, que nos llevaban a Guadalajara, porque era arquitecto, es el que nos iba a llevar allá y nos iba a dejar ahí con su esposa, y de ahí se iba a regresar ya no quería estar cerca de mi madrastra, bueno, a mí me daba pena decirle que me andaba de la pipí, y ya mí andaba, ya me andaba, ya al último no me aguantaba, iba yo sentada atrás pensando, ya al último no aguantaba y le dije a la señora -me anda de la pipí no aguanto- me dijo -te anda mucho- y le dije - mucho, ya no aguanto- le dije - no se pueden parar en una orilla- y me dijo -aguanta otros quince minutos- , yo pensé - yo creo que me hago aquí- que va a pasar si me aguantó más llegué a pensar que me iba a explotar la panza si me aguanto más, y seguí aguantando, pero llego un momento en que ya no, ya no aguanto, y la señora le dijo al señor -oye parate en una orilla, por que la niña quiere hacer del baño- y dijo -bueno- cuando bajé yo, bueno hasta descansé, me baje del carro y en una orilla de la carretera pero como era una niña, bueno hice, bueno, pero bien padre, bien rico y dije –

ya -, y que bueno que me dejaron hacer, me dijo la señora ¿ya descansaste, ya estas bien? Y le dije – ya- y después le dije que empecé a sentir la sed luego, luego y le dije -ahora tengo sed- y me dijo –no, ahora aguántate ya no falta mas que hora y media para llegar- y le dije -bueno me aguanto la sed- y me dijo aguántate y bueno, ya agarramos y seguimos por la carretera y llegamos a Guadalajara.”

Martín: “Fue la sed que me empezó a atacar, por la sed, por la sed que fue y todo por tomarme un medio refresco.”

Los síntomas son variados que avisan que la glucosa, no tiene una estabilidad dentro del cuerpo como la sed, cansancio y ganas de orinar constante, otro síntoma es la pérdida de peso, además de la sed que presento Lupe.

Lupe: “Empecé a adelgazar, no me daba hambre, me daba mucha sed, constantemente iba mucho al baño. Esos fueron mis síntomas que sentí.”

Para Marta sus síntomas fueron los dolores musculares y cansancio, que no le permitía realizar sus actividades cotidianas.

Marta: “Yo empecé con dolores en la pies, pero yo lo atribuía a hacer ejercicio, por que días anteriores, no un año anterior ya me habían dicho que necesitaba oxigenación en el cerebro y circulación en la sangre, yo le achacaba a eso, cuando me dolía los pies, pero yo siempre me los estaba sobando, pero yo veía a mi esposo, que me decía –sobamé los pies, porque los siento dormidos y me duelen -, entonces le sobaba los pies, pero cuando empecé a que me doliera los pies, el me dijo - es que tu estas diabética - y me quedaba pensando. Y es que yo creo ya la tenía porque dos años atrás, ya entraba mucho al baño, pero a principios de enero de ese año, que

me dio la diabetes, fue porque fui con el, que se hizo la prueba de la azúcar y el me dijo hazte la prueba, nada mas para que te chequen, aun que te sientas bien, sólo para que sepas y fue entonces cuando la enfermera me dijo, - antes de salirse, le voy a decir que usted tiene la azúcar alta -."

Para Ester, el cansancio fue un síntoma que le extrañó, ya que sus actividades no eran demasiadas y tal manifestación de cansancio fue percibida como inusual.

Ester: "Mmm, pues fue mucho sueño, siempre estaba cansada, pero no hago demasiadas cosas, como vivimos solamente el y yo (su esposo). Y sólo hago comida o cosas de la casa para los dos, por eso fue muy raro que estuviera cansada."

La sed, la necesidad de orinar constante y el cansancio son síntomas de la DM2. Como la presencia de sueño que ocasiona una mayor inversión de tiempo para dormir y que notaron Ester, Manuel, Miguel, Raúl y Enrique.

Manuel: "Estaba cansado por la escuela, fin de semestre, tareas. Y yo con sueño, llegaba y me dormía, no comía y orinaba a cada rato y la sed."

Miguel: "Sueño, era el tener mucho sueño, yo si duermo, pero cuando llegaba a la casa, llegue a pensar que era por tanto trabajo, pero era demasiado."

Raúl: "ganas de orinar y dormir, dormir, dormir."

Enrique: "el Cansancio que me daba muco sueño y la sed."

La relación de síntomas de la DM2 es diferente para cada persona. Lo cual complica la vida de la persona, pero para algunas otras personas la detección oportuna de la DM2, propicia que los síntomas no se manifiesten como fue la situación de María.

María: “No, para nada yo no presente cosas que causaran molestias, pero que tenía diabetes dos si la tenía.”

1.4 Medicación u otros tratamientos para la DM2.

La importancia de conocer la DM2 radica en saber como responder si presenta alguna complicación o el tratamiento para ellos es importante que conozcan sus medicamentos como la dosificación como las opciones que busca, para alcanzar su bienestar. María menciona como es su medicación y el tratamiento que lleva, por mantener una vida sana, como el empleo de remedios caseros.

María: “(Cuando le pregunte sobre los medicamentos que emplea, se levanto de la cama y se dirigió cerca de una de las vitrinas, y me acerco dos frascos y una caja, que contenía los medicamentos) Estos el Fenak para el dolor del brazo, el glibenclaminda y metformina para la diabetes y las tomo una vez al día. Con una diferencia de 30 minutos entre cada una de ellas, solo la del dolor no me la tomo tan seguido, ya que no me duele tanto el brazo, pero no dejo de tomármelas. Pero también tomo tes. Que de albaca, de orégano, que uno que otro, pero solo para no tomar refresco o agua de sabor, no como medicamento.”

Emplear medicamentos para controlar la DM2 es una acción cotidiana en la actualidad para los médicos, sin embargo el tratamiento es complicado cuando se presenta una segunda enfermedad en el diabético, ya que se considera efectos secundarios o reacciones alérgicas en el. Para el diabético es una experiencia

frustrante ya que se considera como una persona donde experimentan de manera desinteresada por su salud por el médico.

Carmen: “¿Qué medicina tiene? Me preguntan los médicos y les dijo -complejo B -, la que me controla la diabetes como se llama se me olvido, la pomada para los granos que me salio aquí atrás (en la espalda). Y me preguntan de nuevo los doctores, ¿que le dan? Yo le digo - la Micolason - y me dice y ¿si le hace efecto? y yo le digo, - no pero que le hacemos -, ¿no? y me dice - pues que otra cosa le puedo dar - me preguntan ¿que otra cosa necesita? como si fuera gasto o despesa. Solo le digo nada más.”

El presentar otro malestar en el momento en que se les diagnostica diabetes, ha ocasionado problemas con la medicación, como es el caso de Marta que debido a malestares ginecológicos y su tratamiento compromete el procedimiento de cura para la DM2, lo cual no permite realizar algún tratamiento por el momento.

Marta: “Sin tratamiento para la diabetes, por el momento, debido a que los medicamentos que recibía era contradictorios, para los que me dieron para los problemas ginecólogos que padezco y para tomar los medicamentos para diabéticos, tengo que esperar a que deseche los anteriores, que son para mis dolores (señalando con sus manos su entre pierna).”

Para Lupe y Martín, el medicamento para el tratamiento de la DM2 no es empleado de manera cotidiana, solamente cuando presenta algún síntoma de la enfermedad. Para no usar de manera cotidiana el medicamento de la DM2 recurren a remedios caseros y una constante dieta.

Lupe: “La, mmmmmm, no me acuerdo, es una pastilla grande y dos chiquitas, las que me tomaba. Por cierto que ya no tomo. Con lo que

me la controlo (DM2), es con el nopal, la zábila y el choconostle. Es lo que me estoy tomando seguido. Cuando hago coraje, tomo las pastillas, cuando tengo una molestia (discusión menciona o se siente triste), es cuando me sube la azúcar a tal grado me paso de 125 o mas y es cuando tomo de nueva cuenta.”

Martín: “Me tomo el te de hiervas diferentes, compuesto de árnica, de gordolobo, compuesto de una hierva que conozco, bueno, que aquí la conocemos como hierva amarga, pero aquí no hay, aquí no la venden y esa hierva se controla más uno (la DM2), bueno como yo que tengo la fe y la idea, que con eso me compongo, pero mucha gente de quien sabe que clase, quieren estar con el médico, tener la pastilla bajo la lengua es como insulina esa pastilla, pero nada mas. Porque a mi, nada más me la daban, para controlarme, que iba grave. Como me dijo un muchacho, de acá de la esquina, de de allá del fondo, -usted esta bien, porque todavía no le ponen insulina, ya es duro cuando te la están poniendo-.”

El diagnostico oportuno de la diabetes, permite no tener un deterioro en el cuerpo y por lo tanto su salud se percibe como normal. El diagnostico oportuno evita el consumo de medicamentos y por lo tanto solo se ordena una dieta por el médico para el control de la glucosa en el diabético.

Ester: “No, no, por lo que te digo que no iba tan mal, me la encontraron a tiempo (refiriéndose a la DM2), yo creo que es eso no estoy como Miguel (su esposo), que tiene que estar tomando sus pastillas y tiene que ir al seguro, cada vez que se le acaban y solo me ordenaron una dieta, que no incluye cosas dulces, saladas o grasosas.”

Para Manuel y Miguel, la medicación y su consumo dependen de la respuesta del cuerpo y su salud, hasta que se equilibre el organismo, encontrando el equilibrio disminuirá su consumo hasta dejar de lado el medicamento o tomar una cantidad menor.

Manuel: “En un inicio el Maviglin de 500 mg. tres veces al día, oxígeno para el cerebro, para que me tranquilizara, esta era por la noche y complejo B, todas las mañanas, por tres meses y la dieta que es la que continua. Ahora ya no tomo medicamentos.”

Miguel: “Bueno en un inicio vitaminas, ya diagnosticada la diabetes, pastillas que no recuerdo su nombre, por que solo dure como tres meses que las tome, ya después fue la dieta, bueno si tomo la pastilla, pero solo una en la mañana y ya.”

Para Raúl no solo es el consumo de medicamentos para controlar la DM2, también es vital la dieta para mantener un equilibrio en el organismo y evitar otros malestares.

Raúl: “Regluson Glibenclamida, al inicio y fue solo por dos meses, que tome dos pastillas, tres veces al día después, como ahora, una vez por las mañanas .Además, me recomendó mi cuñado el nopal, que lo comiera con frecuencia, para que me ayudara, no solo con la diabetes, si no también para el colesterol.”

Para Enrique la creencia en los medicamentos para controlar la DM2 es mayor, que la creencia de los remedios caseros.

Enrique: “Enalapril, una tableta por la noche y otra por la mañana, Metmorfina, una diaria y no empleo ningún remedio, no he sido de las personas que creo en los remedios.”

1.5 ahora cada cuando visitan al médico.

El control de una enfermedad involucra el interés del diabético por su salud mediante una buena alimentación, como la visita al médico, quien confirmara la salud del diabético o realizara el adecuado tratamiento para el padecimiento.

María: "Voy con el doctor una vez al mes, ahora me toca el 28 de este mes, para ver si bajo mi azúcar, por que se me subió tú crees."

Carmen: "Con el doc. (Doctor), al menos una vez al mes, pero otras veces, puede ser dos veces a la semana, no con el mismo, con diferentes doctores, pero si voy constantemente."

Ester: "A veces cada mes, dependiendo, por que voy con mi esposo, que tiene que ir por sus medicamentos y aprovecho para una revisión general"

Enrique: "Cada que el doctor me programe de 3 a 6 meses."

Manuel: "Cada mes, en un inicio, por tres meses, ya hora solo un chequeo cada seis meses."

Miguel: "Cada dos o tres meses, por la familia, un chequeo más que nada, para no fallar, además de que depende del tratamiento, que tengo que ir, porque luego me dan para un mes o para dos meses, o por la falta de pastillas y es cuando voy nuevamente."

La frecuencia con que asisten al medico, le permite seguir el tratamiento adecuado para el diabético y la evolución en su salud. Sin embargo en ciertos casos el asistir al médico se complica debido a los diferentes trámites burocráticos que deben hacer frente el diabético para recibir la atención médica.

Marta: “No puedo cambiar la dirección de la póliza de mi esposo, con la que me pueden atender, por que si se le cambio o le muevo algo, ya no atienden a mi esposo, se hecha a perder la póliza. Me dijeron en el seguro popular, que fuera sacar la mía ahí, para que me trataran hasta marzo y le la mandara a mi esposo la suya, para que me dieran tratamiento. Necesito trabajar, no me he metido a trabajar, por que luego me siento mal y si no cambio los datos de la dirección de León, a los de la casa de mi mamá, pues no me atienden y un doctor particular, dijo que tengo que ir, hasta que mi cuerpo se deshaga de los medicamentos, del problema ginecológico, que afectan a los de la diabetes y regresar con estudios, para el nuevo tratamiento.”

Para Lupe la situación económica que vive no le permite recibir atención médica, para recibir atención para la DM2 por un médico involucra faltar a su trabajo y con ello disminuye su salario, además los costos de los medicamentos y de la dieta que le recomienda el médico supera el salario que percibe.

Lupe: “No voy al doctor, la verdad, no voy al doctor, por que me da una dieta, que la verdad no la puedo seguir y luego me ponen a comer verdura u otras cosas. Y la verdad, como voy al día en mis gastos. ¿Si mis hijos trabajaran? ¿Que bueno, no? Por que tenemos para comer al menos y lo que comemos son frijoles o arroz, y no me alcanza, por que la verdad, están todos mis hijos conmigo, tres hombres y una niña, mis dos nietos que tengo aquí. Y tengo una responsabilidad con una bebé, pues es la manera en que puedo ayudar a mi hijo, ya que tiene que sacar a la bebé y a mi nuera, que también tiene diabetes.”

Tener un medico en la familia permite que el tratamiento, la atención y su costo no sea superior, como en la mayoría de los diabéticos.

Raúl: “No asisto a ningún hospital, te digo que me ve mi cuñado y como mi negocio le queda de paso, me habla y platicamos, y cuando estoy enfermo va a la casa a verme y trata que no sea costoso mi enfermedad.”

Las creencias o fe en la asistencia médica causa evitar o se recurrente a ella. Para Martín su creencia ocasiona evitar recibir atención médica y por consiguiente recibir medicamentos para el tratamiento de la DM2.

Martín: “Pues, solo una vez fui con doctor, al menos. No soy de las personas, que frecuente al médico o que sea dependiente de los medicamentos”.

1.6 El cuerpo para ellas y ellos después de la DM2.

Para los participantes hablar sobre su cuerpo después de la DM2, es referirse a un cuerpo sano, que merece cuidados en su alimentación, atención médica y una higiene para disfrutar una vida, al permitirle realizar sus actividades diarias de acuerdo a su edad.

Para María referirse a su cuerpo retomar el momento de enfermedad que no le permitía realizar sus actividades diarias y que realiza ahora con mayor libertad que le permita su cuerpo.

María: “Mi cuerpo ahora, pues es normal, que otra ves hago las cosa que hacia antes. Bueno ja, ja, ja, no todas, ¿verdad? por el yeso en mi brazo, pero ya subo y bajo, y hago, lo que solía hacer antes.”

Para Carmen su cuerpo después de la DM2 es estar sana y disfrutar de la vida, sin preocupaciones por el padecimiento.

Carmen: “No sabría decirte, ya que la mayor parte de mi vida he estado enferma, si te diría sobre el cuerpo, sería estar sana, para disfrutar las cosas de la vida, sin preocupación alguna Hacer cosas sin preocuparte, que los medicamentos que hay que tomar o por lo que he enfrentado por hacer una vida.”

Para Marta la percepción de su cuerpo esta relacionado con la belleza y considera la DM2 como una situación ventajosa al permitirle perder peso y aumentar su autoestima, También considera que si no tuviera las molestias por la DM2 y otros malestares estaría mejor.

Marta: “Ahora mi cuerpo, mi cuerpo, me siento bien. Con la perdida de peso, me veo mejor y me hace sentir bien, de no ser por las molestia del sangrado, por la irregularidad de la menstruación y diabetes, yo creo que estaría mejor.”

El deterioro que viven en su cuerpo a partir de la DM2 permite realizar un análisis en el para observar los cambios tenidos. Cambios que modificaran su aspecto, su vida y le harán tomar decisiones para preservarlo.

Lupe: “He adelgazado mucho, se me están cayendo mis dientes, también se me reseca la piel, por que si se reseca, pero no estoy acostumbrada a usar cremas, por que si me hecho crema me siento muy sudorosa, grasosa, muy no, no se. También, como no acostumbro a usar pantalón me da el aire y se resaca la piel tampoco uso las cremas, desodorantes ni nada ya que siento la piel muy grasosa, para eso hay que echarnos un bañito seguido, por que subimos, bajamos escaleras. Mi trabajo, es limpiar cuatro pisos, trapearlos, barrerlos, limpiar lo que son tubos, extinguidores, placas, aluminio, todo eso hago en mi trabajo y por lo tanto, mi cuerpo debe

estar limpio, eso creo, que el cuerpo ahora debe tener cuidados mayores.”

Para la persona que se enfrenta a la DM2, percibe cambios físicos, como en su salud y contemplan su cuerpo a partir de ese momento con límites a causa del padecimiento, creando una nueva interpretación de salud y una vida estable como menciona Martín.

Martín: “El cuerpo ahora...Es estar sano, ya no como antes, pero si estar de acuerdo a su edad, para continuar una vida estable, creo yo.”

Para Manuel referirse a su cuerpo después de la DM2 es relacionarlo con la mentalidad que uno toma para hacer frente a los problemas que se presentaran en su vida, ya que si falla el cuerpo, la mente lo hará y viceversa.

Manuel: “Más que el cuerpo sano, bueno si estar preparado físicamente, para no causar una traba a la mente y al revés, para estar pensado muchas cosas y estar disponible, a cualquier situación.”

Para Miguel y Raúl después del diagnóstico y tratamiento para la DM2 se enfrentan a una serie de cambios alimenticios y atenciones para evitar presentar nuevamente malestares, debido a que consideran a su cuerpo como frágil.

Miguel: “Ja, ja, El cuerpo... Pues, es mas frágil, ya no comes mucho de esto y aquello, que no te preocupes, por que puedes recaer y cosas así.”

Raúl: “Hay que cuidarlo, por que lo cuido he, no creas que no, en el día como verduras, que mis calabazas, un chayote o que los ejotes,

para cuando estoy en la tarde en la taquería y pruebe las cosas no sature mi cuerpo de grasa.”

Para Enrique y su cuerpo después del diagnóstico de la DM2 ha sido un serie de cambios físicos perceptibles y de asombro.

Enrique: “Baje de peso y ya no me parezco. Al de hace, 3 años atrás.”

El oportuno diagnóstico y tratamiento previene el deterioro del organismo y la percepción de su cuerpo debido a los pocos cambios que vive.

Ester: “Normal, sin cambios.”

Los factores que influyen en el buen o mal control de la diabetes es la atención médica. Sin embargo previo a la DM2 la visita médica es menor o nula y esto no cambiara si el cuerpo humano realizar las funciones necesarias para satisfacer las actividades diarias de cada persona. Si las actividades diarias no se pueden desempeñar satisfactoriamente a causa de los síntomas de la diabetes, la presencia médica será inmediata.

Los síntomas en la DM2 se presentan en conjunto o de manera separada en la vida de la persona y que comparten cuando presentan este padecimiento. Que no permiten un desenvolvimiento de actividades.

Cuando se dan estos cambios en el cuerpo, es cuando se percibe una comparación del antes y después de la DM2. Creando cambios en la atención y asistencia medica, como la búsqueda de remedios para mantener su salud, como los tes y la dieta.

2. Género significado que forman hombres y mujeres que padecen DM2.

Durante el transcurso de las entrevistas se encontró diferentes significados, que los participantes han construido, sobre el hecho de ser hombre o mujer, considerando diversos aspectos tales como: anatomía, culturales y sociales, influenciado por el contexto familiar que han marcado su pensamiento y regulado durante su vida.

2.1 Significado de género a partir de las experiencias de mujeres que padecen DM2.

2.1.1 ¿Qué es ser mujer?

El ser mujer para ellas involucra actividades del hogar, el cuidado de los hijos, la responsabilidad de otros como menciona María.

María: “Pues, que hace su que quehacer, ve a sus hijos y trata de hacer lo que puede en su hogar, no que ahora, todo se lo dejan los hijos a uno, solo dicen - voy a trabajar -, y dejan los hijos a la mamá y cuando regresan están cansadas, no eso no esta bien.”

Para la mujer y su papel involucra las actividades que desempeñan en el hogar. La responsabilidad de los actos, decisiones tomadas dentro de la relación serán exclusivas de la mujer.

Marta:” Mujer. La que se encarga de llevar el orden de la casa, el gasto y no solo eso, la educación de los hijos, pero si llega a ver un fracaso, una es el responsable de ello, no solo en la casa, si no en todo.”

Para ser mujer, implica la responsabilidad, que tienen que llevar en el hogar y con los hijos. Situación difícil cuando es madre soltera ya que no hay con quien compartir tal responsabilidad.

Lupe: "En una palabra responsabilidad, por que todo cae en ti, darles de comer, vestirlos, cuidarlos y ver que no falle nada, más si eres una madre soltera."

La presencia de la DM2 desde temprana edad permite a la mujer comprender su situación y su papel más amplio de las responsabilidades y las labores del hogar, se comprende a si misma como una persona constante y fuerte, como menciona Carmen.

Carmen: "Es difícil, por que una que vive toda su vida, con la enfermedad, para mi es luchar día con día, por todos, no nada mas por tus hijos, también estar pendiente en todo momento de tu vida, desde los cambios hormonales o el embarazo, los cuidados que tuve que tener por mis hijas, mis cambios en mi cuerpo y sus cuidados, el adaptarse en el matrimonio, con mi esposo y que funciones bien, eso es para mi ser una mujer, una lucha constante y fuerte."

Para responder a esta pregunta para Ester implica vivir con la familia para hacer frente a las situaciones del matrimonio.

Ester: "Mmm, ser mujer (al plantear la pregunta tomo demasiado tiempo, 1 minuto aproximadamente), nunca he estado sola siempre me ha apoyado la familia (su mamá)."

La formulación y la definición de ser mujer, parte de la experiencia del matrimonio, las labores domesticas, como su relación con la pareja, los problemas y responsabilidades que involucran, y los cuales se deben adaptar.

2.1.2 ¿Cómo aprendiste ser mujer?

Referirse a su aprendizaje en el papel de mujer se relaciona con las etapas de su vida, en este caso aprender a ser mujer se relaciona con el papel que desempeñan dentro del matrimonio. Para la mayoría de las entrevistadas su aprendizaje sucedió de manera solitaria e individual, que sucede cuando se casan, adquiriendo la responsabilidad del matrimonio, como menciona María.

María: “Sola, uno sola lo aprende, te casas o te juntas y que haces, nadie te dice que hacer y aprendes ¿no?”

Para Marta su aprendizaje fue a través de las experiencias. Permitiéndole desarrollar sus experiencias y aprender nuevas experiencias en relaciones de pareja.

Marta: “De lo que he vivido, es difícil, pero es cierto, las experiencias te enseñan, ser viuda, madre soltera y después aprender con otro viejo.”

Aprender a ser mujer es una serie de experiencias y la que las prepara para hacer frente a las situaciones que se presentan en su vida, ya que nadie las prepara para enfrentar a la violencia con la pareja o el abandono.

Lupe: “La vida, te enseña, porque nadie te enseña o te prepara para ello solo lo haces, mas si tu esposo te abandona y antes te da una vida de golpes.”

Para Ester el aprendizaje del papel de la mujer lo relaciona con las obligaciones y deberes en el hogar.

Ester: “Las obligaciones de una mujer en su hogar (nuevamente se tomo su tiempo para no responder).”

Para Carmen los ajuste en su vida, es el modo en que se aprenden a ser mujer, no es una situación donde se deja de aprender y para que se de ajustes debe de dar cambios primero para lo cual tienes que tomar decisiones.

Carmen: “En el camino de la vida y los cambios proporcionaron el ajuste de mi vida, así fue.”

2.1.3 ¿Cómo es un al hombre para ellas?

Cuando el tópico es el hombre, para algunas participantes los describen como personas negativas, interesadas, de necesidades exclusivas e incluso a llegar a ser agresivas o violentas. Para otras participantes son referidas como hombres responsables y atentos a las situaciones que comparten con la mujer. Cada respuesta de la entrevista recibió influencia por el papel que desempeña el hombre, dentro de cada relación de pareja y la familia.

Para María el hombre es un ser de intereses personales dentro de la relación de pareja.

María: “Una persona, que solo hace lo que le conviene, hasta que no se le aparece otra mujer y cuando otra lo corre, se le ocurre aparecer.”

Para Marta, el hombre es una persona oportunista e irresponsable de sus actos, como egoísta en sus emociones.

Marta: “Oportunista, son vivarachos esperan a que falles, para que te reprochen o te culpen, hasta de lo que no comen les hace daño.”

Lupe menciona al hombre, como personas superior a las demás, que lo demuestra de manera agresiva y violentas hacia los demás.

Lupe: "Una persona que golpea y maltrata a la gente, que se cree superior a otros, agresivos, que no sabe de donde salen las cosas y que solo las quieren, por que así lo dicen."

Para Carmen el hombre es el reflejo de su esposo, el cual es respetuoso, responsable y de relación de iguales entre hombre y mujer.

Carmen: "Pues igual, al menos lo veo con mi esposo, el me ayuda cuando estoy enferma de gravedad o este bien, y yo le ayudo. Yo digo, que somos iguales."

Para Ester el hombre debe de ser una persona con una capacidad mayor a la mujer en solucionar dificultades o problemas poco habituales.

Ester: "Un hombre, pues tiene que ser mas que la mujer, en la fortaleza ante las situaciones difíciles."

2.1.4 ¿Cómo es una mujer enferma?

La enfermedad en la mujer no puede ser razón para abandonar sus actividades en el hogar. La enfermedad evita desempeñar su papel de madre y compañera, papeles que son superiores a los síntomas del padecimiento. La mujer se contempla como pieza fundamental del cuidado del hogar y de los demás miembros de la familia y la enfermedad reduce su función dentro de ella.

Para Ester y María la enfermedad en la mujer no es una situación que imposibilite realizar sus actividades dentro del hogar. Y señalan que no puede haber enfermedad para la mujer por los deberes que se relación con ellas, ya que la

acumulación de deberes es una carga que debe llevar y entre menos sean es mejor, ya que son recordados por la familia.

Ester: “Mmm, pues las circunstancias, te obligan a levantarte, pues el quehacer se te va acumulando y te obligan a levantarte.”

María: “No hay mujer enferma, por que si lo hay, la casa se va abajo, por lo tanto si una esta enferma, aunque los hijos, te digan que – descansas - no se puede, por que haces falta.”

Para Marta, una mujer enferma, más que dejar de lado la atención médica y los deberes en el hogar es cumplir con el trabajo donde percibe un sueldo y por lo cual la enfermedad no merece importancia.

Marta: “La que tiene que trabajar fuera o dentro de su casa, hay que cumplir y la enfermedad, no es excusa para fallar, hay que estar preparadas para ello, aunque tengas las hemorragias, por las menstruaciones irregulares, hay que estar, para no fallar.”

Para Lupe la enfermedad en la mujer, es un momento de cambios y atenciones, que debe estar en su casa para una mejoría en su salud, mediante los cuidados y medicamentos recomendados.

Lupe: “Pues creo que una mujer enferma debe estar en su casa, llevando su control de medicamentos, su dieta que le dan y respetarla. Yo siento que así debe de ser, a mi que me quitaron la tortilla y la fritura, y lo he dejado de consumir, ahora tengo que tomar dos litros de agua y constante, deje de ir al baño, antes tenía que tomar bastante agua e ir al baño en el momento en que me daba ganas, incluso hubo un tiempo que ya no salía del baño, por

que me andaba a cada rato, cada rato que no podía aguantar las ganas.”

Para Carmen la enfermedad en la mujer es un momento para descansar para retomar después sus actividades cotidianas, ya que el cuerpo no puede rendir físicamente ante las actividades del hogar.

Carmen: “La mujer enferma, es cuando ya no podemos y necesitamos descansar, aunque sea por un momento para tomar aire y regresar a las labores.”

2.1.5 ¿Cómo perciben al hombre enfermo ellas?

Para algunas participantes un hombre enfermo es una persona incapaz de mantener sus responsabilidades con su familia, su trabajo y su propia salud. Para otras participantes comparan al hombre enfermo consigo mismas al ser responsables y atentos a los deberes. En el caso de María, el hombre enfermo se imposibilita en realizar sus actividades a causa de la enfermedad y cambiara hasta encontrarse sano.

María: “No ellos son otra cosa, están cansados para ir a trabajar y quieren estar echados en la cama. Y como se quejan he y se les cierran las puertas, para todo.”

Para Marta, cuando un hombre se encuentra enfermo es una situación extraña para ella debido que necesita ayuda para realizar cualquier tipo de actividad.

Marta: “Que necesita a su esposa, para todo, no puede ir al médico sólo, no puede comer sólo, se queja y queja, no yo creo, que es lo mas raro que hay.”

Para Lupe referirse a el hombre en la etapa de enfermedad es observar a su compañero de trabajo. Cuando su compañero se encuentra enfermo observa las fallas o deficiencias en sus labores, como analizar en que envuelve su situación.

Lupe: "Un hombre enfermo, tengo un compañero que se llama Miguel, que esta enfermo, no tienen esposa, ni hijos, trabajamos en lo mismo, pero desgraciadamente falta mucho, el tiene el seguro, el ISSTE que lo atiende, pero esta mas enfermo, que uno, a pesar que toma medicamentos y seguido se enferma. En comparación conmigo que debo de hacer un coraje muy fuerte o tener una discusión muy fuerte, para enfermarme, pero mientras para nada."

Ester compara al hombre enfermo con la mujer, si una mujer se enferma y trabaja, el hombre debe hacer lo mismo. Si la enfermedad obliga a tomar reposo no es exclusivo para la mujer también lo tiene que realizar el hombre. Ya que el hombre o mujer tiene responsabilidades a desempeñar y no cambiaran por estar enfermo.

Ester: "Pues igual, no por que yo sea mujer, me tenga que levantarme y el no, no, también tiene sus obligaciones si yo soy la encargada de la casa, el es el sostén de esta."

Para Carmen el hombre enfermo no debe excluir sus actividades y responsabilidades con su familia.

Carmen: "El hombre enfermo, es una persona que es responsable de su familia y que esta listo, para hacer todo lo que se necesite, para satisfacer a su familia aún estando enfermo."

2.1.6 ¿Saben que es el feminismo?

La percepción sobre el tema de feminismo, y lo que involucra como la igualdad de derechos y de oportunidades entre hombres y mujeres, el feminismo lo relacionan al emplear sus experiencias, como la manera de tener un contacto sobre el tema. Para las participantes relacionándolo el feminismo con el machismo ejercido por la mujer, como menciona Carmen.

Carmen: "Si, creo que el feminismo es la manera en que llevaba la casa mi madrastra, a mi y mis hermanos, yo digo que si."

Para Marta el feminismo es comparado con el machismo y la posición que asume el hombre.

Marta: "Feminismo, no, yo creo que es lo mismo que hace el hombre cuando es machista, pero por una mujer."

Lupe conoce sobre el machismo por las experiencias que ha tenido, sin embargo sobre el feminismo, lo desconoce.

Lupe: "Ahí no te sabría que decir, no lo he escuchado, del machismo si por que es lo mas común."

Ester realiza una aproximación sobre el feminismo, sin embargo aclara que desconoce el tema en sí.

Ester: "Bueno, no se exactamente, pero es una mujer que se dedica a si misma y que se haga lo que ella quiere."

María menciona que desconoce que es el feminismo, ni trato de relacionar experiencias con el tema o con el machismo.

María: "No se realmente."

2.1.7 ¿Saben que es el machismo?

El machismo, es una actitud tradicionalista de superioridad, agresión, humillación hacia otros, entre otras aptitudes, que se encuentra con frecuencia en varias familias, sin embargo para María el tema es desconocido y lo expresa directamente.

María: "No se."

Para referirse sobre el tema de machismo Carmen emplea las pláticas de vecinos, amigos y familiares para mencionar características sobre estas personas que ven como machistas.

Carmen: "Machismo no, sobre ello no ni siquiera, bueno si con las vecinas que dicen - mi viejo es bien machista - por que, es el que lleva el gasto, ordena y manda en la casa. Y se hace lo que dice el."

Para Marta, hablar sobre machismo, es mencionar sobre las experiencias que ha tenido en su vida, como características como imponer su decisión y actividades sobre la mujer.

Marta: "Machismo, machista, es mi esposo, que quiere que se haga a su manera las cosas, como ahora que quiere que regrese a su casa, pero no por que me extrañe, si no por no hay quien lo lleve al medico, ni quien lo atienda, eso es ser machista."

En el caso de Lupe, su experiencia a través del trato de su esposo y la vida de sus hijos, le ayudo a formular el significado de machismo.

Lupe: "Cuando el hombre manda y se impone, como mis hijos que llegan a golpear a sus mujeres y si no lo hacen con uno, es por que soy su madre, si no quien sabe."

Para Ester el machismo, son características que deben tener el hombre, como prepotencia y enojones.

Ester: "Si los conozco, son prepotentes y enojones, ja, ja, ja."

Preguntar sobre el feminismo es un tema difícil y desconocido para las mujeres. Para el tema de machismo emplearon sus experiencias y platicas con amigas o familiares, como actitudes observadas generando sentimientos al hablar sobre el tema, como coraje, tristeza o indiferencia.

2.2 Significado de género a partir de las experiencias de hombres que padecen DM2.

2.2.1 ¿Qué es ser hombre?

Para Martín ser un hombre es en relación a las decisiones que se toman, también obedecer y realizar las normas que establecen la sociedad.

Martín: "Ser hombre, mira para mi ser hombre es ser a veces: te arrepientes el ser hombre y otras veces es un orgullo ser hombre, te arrepientes porque te comportas de cierto modo que molestas a tu prójimo a la persona que tienes a tu lado y orgullo por que siempre tienes leyes, reglamentos, por que tu vas a cumplir, a trabajar, es como se dice, uno va a mandar, no a que lo manden, también uno

viene a servir, no a que le sirvan y ese es el orgullo ante todo de ser hombre estar dispuesto. El hombre debe de tener la valentía de ser hombre y cumplir a sus responsabilidades, avocarte a los problemas familiares, personales y espirituales o disfrutar no todo es de un lado.”

En el caso de Manuel, para responder a la pregunta recurre a las situaciones que ha observado con su padre, ya que considera Manuel que por falta de experiencias no puede responder.

Manuel: “Creo que se por donde va tu pregunta, pero siento que para responderte eso, te podría decir, sobre los que he visto, porque por experiencia, experiencia propia, no puedo decirte, por que no vuelo por mi cuenta, sólo con lo que veo con mi papá, que trabaja y trata de dar el ancho ante los problemas que se enfrenta y que todavía ponga una cara de accesibilidad, ya es mucho, porque como te digo se enfrento a lo de mi hermana (su divorcio) apoyándola y a sus hijos, la casa (gastos relacionados con el hogar), y después yo con la enfermedad (diabetes) y los gastos de la escuela, por que hasta eso para sentirse que puede con todo eso y que nos trate bien, estando diabético, vaya que si es un hombre.”

Para Miguel ser hombre no solo basta con la responsabilidad con la familia, también incluye compartir actividades y una igualdad entre hombres y mujeres. También resalta una cualidad en los hombres sobre las mujeres que es la fuerza física.

Miguel: “Un hombre, aporta lo de la casa, echar la mano a los niños, nada mas, ja, ja, ja. No he ¡Parejo! Debemos ser parejo con la mujer, no debe de cambiar para nada la situación, a si como uno le da a la chamba, ellas igual y al revés, uno a la casa, solo con la diferencia,

que cambia que la fortaleza física es mayor en los hombres pero de ahí en fuera nada de diferente.”

El ser hombre para Raúl es ser capaz de mantener a su familia y a si mismo, como ser reconocido por los demás por sus acciones.

Raúl: “No yo creo que es algo muy difícil, no para mi, si no para demostrarle a los demás que soy capaz, por que cuando me case, mis suegros dijeron, que yo no era lo suficientemente hombre para sacarla adelante y creo que va el camino por ahí, el ser hombre es enfrentarse ante todo y las situaciones que aparecen, para sacar y sacarte adelante a ti y a tu familia.”

Enrique menciona, para ser hombre debe de ser independiente de los padres como estar preparado para resolver las situaciones que se le presenten.

Enrique: “El hombre debe de ser fuerte para hacer frente a los problemas que se presentan que ya se enfermo el niño o ya esta embarazada la mujer o la renta, o luz, también ser responsables e independientes de los padres, por que luego dicen: soy bien hombre, pero no pueden mantenerse solos y todo se lo dan los padres.”

Establecer que significa ser un hombre es una cuestión de responsabilidad y organización con la familia. Como la igualdad entre hombres y mujeres.

2.2.2 ¿Cómo aprendiste a ser un hombre?

Para Martín aprender a ser hombre es una formula de ideas y experiencias adquiridas durante el transcurso de su vida que no acaba de aprenderse.

Martín: “Bueno, yo lo he aprendido, por muchas cosas cuando eres estudiante aprendes a tratar a la novia, pero antes ves a tus padres como se llevan y cuando vives ya junto con tu mujer, pues otra vez ¡no! Empiezas aprender pero ya sabes por lo poquito que viviste y ya mezclas y así sigues por que nunca se acaba de aprender a ser hombre.”

En la situación de Manuel aprendió a ser hombre mediante la convivencia de la familia y la figura paterna, que represento gran importancia en su vida.

Manuel: “Por mi padre, como se la llevaba día tras día, lo aprendes como se sentaba, como habla y te hablaba, te regañaba o hablaba con los adultos y ahora siento que me parezco a el, hasta como se vestía.”

Para Enrique su aprendizaje se debió a su padre, aunque no muy seguro de ello, ya que su respuesta coloca las palabras tal vez.

Enrique: “Tal vez, por parte de mi padre.”

En el caso de Miguel, el papel del hombre fue aprendido dentro de la familia.

Miguel: “Familiares, la familia, uno se hace de ellos, mas que nada, yo lo aprendí ahí a ser lo que soy.”

Para Raúl, ser hombre es una cualidad individual y diferente, adquirida por cada experiencia que se tiene para ser hombre.

Raúl: “No, de ningún lado aprendes a ser hombre, cada quien vive de diferente manera aún siendo hombre, cada quien, cada uno lo hace a

su manera, yo solo me tuve que formar en la vida, que esta de tantos trancazos.”

El aprendizaje de ser hombre tiene una base social y cultural dentro del marco familiar, mediante las experiencias adquiridas para su formación.

2.2.3 ¿Cómo perciben a la mujer, ellos?

Referirse a la mujer, por parte de los hombres involucra la relación que han tenido dentro del matrimonio, como escuchar experiencias de amigos o familiares. Martín menciona el carácter sexual, como ideales y actividades relacionadas con la imagen de la mujer.

Martín: “Mira antes tu sabes, te voy a platicar del año 1950 pa, tras, como en el 45 o 46, todos los señores y todos los grandes, que había en todo el territorio mexicano, se creían hombres, llegan gritaban y querían que les sirviera, y las pobres mujeres eran las esclavas, tu sabes bien que una mujer viene a servir, por ser diferente al hombre, por no tener lo que le cuelga a uno, pero esto ha sucedido y seguirá sucediendo.”

Para Manuel la mujer debe de tener la libertad e igualdad que el hombre, sin embargo señala que con ello, se pueden volver independientes e involuntarias dentro de la relación hombre, mujer.

Manuel: “No lo se, tal vez te puedo decir lo ideal para mi, pero como debe ser la mujer, debe de ser independiente económicamente, como moral y emocional, para alcanzar su libertad. Si, por ejemplo: como con los hijos, cuando están pequeños son para disfrutarlos estar con ellos, porque cuando están grandes, hacen una vida diferente.”

Miguel, realiza una comparación de la percepción de la mujer en el pasado con el presente, que le permite observar las diferencias en relación a ellas.

Miguel: “Si nos vamos a las ideas antiguas, en la casa, en la actualidad la mujer ya esta ocupando lugares, que bueno ja, ja, nos están pasando y ya entonces nosotros estaremos ocupando su lugar en la casa”.

Para Raúl, la mujer debe de tener cualidades para hacer frente a las circunstancias, en su vida.

Raúl: “La mujer debe de responder a las circunstancias que se ve envuelta, por que a veces el hombre es terco y tiene que defenderse, pero cuando hay que llevarlas por la paz pues por la paz.”

Enrique menciona que la mujer debe de contar con cualidades subjetivas para superarse.

Enrique: “Pues, yo diría comprensiva y con ganas de superarse.”

2.2.4 ¿Cómo es un hombre enfermo?

Para Martín la enfermedad en el hombre, es envidiar la salud del otro sin importar cuales características físicas tenga, siempre y cuando este sea sano.

Martín: “Un hombre enfermo, es como la gente envidiosa, codiciamos lo del otro, ya sabes tu dices, ¿no? ahí va una muchacha gordota o flaca, pero ahí va o ese joven que va ahí como estará por dentro quien sabe, pero se ve sano, ya quisiera estar igual que el. Así el hombre enfermo.”

Manuel menciona una característica del hombre enfermo y es la actitud que toma al realizar sus actividades, al exagerar la condición de enfermedad.

Manuel: " Ya, ya, bueno en mi caso, que soy muy exagerado, muy payaso, pero inevitable porque cuando uno se enferma, esta en cama casi un mes, por el desgano con el que andaba y solo iba a la escuela y al trabajo por inercia, ya uno no sabe que hacer, sólo lo hacia y andaba de un genio que todo molesta. Pensándolo bien es algo que se nos da, por que incluso mi papá, con una gripe y hacemos un escándalo, pero creo que es inevitable."

Miguel menciona que los hombres, como mujeres que están enfermos, son iguales, algunos hombres o mujeres se muestran débiles ante la enfermedad y para otros no es razón suficiente para faltar en sus labores diarias o ser débiles.

Miguel: "Son bien chillones, eso dicen ¿no? por que depende de la situación, por que bien o mal, unos hombres se lanzan a trabajar enfermo o no, al igual que las mujeres, unas tantas y tantos se quedan hacer cama, como si se fueran a morir, que es la depresión dicen, pero no, yo digo que es como tomes la enfermedad."

Para Raúl, el hombre debe de hacer frente a cualquier tipo de enfermedad, siempre y cuando no lo obligue a estar en una cama, para continuar sus actividades diarias.

Raúl: "No doblarse, por que luego hay gente, que solo le da tos y se vuelven bien exagerados, si entiendo, cuando el asunto es grave hay que hacer cama, pero cuando no, hay que ver pa, delante."

Enrique menciona que la enfermedad en el hombre, no es razón para comportarse con la mujer de manera aprovechada, ya que algunos al verse enfermos abusan de la situación con la mujer.

Enrique: “No ser tal gandalla con la mujer ¿no cree? Porque luego por solo hecho de estar enfermo solo quieren que todo lo hagan ellas que me traigan, que me den”.

Estar enfermo, es un factor que impacta en sus actividades cotidianas, para algunos verse enfermos, se tornan débiles, quejumbrosos, hasta detener sus actividades totalmente y dependientes de su pareja. Para otros no son diferentes al ser hombre o mujer, ya que la enfermedad establecerá si hacen cama o no, hasta la necesidad de cuidados especiales.

2.2.5 ¿Cómo perciben a la mujer enferma, ellos?

Martín menciona que la mujer enferma debe de prepararse para el lapso de enfermedad, para estar lista para regresar a sus actividades diarias, además resalta que ciertos cuidados médicos son causa que la mujer se deteriore su salud.

Martín: “Una mujer tiene que estar preparada para todo y en cualquier momento. Yo creo que se enferman tanto porque, les dan que cuarentena o hacer cama. Por que antes la mujer tenía valentía aun hay, pero son pocas las mujeres de las que te platico, si su hombre las engañaba, no les daban gasto o se enfermaban, aguantaban vara, por que llevan su fe, de que va pasar o van a sanar, por que la mujer es diferente, porque ella llega se confiesa contigo, por el dolor de huesos, gripa o cualquier dolor.”

Manuel menciona que ciertas mujeres enfermas son iguales a los hombres al exagerar su condición, para algunos otros el trabajo es la cura para su malestar y en ciertas ocasiones es necesario reposar para curarse y en caso de que la

enfermedad se de por vida hay que tomar una actitud positiva para continuar con ella.

Manuel: “Es muy diferente una mujer enferma, yo creo que su cura, es el trabajo, porque hasta parece que se les olvida que se encuentran enfermas cuando trabajan. Y otras son como los hombres igual de escandalosos, pero pienso, que para ambos el descanso es necesario, cuando se encuentran enfermos, pero cuando la enfermedad es de por vida, sonó medio mamila ¿no?, ya no queda, que hacernos la idea, que estará siempre y que tenemos que seguir el camino.”

Para Migue estar enfermo es un derecho para descansar y mejorar la salud, pero para la mujer, ella niega tener el derecho a recuperarse de la enfermedad, ya que ellas deben estar disponibles a las actividades cotidianas del hogar.

Miguel: “Un mujer enferma... Pues, ellas según no, no tienen el derecho de estar enfermas, ya que deben estar al pie del cañón, no es como uno que descansamos para darle a la chamba porque no estar bien no te deja trabajar y luego no rindes como debe de ser.”

Raúl menciona que las diferencias biológicas entre las mujeres y hombres establecen las atenciones que recibirá para atender su salud.

Raúl: “Pues con cuidados, no es lo mismo como el hombre, se tiene que cuidar ella, por que uno no sabe que hacer ¿verdad? ni modo que uno le va estar poniendo el alcohol en el pecho, por la gripa, ya como que es una zona mas delicada y que necesita una atención por otra mujer, por que uno es bien brusco y en vez de ayudarla a curarse uno termina lastimándola.”

Enrique menciona que la mujer enferma más que los cuidados que deben de recibir y proporcionarse, no deben ocasionar molestias a los demás durante el periodo de enfermedad.

Enrique: “Mujer enferma. Pues, tratar de cuidarse y no ser tan molesta, por que luego hay cada mujer que hace un escándalo cuando esta enferma que uno ya no la ve con buenos ojos por que luego hacen que uno se preocupe y cuando va con el médico dicen: solo es un malestar estomacal no se preocupe no es nada grave. Y entonces porque gritan como si ya se estuviera muriendo”.

2.2.6 ¿Saben que es el machismo?

Para Martín se refiere al machismo cuando un hombre debe de cumplir con lo que dice, es una actitud de realizar sus responsabilidades y las cosas que se propone.

Martín: “Machismo. Es decir. Por ejemplo. Pues, si, es mucho lo que lo hablamos, pero lo hablamos a lo tonto, antes de hacerlo, de que te sirve que te presumas, que yo te diga algo, que ni yo mismo se o contándole a quien sea, algo que no he hecho, yo encuentre eso como machismo, has visto en la combi, que presumen que valen mas que tu o que se le presume a una mujer, o a los amigos por lo que traigo en las bolsas del pantalón, para que yo te digo si soy de aquí o yo tengo eso y estoy así. Uno no debe de presumir lo que no es, no vale, como un doctor, vale si el doctor esta trabajando en un hospital, su salario es de quince mil pesos para arriba, por que trabaja bien, no decir que trabaja y cobra, si ni sabe que es su papel y serlo.”

En los casos de Manuel y Miguel el machismo es una situación de sometimiento de la mujer por el hombre mediante la fuerza e ideas.

Manuel: “Bueno, el machismo es más común de ver y es cuando un hombre se cree superior a la mujer o a otro igual, con derechos sobre ellos y con demandas ilógicas.”

Miguel: “Machismo, es aquel que quiere someter a hombres como a mujeres para hacer su santa voluntad, yo creo que eso es ser machista.”

Raúl menciona que el machismo no forma parte de él, prefiere la igualdad entre el hombre y la mujer, por lo cual el machismo es una actitud de desigualdad y de violencia hacia los demás.

Raúl: “Que no soy eso, no soy machista, yo creo que tenemos la misma igualdad de hacer las cosas, pero hay hombres que imponen su voluntad y los hay, que llegan hasta los trancazos para lograrlo.”

Enrique relaciona el machismo con la experiencia con su padre, al ser una persona dominante con los miembros de la familia.

Enrique: “El machismo es un criterio, que desafortunadamente vivo en mi ámbito familiar, un dominio por parte de mi papá, no puedes decir nada por que se molesta, te regaña e incluso si es muy mala idea o situación para él, te insulta esto no nada más es conmigo, así es con todos.”

2.2.7 ¿Saben que es el feminismo?

Para Martín, el feminismo es la contra parte del machismo, al llevar los ideales de dominio o superioridad sobre los demás, además que es una cualidad familiar, debido a que se trasciende culturalmente.

Martín: “Es lo mismo en relación al machismo o feminismo, es una punta o la otra de ser mujer u hombre y por lo cual soy mejor que el otro. Digamos el feminismo nació mujer y tengo más derechos, y por lo cual nadie me los debe de quitar, así el hombre, pero esto se aprende, a uno lo críen o lo eduquen, como es que uno crece y uno críe a los hijos.”

Manuel explica que el feminismo va mas allá de las bases biológicas de hombre y mujer, es poner sobre los demás la superioridad de uno sobre el otro.

Manuel: “Es feminismo cuando ella, quiere solo para ella, olvidando que somos iguales para ser superior a los hombres, como te digo tanto el hombre como la mujer es pensar en ellos y nada más en ellos, para mí sería el feminismo no tan alejado del machismo.”

La experiencia en su familia le permite a Miguel al igual que Raúl expresar el significado del feminismo. Para Miguel el feminismo es la superioridad de su cuñada cuando esta ausente su esposo y le permite interferir en la vida de los demás integrantes de la familia. Sin embargo para Raúl el feminismo son los derechos que tiene su hija y que superan a los de el.

Miguel: “Feminismo, si en la familia hay de todo, bueno eso te digo, por que en la casa no platicamos sobre el tema, por que luego mi cuñada se mete y trata de dirigir todo, cree que tiene el poder de

mover a medio mundo pero en la tarde, cuando esta su esposo es otra, pero el hecho de mandar es para mi el feminismo.”

Raúl: “Feminismo. Claro, con mi hija, cuando la encontré me empezó a decir que tenía más derecho que yo y que era su vida el haberse ido, y que no tenía ninguna obligación de decirle a alguien que hacer con su vida, como si tuviera mucha vida recorrida o con más derechos que los demás.”

Por parte de Enrique el feminismo es la independencia de la mujer para buscar un futuro de manera independiente.

Enrique: “Hace que la mujer busque su mejor futuro, sin necesidad de un hombre.”

Para la cuestión del machismo se encontró que reconocen el tema al relacionarlo con experiencias, sin embargo el feminismo es un tema que al referirse lo hacen de manera errónea y vinculada con el machismo. Pero saben que ambos temas tienen una trascendencia y formación cultural como social.

3. Relaciones de pareja antes y después del diagnóstico de DM2.

Hablar de la relación de pareja, es mencionar el intercambio de sentimientos y emociones, que bien pueden culminar en un noviazgo o matrimonio sólido y saludable o en una relación tormentosa y disfuncional.

3.1 Relación de pareja, para la mujer.

3.1.1 El trato que recibían antes de la DM2 por su pareja.

Explicar el trato dentro de la relación es mediante las experiencias obtenidas de los entrevistados, como en el caso de María que la llevaron a valorar a su familia en ausencia del su pareja, al ocupar el lugar de su pareja, lo que permitió comprender que no fue satisfactoria su relación y sucedió antes de la DM2.

María: “Como me trato, después de que nos abandono por siete años, por que el estaba cansado de nosotros (ella y sus hijos) y luego regreso, siempre fue que batalláramos por mantener la familia, los gastos de escuela y principalmente de ellos, puedo decirte que si estábamos bien, pero después de que nos dejo ya no fue igual, si peleábamos y todo, como cualquier pareja, pero yo supongo que nos llevábamos bien. No creo que nos tratáramos bien.”

Carmen mencionar que su pareja estaba preparada ya que conocía la enfermedad de ella antes del matrimonio, permitiendo seguridad y una buena relación, una estabilidad dentro del matrimonio y con sus hijos.

Carmen: “Fue a los diecisiete años, que dije yo, ya me caso y hago mi vida a mi modo, pues ya nos casamos, primero por el civil y después por la iglesia, mi esposo sabía que tenía que batallar conmigo y mi enfermedad, que ya sabía. Mi doctor me habían dicho que yo no podía tener hijos por las pastillas de la diabetes, que no me dejaría que me embarazara, decían y yo pensaba, será cierto, pero me dijeron, que como me había descuidada desde chica y la posibilidad de la diabetes de tipo uno, era ya probable que se presentara durante el embarazo y tuviera hijos diabéticos o que no se logaran, entonces yo platique con mi esposo, pero me apoyo,

imaginate que si con eso tan difícil paso, con cosas mas sencillas pues es mejor.”

Para Marta el trato que recibía por su pareja lo menciona como “bueno” desde antes de la DM2.

Marta: “Antes de la enfermedad, no pues al parecer bien, estaba bien la relación, con el siempre me llevo bien desde antes y creo que sigo igual con el.”

Para Lupe y su trato con su pareja fue una experiencia de violencia y agresividad.

Lupe: “Nos trataba mal, me golpeaba y golpeaba a mis hijos, no vivamos bien.”

El trato que recibía Ester por su pareja era de respeto, pero cambia la actitud cuando platican de la familia de ella, ya que genera fricción por la importancia que recibe por parte de ella.

Ester: “Nos llevamos y nos hemos tratado bien, con respeto y cuidándonos de no golpearnos, si nos peleamos pero de palabra. Pero cuando hablamos de mi familia, pues ahí si hay broncas por los problemas que traen y son mis padres y debo de prestarle importancia, además estoy en la casa de mis padres.”

3.1.2 El trato que daban ellas a su pareja antes de la DM2.

Para María, el trato hacia su pareja debe de ser de respeto mutuo, ya que es importante el demostrarlo a los hijos para que influya en su comportamiento para una vida tranquila.

María: "Yo como lo trate, igual como el me trataba, le daba su lugar ante los hijos, para que se nos respetara y lleváramos bien, entre los dos, principalmente."

En el caso de Carmen el trato y apoyo recibido le permite valorar a su esposo y comprometerse a responder ante situaciones que necesite la ayuda de su esposa.

Carmen: "Nos llevamos bien, desde un inicio nunca me faltó al respeto y siempre me cuidó, me aceptó con toda y la enfermedad. Me ha cuidado y apoyado, incluso con las ideas más locas como la de los doctores, cuando nos recomendaban no tener hijos y él siempre dijo – pues, luchemos y a ver que pasa -, por eso lo apoyo de igual manera."

Para Marta la diabetes de su esposo es motivo para proporcionar un trato atento para evitarle molestias, enojos o situaciones que lo altere emocionalmente que complique su salud.

Marta: "Lo trataba con muchos cuidados, ya que tiene diabetes del tipo uno y hay que tenerle muchos cuidados, las inyecciones que tenía que ponerle y su comida, no hacerle enojar, ya que a veces son la razón para que se le suba la azúcar."

La situación de Lupe va más allá del trato, su relación con su pareja era un acto de obediencia debido a la violencia y agresividad que recibía por parte de su esposo.

Lupe: "Yo lo trataba, pues con obediencia. No le decía nada y era obediente con él, por que luego se enojaba y se ponía agresivo o violento conmigo."

El trato que daba a su pareja Ester, era en base al respeto para una tranquilidad para evitarse enfados entre ellos.

Ester: “Lo trataba con respeto, nos a gustado evitarnos los problemas en la casa para ello hacemos que no halla muchos problemas entre los dos para tratarnos bien.”

3.1.3 El trato que recibían durante el diagnostico y tratamiento de la diabetes (DM2), por su pareja.

Para María el proceso de DM2 es una situación que enfrento sola debido al abandono de la pareja, lo que ocasiono problemas en recibir atención médica de no ser por su hijo que soluciono el problema pudo recibir atención médica.

María: “No, el no estuvo cuando me diagnosticaron la diabetes, estábamos separados e incluso por eso no podía ir al seguro, por que por el me lo habían quitado y de no ser por mi hijo, que entro a trabajar tuve de nueva cuenta el seguro. Apenas regreso a la casa el (su esposo,) que tuve el seguro a su nombre, pero cuando paso eso, no estaba.”

La experiencia de Lupe con la DM2 fue en ausencia de su pareja, como la falta de apoyo por algún miembro de familia o amigo.

Lupe: “Cuando me detectaron la diabetes, ya no estaba con nosotros (su pareja), estaba sola y lo he vivido sola la enfermedad, sin apoyo de nadie.”

Carmen no puede decir que la vivió sola la experiencia de la diabetes o que no recibiera el apoyo de su pareja, debido que la DM2 la presento en su infancia,

tanto el diagnóstico, como el tratamiento de la diabetes y fue apoyada por su familia.

Carmen: “No puedo decir que estuve sola durante la enfermedad, por que me conoció enferma y no me apoyo mi esposo pero si mis padres y mi familia se puede decir.”

Para Marta su pareja fue el motivo de disgusto y causante de su diabetes, por lo cual no ha sido una buena relación y por consiguiente una mala relación.

Marta: “El fue la razón por la cual me dio la diabetes, estaba mal por el sangrado (periodo menstrual) y me entero que anda con otra e incluso tuve que aceptar que me contagio de sífilis, estar cuidándolo para que salgan con esto, ¿no es de morir de pena y de coraje?, esa fue la razón, por que cuando fui unos días antes al médico no tenía diabetes y después me entero que ya tenía, cuando regrese con el médico, no yo no creo que me mereciera ese trato.”

Para Ester y la manera en que la trato su esposo continuó de manera “normal”, como si nada sucediera, pero resalta el hecho de los cuidados médicos y alimenticios que debe tener.

Ester: “Durante la enfermedad, igual como si nada pasara, bueno con los cuidados que dio el médico, de no comer esto, lo otro y lo demás, pero no son causa de que cambiara el trato entre nosotros.”

3.1.4 El trato que recibían después de la DM2, por su pareja.

El trato dentro de la pareja va en relación en la toma de decisiones, comunicación con la pareja y la familia. Cuando esto falla, crea cambios en la manera de interactuar con la pareja, como menciona María.

María: “Como me trata bien, si tiene diferencias, por que no lo tomamos en cuenta para ciertas decisiones, como pagar ciertos servicios de la casa, luz, agua, si ponemos una pared o la pintamos, pero sabe que ya no tenía derechos en la casa y lo hablamos cuando quiso regresar, y lo acepto, por eso se quedo y se lo recuerdo, por que ya no es una pieza importante de la casa.”

Carmen menciona el trato que recibe es la manera en que la apoya su pareja en situaciones de difíciles, aunque menciona que ella es una persona difícil de tratar.

Carmen: “Hemos tenido diferentes ideas y más por que soy terca, pero me ha respetado, cuidado y apoyado no de palabras nada más, por que a estado ahí, cuando tengo que ir al medico o me puesto mala a las dos de la mañana, por el embarazo, ¡siempre a estado ahí!”

Hay cambios después de una enfermedad cuidados, atenciones o bajo rendimiento físico, que se puede ver reflejado en su vida sexual y ser la excusa de su pareja de Marta, para justificar el trato, como un derecho para ser infiel.

Marta: “Me salí de casa por que empezó a tratarme mal, al ser infiel, cuando le reclame y me dijo que era hombre, y que le hacia falta estar con una mujer ¿tu crees? Y como mi hija estaba enferma en la capital (estado de México) me salí de la casa y estoy aquí con ella.”

El estar sola, es una solución para evitar un trato de agresiones y violencia que fue sometida por parte de su pareja de Lupe, antes de la DM2.

Lupe: “Vivo sola.”

Para Ester menciona que hubo un cambio en el trato de su pareja cuando le diagnosticaron DM2, una mayor comunicación y mostrarse atento ante signos de cansancio o agotamiento que observara su pareja para realizar comentarios en relación a su salud y descanso que necesita tener para mantener su salud.

Ester: "No cambio, bueno sólo cuando me veía muy cansada, me decía -deja el quehacer, que nunca se acaba - y me acostaba a descansar con el. Y tuviera más de cuidado en todos los aspectos, por que ya no, como lo que tengo que comer, no puedo estar tomando alcohol a cada rato y cuidarme de cualquier tipo de heridas e infecciones."

3.1.5 El trato que daban ellas después de la DM2 a su pareja.

Para María el que fuera abandonada por su esposo transformo la relación y por consiguiente el trato hacia el al restarle importancia en las decisiones u opiniones de su pareja en relación al hogar y la familia.

María:"Y ahora como lo trato, bien, si con cierta indiferencia, por el abandono que nos dio buscando ¿Qué? con otra vieja, ¿quien sabe? Y luego regresa pues ya no tiene su lugar que tenia antes, lo perdió y ahora la que lleva la casa soy yo y mi hijo mayor, que me apoya."

Debido a DM2, Carmen considera el trato hacia su esposo como insuficiente debido a la enfermedad y el deterioró de su cuerpo, que no le permite realizar actividades, como lavar, planchar, cocinar etc., sin embargo trata de realizarlo de la mejor manera que le permita su cuerpo.

Carmen: "Lo he tratado como me ha tratado el pobre, lo mejor que he podido al pobrecito, he llegado ha pensar, que incluso es insuficiente

la atención que le tengo últimamente, debido a la pérdida de la vista, que ha sido poco a poco por las cataratas y la anemia que tengo, pero trato de darle la mejor atención.”

Marta prefiere tener una distancia con su esposo para evitar cualquier enfrentamiento, debido a la infidelidad que vivió por parte de él, además que se percibía Marta como sostén económico dentro de la relación.

Marta: “He hablado por teléfono con él y quiere que venda mi casa (donde vive su hija, en el estado de México), y que me lleve el dinero, pero debo de cuidar a mi hija e incluso me mando para el pasaje, pero no voy, por que me gaste el pasaje y para que quiere el dinero, para mantener a otras viejas y a él siempre lo he mantenido y para que me vuelva a ver la cara mejor sola ¿no?”

Para Ester el trato hacia su pareja, continua de manera reciproca, con la diferencia que aumento la comunicación hacia él y de igual manera compartir más actividades.

Ester: “Lo sigo tratando igual, aunque si me ve cansada me dice - deja eso y vente a dormir - o que comiera con él y lo hago como que estamos más juntos con cosas tan simples, pero lo hacemos juntos.”

3.2 La relación de pareja, para el hombre.

3.2.1 El trato que recibían antes de la DM2 de su pareja.

La relación entre la pareja es una fuente de apoyo y más cuando presentan DM2, por lo cual para Martín, el trato por su pareja es de manera normal (al tener problemas como cualquier pareja, como momentos agradables) reconociendo que es una persona social, para referirse que es una persona alcohólica.

Martín: “Me trata bien desde antes de esto (DM2), nada fuera de lo normal, que no tuviéramos problemas o cosas buenas, como otros matrimonios y eso que soy una persona muy social (alcohólica).”

Para Manuel el no estar casado, no es razón para explicar como ha tratado a sus parejas, al retomar noviazgos pasados e indicar que el trato recae sobre la palabra respeto y ser reconocido como una buena pareja por los demás.

Manuel: “A mis parejas, las he tratado con respeto, para que me traten de igual manera, hay que respetarlas para obtener el mismo respeto, por que como pueden hablar bien de alguien, si no te das un lugar y un lugar a ellas para que se sientan bien.”

El tratar bien a la otra persona permite visualizar su relación como estable, como lo indica Miguel sin embargo esto cambia cuando su esposa menciona su familia, lo que crea conflictos entre ellos.

Miguel: “Normal, nos llevamos bien, pero sólo cuando se mantiene alejada de su familia, por que si platica con ellos y regresa con problemas de ellos y cuando le pregunto que sucedió empieza a platicar y termina enojándose sola y me molesta, yo creo que sería eso lo que cambia nuestra relación su familia.”

Raúl menciona que ciertas acciones dentro de la relación de pareja, permitirá establecer el tipo de trato hacia ella y corresponder de igual manera.

Raúl: “Bien, no era de esas personas que corría a ver a su mamá o a sus hermanas y que te dejara que desayunaras sólo, no, siempre correspondido en sus labores y de igual manera yo, por que no sería justo para ambos, el no responder igual y esto resultara en la manera

en que correspondamos en nuestro trato, por que no estaré a que me deje hacer de todo por ella y yo dejarme.”

En el caso de Enrique el trato dentro de la relación de pareja ha sido de agresión verbal cuando existe algún problema, debido a la manera de agresiva en que responde su pareja no permite establecer un dialogo para encontrar una solución o conocer cual fue la causa de dicha discusión, aun si se da un dialogo para solucionar la situación y ella no comparte la solución, ella termina de igual manera con agresiones verbales hacia el.

Enrique: “El trato. Gritando y mentando, no se da un buen razonamiento con mi esposa, cree ella que tiene siempre la razón y si estoy en desacuerdo, que casi siempre es, terminamos igual, peleando.”

3.2.2 El trato que daba ellos a su pareja antes de la DM2.

La manera en que uno lo tratan es importante, como la manera de tratar al otro dentro de la relación, como indica Martín que considera el trato que proporcionaba a su pareja como normal, ya que hay problemas como situaciones positivas dentro de cualquier matrimonio.

Martín: “Normal, siempre nos llevamos bien, con ciertas diferencias como cualquier matrimonio.”

En la situación de Manuel, el trato a la pareja, involucra la búsqueda y exploración de posibilidades para solucionar situaciones conflictivas, mediante la comunicación.

Manuel: "Como me han tratado, ja, ja, ja, bueno con mi novia con la cual estuve antes de la diabetes me trato bien, nos comunicábamos bien y explorábamos alternativas en caso de tener problemas."

La intervención de la familia de la pareja llega a modificar el trato y la relación como lo señala Miguel, al complicarse la comunicación entre ellos cuando el tópico de la conversación es la familia del otro.

Miguel: "La trataba bien, solo evitaba preguntarle sobre su familia, por que ahí están los problemas, pero es imposible que no le preguntes a tu esposa que le sucede, cuando llega seria y no te habla, cuando viene de su familia."

Para Raúl el trato que daba a su pareja, era en función de llevar una relación tranquila, por lo cual se sometía a la agresión de su esposa para que se apaciguara.

Raúl: "Pues la trataba igual si me gritaba le gritaba, pero yo no me llevaba así, por que es un lió y por lo regular siempre terminaba dejándola a que se le bajara el mentado coraje y luego hablar, pero cuando el coraje era fuerte, le dejaba que me gritara que se desahogara."

Con Enrique el tratar a su esposa bien, es llevando una relación pacífica, sin embargo menciona que es difícil por el temperamento de su esposa y por lo cual trataba constantemente de evitar conflictos.

Enrique: "Decía que me quiere y que era comprensiva, si me trataba bien, pero si te deja pensando, por que para solucionar los problemas había problemas, no coincidíamos en la solución, para ello la trataba bien para evitar los problemas, pero como toda relación hay

problemas, por lo cual trataba, en serio trataba mucho el llevar una relación tranquila, para no pelear.”

3.2.3 El trato que recibían durante el diagnóstico y tratamiento de la DM2, por su pareja

Durante la enfermedad de la diabetes es un momento difícil, para Martín durante el diagnóstico y su tratamiento se vio apoyado por parte de su pareja en toda actividad.

Martín: “Estuvo conmigo cuando me llevaron al hospital de Iztapalapa, era como un gatito, a que uno le sirvan, porque estas esperando a que te sirvan tu comida, tu ropa, lo bañan porque tu francamente, no puedes hacer nada, yo pesaba 78 kilos y después de esto siquiera pesaba lo que mi mujer, no me podía ni amarrar los zapatos después de la diabetes con lo que pase te puedo decir que me trato bien, por que si fuera otra a lo mejor hasta me dejaba morir en el hospital.”

Para Manuel el momento de la DM2 estuvo sólo, ya que había terminado su relación.

Manuel: “Cuando estuve en la crisis de la diabetes, me encontraba sólo, no por que hayamos terminado por problemas con mi novia, si no por situaciones geográficas, ja, ja, ja, se oye raro ¿no?, pero se fue a vivir lejos y como no es posible mantener una relación a distancia, optamos terminar por la buena, por que si nos llegáramos a ver en un futuro, nos viéramos como cuates.”

Miguel menciona cambios en la relación, al demostrarle y tratarlo de manera más afectuosa.

Miguel: “Era diferente, por que cuando me diagnosticaron la diabetes se volvió más sutil, más cariñoso y antes no, como que bueno si estas y si no estas también, se la vivía en los cuartos de su mamá y con sus hermanas.”

La situación familiar estresante de Raúl lo llevo a valorar la relación de pareja, más cuando se presento la diabetes, al no recibir apoyo o a tomar decisiones que afectaran su vida.

Raúl: “Pues alocado, por que no aparecía mi hija, su desaparición y la falta de solidaridad de mi esposa, me hizo a pensar que no era posible llevar una vida con ella y como antes como pareja.”

Enrique menciona que la enfermedad creo una inestabilidad dentro de su relación, debido a que la DM2 le ocasiono un menor rendimiento en la actividad, interpretado por su esposa de manera errónea al considerar que tenía otra relación y ser la causa de la falta de actividad sexual con su pareja.

Enrique: “Pues inestable, de malas y buenas, ya desde un poco atrás se veía mal, por que llego a pensar que andaba con otra persona, era por que ya no tenías sexo como antes y creyó que era causa de otra mujer, lo que me ocasiono que hubiera una inestabilidad en mi matrimonio.”

3.2.4 El trato que recibían después de la diabetes (DM2) por su pareja.

Al conocer que la DM2 formara parte de la vida de la persona, debido a que es una enfermedad crónica no se puede decir que se regresa a la normalidad dentro la vida de pareja, ya que da cambios para reflexionar, tanto de salud, como emocionales y mentales, lo cual tratamos de percibir con los fragmentos de las

entrevistas realizadas. Como Martín que percibe el trato que recibe por su pareja como buena, sola cuando se aborda los aspectos de atención médica y alimenticios, cumplidos estos su esposa lo abandona para ver a su familia, que vive en otro Estado, resaltando que no solo es a el abandono a el, si no también a su hijo.

Martín: “Ahora me trata bien, con los cuidados que me dio el médico y tranquilo como si nada, bueno, se desaparece a Cuahutla a ver a su familia, no, viendo bien cambio. Nos abandona no solo a mi, si no mi hijo, el soltero, no si cambió.”

Para responder Manuel retoma de sus relaciones pasadas y explica que para mantener un buen trato es necesario no ser una persona agresiva o posesiva y menciona que no cambiara su manera de ser para que lo traten igual.

Manuel: “Ahora, todavía continuo sólo, pero si puedo decir que al menos las parejas que he tenido antes, no he escuchado al menos por parte de ellas qué yo halla sido una persona mala o agresiva, posesiva o que haya terminado con ellas por ser celoso o posesivo o que hayan sido así conmigo, siempre terminábamos de manera tranquila por causas de intereses. Si que apareciera otra persona y que quería o quería conocer más gentes pero de ahí en fuera no por ser malo, pero bueno hasta que no encuentre otra pareja, puede que cambie la situación, pero no creo que suceda, como que yo cambie.”

Para Miguel el trato de ahora le ocasionan molestias, debido a que es observado como una persona incapaz de atender su enfermedad y su persona por parte de su esposa, mientras que la familia de su pareja continúa siendo razón de conflictos.

Miguel: “No ha cambiado, en nada, bueno si cambio un poco, ahora es atenta en la alimentación, pues hasta cierto punto me gusta, por que me consiente mas, pero también me hace sentir mal, por que no me deja desarrollar como persona, que no comas, que no tomes, que no te preocupes mas y cosas así, aunque si tocamos el tema de su familia no ha cambiado.”

Reflexionar durante el padecimiento, le permitió dar un cambio radical en su vida de Raúl, le permitió establecer una nueva relación con otra pareja y establecer una relación cordial con su ex -esposa.

Raúl: “ con mi primera esposa, nos llevamos bien, si hablamos pero no como antes, se acabo la relación, por lo cual solo hablamos del hijo pequeño que todavía tenemos, solo le doy un gasto y ya. Con esta otra pareja, empecé una nueva relación, solo te puedo decir que llevo un año con ella y lo disfruto, pero no te puedo decir que es buena o mala, por que no tengo mucho tiempo con ella y es lo que hace falta para dar una respuesta, como la que desea tu estudio.”

Para Enrique el trato es un acto de dar y recibir, además del cambio de su esposa, al pasar un mayor tiempo con el, al mostrarse atenta y tolerante.

Enrique: “Igual que ella como me trate, la trato de la misma manera, aunque hay que mencionar que es mas tolerante y atenta aunque tiene sus arranques, pero ¿quien no los tiene verdad?”

3.2.5 El trato que daban ellos después de la DM2 a su pareja.

Para Martín el trato hacia su esposa, es un acto de remuneración hacia ella, debido al momento en que el se encontraba enfermo y su atención proporcionada

por su pareja durante a la DM2, ocasiona que ahora responda de igual manera debido que su esposa se accidento y le corresponde a el socorrerla, debido al compromiso que se formo en el momento que el recibió un buen trato por parte de ella.

Martín: “La trato bien, ha hecho muchas cosas por mi y además se accidento hace poco, por lo que me hace tratarla mejor que antes por su salud y la mía.”

Para Manuel el no estar casado, no es razón para no responder, lo cual lo hace mediante las experiencias que tuvo de sus noviazgos e indica que el respeto es la base para una buena relación.

Manuel: “A mis parejas las he tratado con respeto, para que me traten de igual manera, hay que respetarlas para obtener el mismo respeto, por que como tratar a alguien si no te das un lugar y un lugar a ellas, para que se sientan bien.”

Miguel menciona que el trato, gira en la presencia de la familia de la pareja, más que la enfermedad en sí, la relación puede estar bien, pero si se refiere a la familia de su pareja, es motivo de problemas.

Miguel: “A veces bien a veces mal, por lo mismo tu llegas y lo que quieres saber es de tu casa, no de tu suegra o las cuñadas o cuñados, por que lo que quieres es descansar y salía con eso, pues ¿no verdad? y si le llamaba la atención se molestaba, por eso lo de a veces.”

Al respecto Raúl indica como factor para el deterioro dentro de la relación los problemas familiares y el apoyo que se recibe por parte de su pareja, lo que ocasiona valorar la relación para determinar si es buena o mala.

Raúl: “Nos, nos llevamos bien, ahora por que se donde estaba la condenada de mi hija, Pero en vez de decir que paso, mi esposa, deja que me ponga bien loco y hasta me enfermo para que ella supiera donde estaba”.

Enrique menciona que debido al trato que recibe ahora, lo cambio para ser una persona más accesible ante su esposa.

Enrique: “Diferente, se ve el cambio soy mas tolerante, mas cariñoso y la atiendo mejor que antes hacia es el trato para ella”.

4. Sexualidad en personas que padecen DM2.

La salud en su relación con la sexualidad integra cuestiones de bienestar orgánico, psíquico, social y, por supuesto, sexual. Son por tanto, amplios y cotidianos los problemas que afectan a la sexualidad, pero por lo general se miran de soslayo y no son tenidos en cuenta.

4.1 La sexualidad en mujeres que padecen DM2.

4.1 ¿Cómo es la sexualidad para ellas?

Para María la sexualidad es el acto de penetración y eyaculación por el esposo, como la disponibilidad de la mujer ante el deseo del hombre.

María: “Bueno era buena, si buena (con un tono de voz bajo, como la expresión en su cara de seriedad, mostró durante este tema). Si es buena, una sola se acuesta y el marido hace lo demás, y ya, pues soy su esposa y el es mi esposo y así pasa.”

Carmen menciona que la sexualidad es el compartir y aprender dentro de la relación, al ser una persona con DM2, tuvo que aprender con su pareja como cualquier otra mujer.

Carmen: “La he llevado normal, empecé como todas las mujeres ¡he!: que los orgasmos ¿no?, que gozas y bueno entre los dos aprendimos, por que me salió jarioso ¿no? ja, ja, ja.”

Marta al referirse sobre la sexualidad alude a un acto que no debe de ser observado, lo cual lo considera como normal, hasta que sucedió la infidelidad, que la llevo a pensar que se debía a la monotonía de la actividad sexual.

Marta: “Normal, yo me acostaba y apagábamos la luz, y ya. Tal vez por eso buscaba a otras, no le hacía lo que quería.”

En el caso de Lupe, el nivel económico y la manera en que viven, permite que el acto sexual se haya llevado acabo, de manera rápida y silenciosa, he interpretado como la causa de la búsqueda de nuevas experiencias para su pareja.

Lupe: “Como teníamos a los niños y rentando, por que en ese tiempo rentábamos y si teníamos sexo, era rápido y cayados para que no escucharan y no nos vieran. Yo creo que por eso se fue a buscar otra mujer. Pero dime, que puede hacer, si están chicos mis hijos y esperaban a su papá para verlo y luego a la hora de acostarnos, era al mismo tiempo todos, y luego ya que la bebé esta llorando y el otro le pego a su hermano, cosas que se dan en su momento, no se puede y cuando se daba era solo meter y sacar, no como en las telenovelas.”

Para Ester la comunicación, la negociación y el deseo de ambos, le permitía llevar el acto sexual de manera normal.

Ester: "Normal, el quería y yo quería. Y cuando no quería nada, no teníamos y yo se lo decía."

4.2 ¿Saben ellas que es el acto sexual, como su duración?

Para María el acto sexual y la duración, es un tema que se experimenta y se aprende dentro del marco del matrimonio.

María: "Una sola aprende por si misma, nadie te explica, sólo experimentas cuando te casas."

El acto sexual para Carmen es el momento de interés para su esposo era el que incitaba a llevarlo a cabo, respecto a su duración lo relaciona con la palabra de "el rapidín", refiriéndose a un tiempo lo suficiente para satisfacerse. Pero el médico le ha realizado observaciones sobre labores cotidianas ella lleva los cuidados a la actividad sexual al no realizar esfuerzos físicos, y realizarlo de manera cuidadosa.

Carmen: "Yo disfruto la sexualidad, digo no yo sola, con mi esposo, al inicio fue normal, por decir, ya que la hemos llevado así, he sabido que hay gentes que se avientan una hora haciendo el amor, teniendo sexo o dos horas, o que a cada rato. Nosotros no, nosotros hicimos costumbre del rapidín, ¿no?, que el rapidín ja, ja, ja, ja, por que era a lo que íbamos a la cama y a dormir, era rápido siempre ha sido así, nosotros no somos de que sudando y chaca, chaca, no, no, nosotros lo hicimos lo normal tal vez para nosotros, lo hicimos a nuestra manera y cada persona lo hace a su modo. Y ahora que el doctor me dijo que por la operación no te agaches, por la operación no te muevas tanto y de lo sexual no me ha dicho, pero de todas maneras le digo a mi esposo, que no me puedo agachar, no me puedo mover, o si quiere que debo de estar bajo de el, pero le digo - pero no me aplastes -, ja, ja, ja, ja."

Para Marta el acto sexual es la penetración que termina en un orgasmo, que dura de cinco a veinte minutos.

Marta: "Pues solo es la penetración y terminar en un orgasmo en cinco o veinte minutos, ¿no?"

El acto sexual para Lupe, es una situación de sometimiento, que duraba entre diez o catorce minutos, indicando que por el grado de violencia en que sucedía esperaba que fuera rápido.

Lupe: "Solo lo hacia cuando mi esposo estaba borracho y no era si querías, era por que el quería, tu solo te desnudas y esperabas que sucediera y que fuera rápido, pero duraba diez o catorce minutos."

Para Ester el acto sexual, es un acto de seducción, con una duración de veinte a treinta minutos, debido al tiempo que emplean, lo considera como una exageración.

Ester: "Es bonito como te seducen, pero cuando pasa el tiempo, te cansas, ya cuando es mas de veinte o treinta minutos, ya es lago y exagerado."

4.3 ¿Cómo es la negociación para el acto sexual?

Para María la negociación en el acto sexual, es una situación que se da sin intercambio alguno de palabras.

María: "La verdad no lo se, solo se da sin decir ni hablar."

Para Carmen la negociación es mediante la comunicación, cuando muestran interés en el acto sexual su esposo, lo platican, si están de acuerdo en llevarlo a cabo o reservar las ganas para la próxima ocasión.

Carmen: "Equilibrada, cuando tiene ganas mi esposo, platicamos y se pone feliz cuando tengo ganas y participe, pero cuando yo no tengo ganas le digo y no sucede."

Marta menciona que la negociación, se da por el momento y lugar, una oportunidad para consumarse, debido que la casa en que vivían, era compartida por demasiados miembros de la familia, lo cual era de aprovechar el momento para la actividad sexual.

Marta: "Sólo lo hacíamos cuando estábamos acostados y descuidados o no estuvieran los demás y tenía que ser rápido, por que compartimos casa con mi suegra y sus hermanas de mi esposo."

La fuerza y estar borracho eran los factores que establecían la negociación, que tenía Lupe con su pareja, era el argumento para el acto sexual.

Lupe: "Que me lo pidiera no, si llegaba borracho y si quería tener sexo, era que tenía que hacerlo, por que si no, me pegaba, era mejor acceder."

El deseo y estar excitado era el argumento de la negociación para llevar la actividad sexual de Ester.

Ester: "Pues según el momento, si estábamos de humor, excitados, la atracción o el deseo."

4.4 ¿Cómo es la vida sexual después de la DM2?

Los cambios después del proceso de DM2, son variados para cada persona y al referirse a ellos María menciona que no ha sido sexualmente activa, después de la DM2.

María: "No, ahora no tengo una vida sexual activa."

Para Carmen la DM2, ha causado otras y diferentes enfermedades, lo cual cambió el ritmo de su vida sexual, como la frecuencia y la manera de expresarla hacia su esposo, como mostrarse accesible y bromista con la respuesta.

Carmen: "El a comprendido que ya no soy una mujer que le puedo dar, como una mujer normal. De todas maneras me aguanta y me respeta, por que el día que estoy enferma, que estoy hinchada, y le digo - tienes ganas -, me dice - aunque tenga ganas, no te toco, no te voy hacer nada - y le digo - no te quiero dejar con las ganas - y me responde - no le hace, por que estas malita, hasta que te compongas veremos -. Yo no soy, que sea así de ganas y problemas que tengamos por ese motivo, nunca, bueno hubo una temporada que si, ya que me decía - ya ni para la cama sirves -. Y le decía - tu no me conociste en una esquina, no me conociste dándoselas a alguien, ¿como me conociste? metida en mi casa, me conociste como una persona enferma. Llevamos veintitrés años de casado y en esos veintitrés años de casados, cuando has visto, que yo traigo arrastrado a los perros, por que yo, tengo ganas -. Discutíamos un poco por ese motivo, ya que la enfermedad la ha causado y como, no soy una persona temperamental, que yo le diga - oye yo tengo ganas - nunca, nunca, a veces me lo chantajeo le digo, - si tu no quieres, yo si quiero - y me dice - huy tú -, y le digo - si ahora es en serio - y dice, - no, el día que si quisieras que dijeras: que si tienes ganas,

pero no, lo que me dices es que no y no-. Pero cuando nos ponemos de acuerdo, era de cada tercer día, de ves en cuando era diario. Ahora es mas distante, por decir una vez por semana o cada quince días, es mas distante y pobrecito de el, por que yo se, que no me engaña con nadie y luego me dice tengo ganas y le digo – ay, allá fuera anda una perra, ve a corretearla - , ja, ja, ja, ja.”

Marta realiza una comparación con su primer esposo, con el que vive ahora, notando, que tiene un problema, que radica en el aumento de peso, originando conflictos con su pareja, debido a querer hablar sobre el tema, le respondía de manera negativa y agresiva.

Marta: “Con mi primero no tenía problemas, solo lo hacíamos y ya, me tocaba, y me besaba y era todo, no me molestaba, nunca le dije si le molestaba algo o si le molestaba que yo hiciera algo, nada. Pero con el que vivo ahora, pues ya estoy más gordita y con diabetes, platicamos sobre el tema, pero solo decía - ahí vas, con lo mismo - , por que me preocupaba el estar gorda y que no pudiéramos tener sexo y le preguntaba si quería que bajara de peso pero me decía, -para que quieres cambiar o para quien, quieres cambiar -, pero yo lo hacia por el.”

Para Lupe el relacionarse con nuevamente con otras personas, le ha proporcionado experiencias nuevas, nuevas parejas, exploración en la vida sexual como dejarse explorar por los otros. Sin embargo el recordar la relación con su primer pareja de violencia y agresión, ocasiona que cualquier tipo de acción violenta o agresiva por parte de sus nuevas parejas, re-valora la situación y vislumbrara un futuro similar al de su esposo, lo cual decide no continuar con las relaciones.

Lupe: “He tenido dos parejas mas y ambos eran amables, cuando teníamos sexo, me hablaban y me tocaban, y todo bien rico ¿no?, situaciones diferentes que no tenía antes y para no quedarme atrás, pues que me animaba, hacerles cosas, que me hacían ellos. Cuando me decían vente a vivir conmigo, y pensaba, ya mis hijos, ya están grandes y trabajo. ¿Porque no rehacer mi vida? Pero duro poco, por que un día, ya cuando me iba a ir con el, se le ocurrió empujarme y hasta me caí y pensé, tal vez quiere llevarme lejos para que nadie vea como me trata y ya no los veía, ni los buscaba.”

Ester menciona que dentro de la vida sexual, debe tener ahora cuidados mas detallados en la higiene, como enfermedades relacionadas con los genitales, que antes no eran tan importantes, como disminuir la duración del acto sexual y los días.

Ester: “Los cuidados de higiene, que estar limpia y las infecciones que puedo tener. Con mi esposo reducir las veces, que teníamos sexo, por que se agotaba, se redujo si lo hacíamos cuatro veces a la semana, ahora a dos veces y el tiempo.”

4.2 La sexualidad en hombres que padecen DM2.

4.2.1 ¿Cómo es la sexualidad para ellos?

Si bien la sexualidad para ellos, va más allá de los genitales y de la acción reproductiva, involucrando el compartir los cuerpos en búsqueda de satisfacción, que se experimenta y goza la pareja, sin embargo Martín indica que la sexualidad, es explorar dentro del cuerpo en búsqueda de zonas que produzca placer de manera individual e intimo.

Martín: “Es algo propio, tuyo, con lo que naces, que experimentas. Experimentando, conociendo tu cuerpo.”

Manuel recurrió a su padre para informarse sobre la sexualidad y la información adecuada obtenida, fue la base para conocer sobre el tema, para después experimentar.

Manuel: “Bueno, un tanto de mi padre, se tomo un momento de platicar conmigo sobre planificación familiar y ciertos anticonceptivos, pero una cosa es que te platique y otra que la experimentes.”

Para Miguel la sexualidad, es un acto de emociones que involucra a dos personas, para disfrutar y aprender.

Miguel: “Sexualidad...es el acto entre dos personas por amor o por simple deseo, lo aprendí por todo, por la gente con quien convivo, las personas con las que he desarrollado mi vida sexual.”

En la situación de Raúl relaciona la sexualidad, con el placer que se obtiene con el acto sexual.

Raúl: “Las que tuve, siempre fueron satisfactorias, bueno digo yo. Y siguen igual y las sigo disfrutando.”

Para Enrique la sexualidad, es un acto de intimidad y comunicación con la pareja, con la finalidad de obtener una plenitud.

Enrique: “Es tener intimidad con la pareja. Para una sexualidad plena, llevada por ambos, entre ella y yo.”

4.2.2 ¿Saben ellos que es el acto sexual, como su duración?

Martín menciona que el acto sexual, es la acción de penetrar y eyacular, con una duración de quince o veinte minutos.

Martín: “Normal, penetras ella te recibe y te vienes, ¿no? y así ha sido desde que la conozco, que dura, lo normal quince o veinte minutos.”

En el caso de Manuel señala que la duración del acto sexual, es lo que debe de durar y es un acto íntimo de la pareja.

Manuel: “Es una intimidad entre los dos, el tener sexo. Satisfacer no uno si no ambos, tiene que durar lo que tiene que durar. Pero creo que se lleva unos veinte minutos por los menos, para que no, nos quedemos con ganas.”

Para Miguel el acto sexual es la unión de dos cuerpos, para satisfacerse y que esto no es para siempre y que debe tener una duración, de veinte minutos a veinticinco minutos.

Miguel: “Es la unión de ambos cuerpos, para satisfacer las necesidades del cuerpo, hasta llegar a un orgasmo, que puede durar veinte a veinticinco minutos.”

Raúl menciona que el acto sexual es la exploración de la mente y el cuerpo, para alcanzar el placer con su la pareja, que lleva su tiempo, debido que es un acto lento.

Raúl: “Pues son mis genitales, mi cuerpo. Algo que te lleva a explorar el cuerpo para una satisfacción. Con mi esposa la vivía bien, trataba de estar con ella en mente y cuerpo y no como varios de los

conocidos, que ven a su vieja como una bolsa o sueñan que están con otra vieja en sus fantasías. Es hacerlo con calma y con tiempo, tomarla con cuidado y respetar, lo que el cuerpo da, por que si el cuerpo no puede pues que va a pasar, ¡se atrofia! Igual que una maquina.”

Para Enrique el acto sexual es la incorporación de la pareja, que proporciona intimidad y emociones, lo que dispondrá del tiempo que debe de durar.

Enrique: “Es la unión de dos personas que se quieren, que desean tener una vida junta y que llegan a la intimidad, que lleva su tiempo en ese transe desde el ritual de las caricias hasta el fin, que va durar minutos o una hora.”

4.2.3 ¿Cómo es la negocian para el acto sexual?

Establecer cuando, donde y en que momento, como la disponibilidad del otro, para el acto sexual, para buscar el placer es el siguiente tópico abordar. Martín describe la negociación con su esposa, como la interpretación de las señales de cansancio o fatiga, mientras con su segunda pareja, el dialogo es un factor proponer la actividad sexual y la que dispone de aceptarlo o no.

Martín: “Con mi esposa era ver si estaba cansada, ahora ya no tengo una vida sexual activa con ella, pero si tengo sexo con otra mujer y cuando nos vemos, vamos a tomar algo y platicar, y hablamos de tener sexo y ella dice si o no, si es que quiere, pero lo hablamos claro y directo.”

Manuel lo sitúa como un momento oportuno para expresar su deseo, mediante contacto físico, creando un ritual previo al acto sexual, como el medio de negociar el encuentro.

Manuel: “No se puede decir que negociación como tal, si no que se da el momento por las caricias y besos, dan la pauta para tener sexo o no, es ponerte a tono y ponerla (excitarla), por que a veces es ella la que desea y es la que me pone a tono.”

Miguel menciona que la negociación es una cuestión de comunicación, mediante expresiones corporales, su interpretación y deseo de ambos, lo que permite establecer la negociación.

Miguel: “No es si quieres o ella quiere, no puedes forzar la situación. Hay una comunicación, no de palabras, si no físicas que avisas o te avisa, que es cuando hay chance, que el modo que se vistió, el caminar, como te mira, te toca, cosas así.”

Otras veces Raúl, como Enrique señalan que es observando, como se encuentra la pareja, si esta cansada por las labores domesticas o por otras razones, lo que permite una aproximación al dialogo, para negociar, expresándole sus deseos y ella termina estableciendo si se da el encuentro.

Raúl: “Con mi esposa era si la veía con la accesibilidad, si estaba de buenas, que no estuviera cansada y entonces le decía si quería tener sexo.”

Enrique: “Es ocasional para ello, hay que ver que ella no este cansada, que no escuche que tuvo mucho trabajo, para analizar la situación para platicarlo y culminar con el sexo o terminas escuchando, lo mal que estuvo su día.”

4.2.4 ¿Cómo es la vida sexual después de la DM2?

Los cambios que se suscitan dentro de la relación de pareja, cuando la DM2 altera la salud de alguno de ellos, provocando daños físicos, económicos o emocionales que pueden alterar la relación e incluso disolverla. En el caso de Martín la relación con su primera esposa disminuyó, la comunicación y el accidente que tuvo, fueron las causas de la vida sexual con su esposa, fueron las causas de la separación, sin embargo su vida sexual no sufrió cambios, ya que la desarrolla con otra pareja, como la oportunidad de explorar su sexualidad junto a ella, con la comunicación y darle la seguridad de no sentirse inútil.

Martín: “Con mi esposa ahora ya no tengo una vida sexual, pero antes no nos decíamos nada, si llegue a pensar que hasta era aburrido, solo lo hacia tal vez, por no dejar a mi cuerpo sin satisfacer o que se llegara a imaginar que ya no la quería. Con esta otra (su nueva pareja), nos decimos, que si me quieres o esperame tantito me voy a poner el condón o déjame ver si no hay alguien en la casa, te pone a pensar si así son todos los matrimonios ¿no? o que pasa por que hay mujeres que te dicen - ahora no - como ella, por que tiene una infección o anda en sus días, como que te dan una razón y eso te hace sentir útil, por que sabes el ¿Por qué?, en cambio en vez de que te expliquen, te grita por otras cosas, si te sacan de quicio.”

Para Manuel, estar sano es una cualidad para no sufrir cambios en su vida sexual, por lo cual tiene presente su higiene, como una buena alimentación y la debida atención médica.

Manuel: “No como te digo, el doctor me explico que no presentaría problemas en la erección, resequedad o cualquier otra cosa, siempre y cuando me mantenga saludable, no habrá problemas. No tiene mucho tiempo que tuve relaciones sexuales y no paso nada, ¡ha!

pero eso si me dijo el médico - que me cuidara, ya que una persona que tiene descuidos en su persona, tanto de salud, como de higiene es susceptible a contraer todo tipo de enfermedades - y por eso me cuido ya y mucho ¿quiero aguantar un rato, más?, ¿no?."

El verse disminuido por la DM2 en su salud y reflejado en su vida sexual, al verse agotado y rendir menos, Miguel integro a su esposa en el acto sexual al proponer ideas y situaciones menos agotadoras para el.

Miguel: "Un poco, con trabas, por que ya no es lo mismo, el cuerpo no responde como antes, ya no aguanto tanto tiempo, me agito y bueno, lo bueno es que mi esposa se integra en esto, que ella propone otras posiciones, que un gel y cosas así."

Raúl menciona que ya no tiene relaciones con su esposa, debido a problemas relacionados con la desaparición de su hija, pero encontró a alguien más y se encuentra explorando con ella, la sexualidad.

Raúl: "Los problemas que empezaron por la desaparición de mi hija y ocasiono que no habláramos, y menos tener sexo, empezó a decaer la relación con mi esposa, pero mi nueva mujer, llegamos incluso o innovamos, al emplear fantasías y juegos eróticos."

Para Enrique, los problemas después de la DM2 han sido notorios, como menos apetito sexual, rendimiento por el desgaste físico y para evitar caer en la rutina incorpora actividades para no formar una relación monótona.

Enrique: "Menos apetito sexual por la diabetes. Pero tratamos de no caer en la monotonía y claro ya no hay mucha actividad como antes, pero renovamos las cosas para no hacer rutina y disfrutarla, fantasías, películas o juegos."

Como en cualquier otra faceta de la vida, es imprescindible un diálogo abierto y sincero entre ambos. En la vida sexual deben hablar con su pareja sobre lo que nos gusta o no, lo que nos apetece y cuando nos apetece, los deseos, fantasías, etc. Así desaparecerían muchos de los problemas de la esfera sexual que se manifiestan físicamente en respuesta a conflictos psicológicos previos o posteriores a la DM2.

4.3 ¿Preguntaron sobre los cambios en su vida sexual a los médicos?

La comunicación paciente-médico es vital para tener una salud estable, sin embargo cuando la enfermedad es crónica, como la diabetes DM2, el cuerpo debe de reponer las energías gastadas al mantenerse con vida y si con ello afecta algún otro órgano, como riñones, vista, páncreas u otros, lo cual la relación establecida médico, no solo como se aboca a rescatar el cuerpo y preservarlo, además que tiene que informar que sucederá después, que cambios presentaran o los medicamentos que emplean en el tratamiento afectara otra función, y esta función de interés es en la vida sexual del paciente.

Para Marta preguntar si habría cambios debido a la DM2 al médico, no fue un tema importante, ya que su razón de la visita al médico, fue a causa del accidente que lastimo su brazo, más que las molestias de la DM2.

María: “No pregunte, por que fui por el accidente, sí, no quien sabe que hubiera pasado, por que no fui por la diabetes, en sí, era más el dolor del brazo. Y después no, no pregunte.”

Informarse de los cambios que habría en su vida sexual y sus cuidados, por el médico ha proporcionado a Carmen mantener una vida sexual.

Carmen: “Si, me dijo el doctor que presentaría problemas, si el nivel de azúcar se alterara, pero mientras no sucediera eso podía llevar una vida sexual normal.”

Los cambios en su vida sexual de Marta, no fueron a causa de la diabetes, si no por la irregularidad del sangrado de la menstruación, por lo cual ya tenía prohibida la actividad sexual por el médico, debido al problema que presenta.

Marta: “Si pregunte, pero no fue por la diabetes, si no por los problemas que tengo, por la irregularidad de sangrado en la regla. Y me prohibió tener sexo por el momento, hasta que me con ponga del sangrado.”

Lupe la importancia menciona que el tema no fue importante, como para el médico.

Lupe: “La doctora no me dijo nada y yo no le pregunte, ¿quien sabe, porque no le pregunte? No lo vi algo muy urgente saber en el momento, hasta ahora que usted me pregunta.”

Percibir a tiempo la diabetes, le permitió evitar cambios significativos en su vida sexual y razón para no preguntarle al doctor, para Ester.

Ester: “No le pregunte, ni el me dijo nada y como no hubo demasiados cambios en mi vida sexual, no le di mucha importancia.”

Para Martín el acudir al médico es cuando la DM2, causa molestia a su cuerpo y la información recibida, fue en relación a la higiene que debe de tener y ninguno sobre la vida sexual, como de su parte el de preguntar.

Martín: “No, pregunte, no pregunte ni me dijo la doctora en el seguro, cuando fui al seguro social, solo que uno debe de estar aseado, por que hay una enfermedad que se llama hongo y eso sale por las uñas porque uno no se lava, se baña, no se asea, entonces tienes que estar aseándose a diario por eso exigen eso, porque hay peligro en eso, nada más, pero en lo sexual, nada, ni a mi se me ocurrió preguntar.”

La falta de información por parte del personal médico, como pedir la información y conocer los cambios que presentarían en su cuerpo, no son temas que le interesen a Miguel.

Miguel: “No pregunte, no me paso por la mente, no referente a sexología, solo dijeron que era diabetes, ni que me dijeran ellos, si ellos no dicen nada, pues no pasa nada.”

Manuel menciona que le fue diferente, le explicaron, que cambios tendría y que tomara una actitud tranquila, ya que si mantenía sus cuidados médicos no pasaría nada.

Manuel: “Si me explico, es mas me hizo exámenes para el VIH para estar seguro que tuviera algo, ya que la condición de diabético disminuía la capacidad de uno, pero me dijo que si obedecía y tomaba mis medicamentos e iba a mis chequeos, a la hora de tener sexo, no presentaría molestias y en caso de existir, que fuera con el.”

Enrique menciona que el no preguntar sobre el tema fue por vergüenza y la falta de información por parte del doctor, fueron las razones para conocer sobre el tema.

Enrique: “No pregunte por pena, te avergüenza platicar que hay algo malo en uno, a pesar que uno se preparo y la información que te dan, son de los cambios que iba a tener y que me acostumbrara, cuanto alimentación y estado de animo, nada mas, pero en lo sexual, no.”

Para Raúl, tener como médico a un familiar, le fue útil ya que le informo sobre los problemas que tendría en su vida sexual, permitiendo una seguridad para una vida sexual.

Raúl: “No le pregunte, el me dijo, que se vería disminuido mi rendimiento, que no aguantaría mucho, pero sería mientras mi cuerpo se acostumbra, nada más y si tenía molestias que acudiera con el, pero que no me asustara, que no era grave.”

5. Empleo de métodos de protección sexual.

La persona diabética está expuesta como cualquier otra a la posibilidad de adquirir cualquier tipo de enfermedades de transmisión sexual, este tipo de enfermedades, destacando por su especial gravedad el Sida, y por su frecuencia la candidiasis (una infección por hongos) genital. La cual se controla su transmisión mediante el empleo del preservativo, que proporciona seguridad a su usuario.

5.1 Empleo de métodos de protección sexual antes de la DM2.

Cuando se habla de métodos de protección sexual se entiende como la manera de protegerse de las enfermedades venéreas y referirse al condón. Para Manuel y Enrique el uso del condón ha sido la manera de protegerse.

Manuel: “He confiado en el condón, como manera de cuidarme de las enfermedades venéreas.”

Enrique: “El preservativo, el condón es el que usado e incluso antes de casarme, por las enfermedades.”

Carmen menciona que el empleo de condón, no solo es para evitar contagios de enfermedades venéreas, si no como anticonceptivo y una opción para el control de la diabetes, cuando el emplear pastillas anticonceptivas pone en riesgo el tratamiento de la diabetes.

Carmen: “Si usaba los condones por parte de el, por que no podía tomar las pastillas, por que tomaba los medicamentos para la diabetes y los óvulos para ciertas infecciones que solía presentar y nada mas, si nada mas.”

Ester y Miguel indican que han empleado el condón masculino, para ella el que lo usaba era su esposo.

Ester: “El, el condón, si nada mas ese, solo por usar y eso era mi esposo.”

Miguel: “Si, el condón, nada mas.”

Para Martín y Raúl los métodos de protección sexual, es relacionarlos con los métodos anticonceptivos, como las pastillas.

Martín: “Las pastillas usábamos, las pastillas y eso lo se, por que acompañaba a mi esposa al seguro, a recoger la cajita que le daban y si tuvimos muchos hijos, fue por que ella no llegaba a tomarlas.”

Raúl: “No, ninguno, solo las pastillas que mi esposa, que le daban con una tarjeta, con el médico.”

Marta menciona que ella fue sometida a una operación como método para la concepción, y el que usa es su esposo, que padece diabetes, y recurre al condón para emplear el lubricante del mismo para la penetración.

Marta: “No uso, debido a que me operaron, me cosieron las trompas y no puedo tener hijos, después de mi hija, con mi primer esposo. Con mi segunda pareja, el si el emplea el condón, por lubricarse, ya que padece diabetes tipo uno, pero solo es ocasional.”

María solo acudía al médico para cuidar el embarazo y su método de protección era encontrarse embarazada para no tener sexo.

María: “No he empleado medicamentos preventivos o el condón como conocen, antes no eran muy conocidos y por lo regular como mis hijos van seguidos, pues no recurrí a nada de eso, solo acudía antes al médico para los cuidados de embarazo y estar embarazada era el método, por que no había nada”.

La situación de Lupe era recurrir a la suerte como método de protección anticonceptiva, como de enfermedades venéreas.

Lupe: “No usábamos nada, ni siquiera para manera preventiva, tuve suerte de no tener mas que dos hijos antes de sepáranos o que me contagiara de algo.”

5.2 Aprendizaje sobre el uso de métodos de protección sexual o anticonceptiva.

Para conocer el empleo adecuado del método de protección de enfermedades de transmisión sexual, se ha recurrido a campañas, talleres o información provenientes de médicos, para dar a conocer su uso y cuidado. Carmen menciona que aprendieron su uso del condón en el centro médico, por un doctor al explicarle por que empleara el condón y su uso a su esposo.

Carmen: “El doctor le enseñó a mi esposo y le explico, por que no puedo tomar pastillas y que era la manera que me ayudaría a controlar la diabetes era con el condón.”

Raúl menciona que las pastillas, que empleaba su esposa, como método anticonceptivo y su uso fue por el médico que la tendía.

Raúl: “El doctor se las dio y el que le enseñó.”

Ester señala que aprendió fue mediante pláticas que prestan las enfermeras en los pasillos del hospital, donde desempeñaban sus conocimientos sobre el tema de métodos de protección sexual.

Ester: “En la platica que dan en los pasillos las enfermeras, en el hospital.”

Para Martín, el empleo de las pastillas anticonceptivas para su esposa, fueron recetadas por el médico, quien proporcionando su horario de ingesta, mientras la enfermera explicaba le explicaba sobre los anticonceptivos en las pláticas matutinas que proporcionaban.

Martín: “La enfermera que daba en la mañana, me explico por que de los anticonceptivas y el doctor que la recibía, le daba las instrucciones de su uso, cada cuando las tomara.”

Se puede decir que incluso en el caso de María y sus cuidados del embarazo se vio apoyada por las instancias médicas.

María: “El doctor que me tocaba en su momento era el encargado de darme consejos, para evitar molestias durante el embarazo, como no forzarme a cargar cosas pesadas, que comiera esto o menos del otro y cosas así.”

Otra fuente de enseñanza sobre el uso del condón, fue la escuela mediante el desarrollo de talleres o cursos que promueven el empleo de condón, como le sucedió a Enrique.

Enrique: “En la escuela aprendí, se abrió talleres y ahí me explicaron.”

Manuel aprendió en la escuela, mediante sus compañeros y dentro de la relación de pareja.

Manuel: “En la escuela, ahí aprendí, también cuando empecé andar con la chamaca y mis amigos, que ya sabían como usarlo y me explicaron como usarlos.”

Las instrucciones en los paquetes de los condones, como su uso fue la manera en que aprendió a usarlos para Miguel.

Miguel: “Leyendo las instrucciones del paquete, de cómo cuidarlos, como abrir el paquete, con el paquete y solito, puedo decir que aprendí.”

Marta desconoce como su segundo esposo, aprendió a usar el condón.

Marta: “Con mi segundo esposo no supe como aprendió, ¡he!. Por que cuando empezamos a tener relaciones ya sabia como usarlos.”

5.3 Empleo de métodos de protección sexual después de la DM2.

Carmen menciona que tuvo que dejar de emplear el condón, como de igual manera excluir la actividad sexual por un momento, debido a las complicaciones de otros padecimientos, sin embargo la situación que los envuelve como pareja, la interpretan con buen humor y de manera tranquila.

Carmen: “Ya no usamos el condón, me hace daño, por que traen como un aceite y me causa infecciones, no, es horrible y en el seguro ya no me quieren dar óvulos y tengo que andármelos consiguiendo y con el miedo por lo del riñón, me estoy cuidando un poco de mas ¡he! nuestra vida a cambiado, pero el dice que me adora y no quiere que me muere, entonces sígueme aquí conmigo.”

Manuel menciona que el empleo del condón masculino es un método para cuidarse de las enfermedades, pero no exclusivo, ya que también por su pareja decidió usar el condón femenino para protegerse de enfermedades venéreas.

Manuel: “Pues siempre he empleado el condón, y no lo he cambiado, bueno he comprado el condón para mujer, pero porque ella quiere aprender el uso y lo empezamos a usar a penas.”

Para Enrique el uso de preservativo no ha cambiado, su esposa emplea pastillas como método anticonceptivo y el condón para enfermedades de transmisión sexual, en un compromiso de salud mutuo.

Enrique: "Ella pastillas y yo preservativo."

Miguel y Ester, menciona que solo continúan empleando el condón en su protección, ya que es responsabilidad de los hombres, por lo cual el responsable del uso y cuidado de la prevención de enfermedades sexuales.

Miguel: "El condón, nada más, por que hay que cuidarse, por que si uno no lo hace quien lo hará."

Ester: "El condón por parte de el, nada más, por que yo no ando de loca y si el anda que lo use."

El cambio de pareja y la actividad sexual, fue motivo para el uso del condón como método de protección después de la DM2 y mientras conocía su nueva pareja, es la manera en que procedió Martín.

Martín: "El condón en un inicio, por que yo no sabía si la señora era de esas que andaban con una o con otro, ahora no, no uso por que ella usa el DIU. Con mi ex-esposa, solo empleábamos las pastillas anticonceptivas."

Lupe menciona el empleo del condón por sus parejas ocasionales, para prevenir alguna enfermedad sexual a partir de la DM2.

Lupe. "Les he pedido que usen el condón, con las dos personas que he tenido sexo, por las enfermedades que hay en hoy en día."

IV. ANALISIS Y DISCUSIÓN.

1. Su cuerpo, enfermedad y atención medica para ellos y ellas.

Para cada uno de los participantes la diabetes mellitus tipo dos o DM2 fue experimentada de diversas maneras, como momentos, con sus parejas y en su vida sexual que ha modificado su vida. Dentro de estos cambios Sin embargo concuerdan sin importar si es una mujer u hombre al referirse a su cuerpo a la capacidad que le permite este al realizar actividades que estructurara la cotidianidad de la persona. Cuando la persona puede realizar sus actividades diarias mencionan a un cuerpo sano, por la capacidad de lograrlo de manera eficaz y producirle satisfacción en la persona. Y un cuerpo enfermo cuando no pueden realizar sus actividades que generan estados emocionales negativos como la depresión. El cuerpo sano o enfermo para los participantes de la entrevistas no necesariamente se relaciona con la DM2, también puede ser por enfermedades ocasionales como gripe, diarrea, dolores de cabeza o lesiones como fracturas de hueso, ruptura de ligamentos musculares, amputaciones o quemaduras entre otros, también mencionan que no hay una edad en especial para presentar algún tipo de enfermedad o lesión, ya que se pueden presentar desde la infancia, adolescencia o en la edad adulta. También mencionan que ciertas actividades pueden generar malestares que impiden mantener un cuerpo sano por descuidos, posturas físicas que causa dolencias o el contacto con sustancias o herramientas que dañaran a la persona que causaran una enfermedad o lesión a causa del trabajo, también mencionan que los tipos de actividades que realizan van dirigidas a la cualidad de ser mujer u hombre. Las cualidades de genero determinan las actividades establecidas por la sociedad, la política y cultural del momento, como a que edad empieza a transitar entre juegos y los estudios a trabajar por una solvencia económica o el deber dentro del hogar. También mencionan que la belleza es una cualidad dentro del significado de su cuerpo obtenido por la sociedad que se establece cuando es una mujer o un hombre ya que para cada uno el sentido de belleza es relativo para el hombre es

poco reconocido, sin embargo para la mujer llega a tomar sentido de sacrificio por tener una imagen estética sin importar la relevancia de estar sano o no, un sentido de belleza que adquiere poder por la sociedad y un momento determinado.

En relación a la DM2 la presencia de síntomas evita la realización de actividades para los participantes de la entrevistas, la presencia de síntomas en su cuerpo anunciaba la irregularidad dentro de su organismo que si bien para los participantes los síntomas no eran generales, presentaban algunos y variados como cansancio, constantes ganas de orinar, pérdida de peso, sed constante entre otros síntomas. Cuando esto sucede la visita con el médico se vuelve vital, cuando para los entrevistados el hábito de consultar al médico era mínimo previo a los síntomas, a pesar de reconocer que han presentado alguna enfermedad (gripe, diarrea, dolores de cabeza, etc.) no eran razón o motivo para acudir con el médico, para algunos otros si eran motivo de consulta. Su aproximación con las instancias de salud se debe por las creencias personales o el de recurrir a remedios caseros que proporcionaban una cura para continuar con sus actividades, en otras situaciones la cercanía con los médicos es de tiempo atrás en su infancia por las campañas de salud que realizan las instancias médicas en las comunidades. Para algunos otros la relación médica solo era observada como un trámite para mantener un trabajo o una actividad deportiva más de prevalencia por la salud.

Al presentar cambios por los síntomas de la DM2 y no ser controlados por sus creencias o remedios la recurrencia con el doctor era inevitable. Cuando el Médico diagnostica a los participantes como diabéticos al igual que los cambios en los hábitos y cuidados de la persona presenta un fuerte impacto emocional para la persona que modifica o genera nuevos pensamientos, significados y emociones. Al ser diagnosticado como una persona con DM2 genera una visión nueva sobre su cuerpo más que el de sano y enfermo, construye lo que debe de realizar para mantenerlo sano, cuidados, alimentación, ejercicio, mayor acercamiento médico entre otros.

¿Qué es el cuerpo humano? ¿Cómo se relaciona con las palabras de los entrevistados de lo sano y enfermo con su cuerpo? ¿El impacto de una enfermedad crónica como la DM2 para el significado del cuerpo?

Dentro de lo que conocemos el cuerpo humano es un organismo viviente, que realiza procesos químicos, que se construye de músculos, huesos, piel, sangre, agua, etc., que respira, se alimenta y se reproducen y poco a poco hemos ido conociendo algunas de las funciones que desempeña. Dentro de la psicología el significado o el valor del cuerpo humano como lo mencionado por los participantes se vincula con lo que menciona López (2000) al referirse al cuerpo humano como el primer instrumento del hombre y es el más natural o más concretamente es el objeto y medio técnico más normal del hombre. Pero también el cuerpo humano es el espejo y síntesis de una cultura de un sistema político, de una concepción de la vida y muerte. Más que un organismo biológico en la actualidad el cuerpo es regido por los estilos de vida adquiridos dentro de la familia aprendiendo estilos de alimentación, relaciones personales, enfermedades entre otros. La representación social que se tiene del cuerpo humano en un tiempo y un espacio determinados permite la construcción sustentada sobre un tipo de moral, una ética, en los usos y sus cuidados del cuerpo humano, así mismo en las formas de vivir y morir.

Si bien referirse al cuerpo humano es ir más allá de lo biológico de lo que puede hacer y no puede con el, y no a acusa de una enfermedad, si no por nacer con un cuerpo de mujer o el de un hombre, como influye en la concepción de un estilo de vida para que perciban que es útil y sano su cuerpo. Dentro de lo que puede hacer y hacen la personas están en las actividades diarias que propician un estilo de vida en lo cual se envuelve con las demás personas y son concebidas como padres, madres, hijos, hijas, etc. De acuerdo al desarrollo de actividades diarias en las personas como menciona el IMSS (2006) las actividades humanas se dan de acuerdo al un momento y las necesidades que vive cada persona con su edad. Por ejemplo durante la infancia y adolescencia las necesidades que se presentan regularmente son cubiertas por los padres como crear lazos afectivos y establecer actividades relacionadas con su sexo. Cuando el ser humano alcanza la madurez

las necesidades e intereses se modifican, ya que las demandas van relacionadas con la formación de un nuevo núcleo familiar y se desempeñaran de acuerdo a su rol de género. A partir de esta etapa su estilo de vida y lo que llamaran sus actividades diarias serán de acuerdo a su trabajo y este a su vez a la preparación y demanda laboral como que con cuerpo viven (el de una mujer o un hombre) que reducirá su campo de trabajo, como su rol dentro de la familia. Por ejemplo en una persona en una persona que desempeña actividades físicas por las cuales serán remuneradas (albañiles, carpinteros, pintores, lavanderas, personal de limpieza entre otros), mientras otras que tenga una oportunidad laboral mejor ocupara sitios donde su cuerpo no será sometido a actividades agotadoras constantes físicamente (médicos, profesores, oficinistas, etc.). No obstante al establecerse su rol de genero las actividades que tienen que desempeñar al ser hombre o mujer serán distintas, si el hombre es el encargado de proveer a la familia, la mujer será la responsable de la familia, responsabilidad que estará presente de día como de noche al ser mujer a diferencia del hombre que cubre un horario dentro de un trabajo a diferencia de la mujer que en caso de trabajar su horario de trabajo no acaba con salir de este, ya que debe de cumplir con su otro trabajo en su hogar. Y por consiguiente las actividades diarias van de acuerdo a su género y su contexto social. Estos estilos de vida generan una calidad de vida.

Respecto a ello Lugones (2002) menciona como calidad de vida al resultado de la compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos; los primeros constituyen las condiciones externas: económicas, sociopolíticas, culturales, personales y ambientales que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo de la persona, de su personalidad; los segundos están determinados por la valoración que el sujeto hace de su propia vida.

En cuanto a los primeros, es decir, los factores objetivos, podemos apreciar que los individuos con niveles superiores en cuanto a diferentes elementos objetivos, con niveles superiores en las diferentes áreas o dominios de la vida, están mejor dispuestos para tener niveles altos de Calidad de Vida, relacionada con la salud, ya que tendrán mejores condiciones de vida, nivel de ingresos, accesibilidad a los

servicios de salud, cultura general que los capacita (aunque no lo garantice tácitamente) para desarrollar estilos de vida saludables, en cuanto a acceso a fuentes de alimentación, acceso a servicios médicos, cultura en materia de salud y hábitos de vida. El propio estado de salud física (ausencia de limitaciones atribuibles a enfermedades) entra a formar parte de estos elementos que contribuyen a percibir una mejor calidad de vida.

En cuanto a los segundos, es decir, los factores subjetivos de la calidad de vida podemos apreciar que cuando un individuo se siente mal, o está enfrentando un proceso de enfermedad crónica, esto lo hace “sentirse enfermo”, infeliz, y eso puede dañar el resto de las dimensiones de la calidad de vida. Se sentirá tanto más “enfermo” cuanto mayor sean las limitaciones que la enfermedad le imponga en aquellas áreas de la vida significativas para él, en relación con sus aspiraciones y metas en la etapa del ciclo vital en que se encuentre. De aquí la importancia de tener en cuenta la óptica individual en la calidad de vida.

Sin embargo, la relación Calidad de Vida-Salud es recíproca. No sólo los procesos de salud, influyen en la Calidad de Vida, sino que la Calidad de Vida influye en los niveles de salud.

Cuando la persona sufre cambios dentro de su vida comparan su cuerpo comportamientos o emociones con el de otros que disfrutaban una vida “normal”. Ya que la DM2 no solo altera un cuerpo también lo hace con la familia y sus actividades que eran diarias, como sus estudios, juegos, alimentos o el rendimiento dentro de su trabajo, que debido a los cuidados médicos, alimenticios y la percepción de la enferma para la persona y demás miembros de la familia cambian. Al respecto Vargas (2006) menciona que el cambio en alguna etapa de la vida, suele ser súbito y dramático por los cambios y confirmación inmediata, estos cambios de hábitos formula la pregunta en ellos ¿Cómo es posible si antes estaba bien? Y el situar que era su cuerpo en un ahora por parte de lo que fue un niño, adolescente o adulto suele ser difícil de establecer y la relacionan con

actividades o actitudes que toman para recordar que fue estar sano para ellos y referirse a lo sano con una etapa en la vida de cada persona.

El sentir un cuerpo antes de la DM2 para la persona ocasiona reflexionar y valorar sobre su futuro donde se avistan como compañeros sexuales, reproductivos y miembros de una familia que resulta en un nuevo significado y emociones de su cuerpo y su salud sobre su bienestar y su futuro. Estas observaciones suelen ir de la mano en función de la demanda social de lo que es “normal” y esto a su vez puede divergir de otros, por ejemplo en la sociedad se encuentra el valor de la belleza, la presencia y alteración del cuerpo, la cual es una cualidad que tratan de cubrir la mayor parte de la población para una aceptación social de lo “normal” y por consiguiente de salud.

La salud no es sólo un componente importante de la calidad de vida, sino también un resultado de ella. Cuando otras dimensiones que integran la calidad de vida como puede ser la familia, laboral o sociopolítica se deterioran, no implican únicamente una calidad de vida inadecuada, sino que pueden conducir a la aparición de enfermedades. Tener salud en su concepción más amplia, no sólo implica sentirse bien físicamente, es además tener planes y proyectos futuros, involucrarse en ellos de manera activa para alcanzarlos y derivar de eso satisfacciones personales. El fracaso en el logro de esas satisfacciones puede convertirse en una fuente de stress con implicación negativa para la salud considerada integralmente. La calidad de vida está estrechamente vinculada a las aspiraciones y el nivel de satisfacción con respecto a los dominios más importantes en que una persona desarrolla su vida. Existe una interacción entre lo social y lo psicológico, donde lo social influye en lo psicológico a través del sentido que tenga para el sujeto y lo psicológico influye en lo social de acuerdo con la postura que el individuo asume. Los niveles de satisfacción que el hombre alcanza, no sólo dependen de las condicionantes externas, sino también de las internas, es decir, de su autovaloración y la jerarquía motivacional. En la estructura del área subjetiva de la calidad de vida tenemos, pues, como núcleo central, una dimensión psicológica la cual expresa el nivel de correspondencia

entre las aspiraciones y expectativas trazadas por la persona y los logros que ha alcanzado o puede alcanzar a corto o mediano plazo. El bienestar tiene que ver con la valoración del resultado logrado con una determinada forma de haber vivido.

Según Rodríguez-Marín (1995) la calidad de vida es “una evaluación global de la experiencia subjetiva de su vida que hace la persona sobre la base de diferentes áreas de la misma, fundamentalmente de su estado físico, funcional, psicológico y social”. Para este autor la calidad de vida en el enfermo crónico se define como “el nivel de bienestar y satisfacción vital de la persona, en cuanto afectada por su enfermedad, tratamientos y efectos”.

En la actualidad se acepta que tanto la salud como la enfermedad están condicionadas por situaciones que rebasan los estrechos límites del cuerpo y que tienen que ver con el comportamiento individual, el ámbito natural y social en el que el individuo vive y las determinantes económicas de su propia realidad. Lugones (2002) menciona que las enfermedades crónicas como la DM2 para cada individuo se manifiestan a través de estados emocionales, comportamientos y valoraciones acerca de su condición de enfermo, las limitaciones o cambios que la enfermedad le impone y las exigencias de los procedimientos de diagnósticos o terapéuticos a los que debe someterse, crea una percepción y evaluación que hace de su pronóstico y el impacto que la enfermedad trae para su vida actual y futura.

Se hace necesario explicar los procesos que llevan a los enfermos con DM2 a su satisfacción moral, bienestar y felicidad, mediante los mecanismos con los cuales ellos afrontan, resisten e integran los mismos factores que están deteriorando su vida, lo que sólo es posible si se tiene en cuenta su cualidad individual; es decir, la manera particular que cada persona tiene de construir y percibir su vida.

Hasta ahora se contempla los estilos y calidad de vida como el resultado de la manifestación de la cultura dentro de estos también se encuentran la apariencia de la persona al ser un factor que selecciona y acomoda lo racional y corporal y se

concretiza en un estilo y calidad de vida y en las formas de ser en lo social y en lo individual. Al crear una imagen y satisfacer las demandas del otro, buscan una satisfacción inalcanzable debida que el otro se vuelven muchos que observaran el cuerpo de muy distintas maneras y esto a su vez creara una satisfacción personal resentida. López (2000) menciona que la demanda social es la que proporciona un ideal no solo estricto de belleza, si no también de salud que contamina e infecta y crea una dependencia de ello, al ver su cuerpo como algo fuera e inaceptable por los demás que lo observan, por una sociedad que establece al cuerpo sano con una fisiología determinada por el momento, fomentados mediante vestimentas para lucir un cuerpo estético, generan en la persona ideas y hábitos para lograrlo, pero a su vez la presencia de nuevas enfermedades que la persona no contempla a pesar del riesgo para su salud.

Por lo cual cuando las personas se refieren a su cuerpo, hay que comprender el discurso y su interpretación, mediante las palabras calificativas o valorativas como “normal” para expresarse como sano y ajeno a enfermedades o enfermo y alejar la enfermedad. Sin embargo López (2006) menciona que al comprender el discurso del otro de lo sano y enfermo no se debe de entender en un todo simplista de sano y sin ninguna enfermedad o enfermo y que hay que padecerlo y es normal para el cuerpo, el cuerpo no es precisamente vivir en equilibrio y no debe confundirse con la idea de una vida inamovible en la que no se puede experimentar la perturbación del equilibrio, Ya que la experiencia de la enfermedad fortalece nuestra capacidad para enfrentar los embates de la vida diaria y nos permite aprender a desechar las emociones, experimentar y sobre llevar la experiencia de esta, que de otra manera se alojaran en nuestro cuerpo y que tarde se manifestara en un síntoma y después un padecimiento crónico.

Cuando el cuerpo no cubre las actividades diarias y la enfermedad se hace presente se pregunta ¿Que estaré enfermo? ¿Será cierto? ¿Tendré diabetes? ¿El doctor me curara? ¿Por qué fui antes con el doctor? ¿Y porque no lo hice? Porque es tan importante el tema de la diabetes mellitus tipo II (DM2) y de alerta para las personas después de experimentar su diagnostico. Para los entrevistados además

de ser una enfermedad crónica, de cambios e implicaciones en la actualidad la diabetes mellitus es considerada uno de los mayores problemas de salud pública, tanto por el número de personas afectadas, por las incapacidades y mortalidad prematura que provoca, como por los costos en el control y tratamiento de sus complicaciones. Estos factores justifican el desarrollo de estudios no solo para detectar, sino también para determinar el proceso de intervención educativa y terapéutica, en los diversos estadios de la enfermedad y sus complicaciones.

Cuando una persona sufre de algún malestar conocidos como dolores de estomago, fiebre, heridas u otras de menor gravedad se suele acudir a instancias médicas en otros casos se curan con remedios caseros o automedicación, en otras situaciones el acercamiento con el médico se realiza por parte del gobierno para erradicar enfermedades epidemiológicas como el poliomielitis, sarampión, rubéola, entre otras, a través de acciones preventivas como las campañas de vacunación y asistencia médica. Dentro de estos factores de prevención de salud o atención médica se rescata que las campañas de vacunación es un factor preventivo en enfermedades (IMSS, 2006).

Ya que el acudir al médico involucra un costo, una inversión de tiempo, dinero, que no todas las personas puede cubrir, en México el sistema de salud no es en su totalidad un servicio gratuito, López (2000) comenta que no solo es un factor económico por la asistencia médica, también es geográfico el que crea el gasto por la asistencia médica, la distribución de los centros de salud (hospitales o clínicas) se encuentra en zonas ya habitadas o se habita cerca de estos servicios, pero todo tiene un limite para las zonas habitadas y se habita más lejos por lo tanto la distancia entre las zonas habitadas y hospitalarias es mayor, creando los gastos alternos a la atención médica como gasto de traslado, tiempo invertido en el recorrido, además que cuando se realiza las visitas al médico no son de manera individual, ya que suele acudir acompañado por un familiar o amigo del enfermo y por consiguiente los gastos se duplican.

El ser compañero durante el proceso de enfermedad también cumple una función positiva para la persona que fue diagnosticada como persona diabética, al estar presente proporcionan seguridad y apoyo emocional ante una situación difícil como es la DM2, Gonzáles (2003) menciona que el compañero del enfermo al contemplar el proceso de enfermedad que vive enfermo se ve inmerso en la toma de decisiones al ser compañero, apoyo en su búsqueda por encontrar la salud y con ello se vuelven compañeros en el viaje del cuidado médico durante el proceso de salud-enfermedad.

En ciertas ocasiones para las personas la revisión médica es una actividad de papeleo para mantener su trabajo o actividades deportivas, en la escuela para evaluar la salud con la finalidad de confirmar el rendimiento individual como colectivo y productivo como el cumplir con reglamentos impuestos por las instituciones y liberar responsabilidades, López (2000) señala que la asistencia médica ha llegado a simplificar su función de prevenir y mantener la salud a un trámite burocrático al ser incorporado a la industria como seguro de la salud del empleado para formar parte de su producción y obtener ganancias sustanciosas con la funcionalidad de su empleado, al cubriendo un requisito legal ante autoridades, en otra situación la revisión médica permite asegurar la condición de la persona para realizar actividades no exclusivas del deporte también para un rendimiento escolar mayor por los alumnos justificando la responsabilidad educativa a la salud. Encontrando que la razón de asistir con el médico se motiva para mantener un lugar dentro de las actividades que puede realizar diarias de cada persona como lo son el trabajo o actividades físicas escolares.

La salud y su cuidado no solo es una responsabilidad de salud pública debe de serlo en primer lugar de cada persona, puesto que para conjugar el médico y paciente se requiere de la realización de acciones cuya ejecución en primera instancia dependerá de si misma, en ciertas ocasiones dicha acción es llevada por la creencia y fe en la cura de la enfermedad y que solo responderá ante otras opciones cuando las primeras no solucionan su malestar, Gonzáles (2003) y Vargas (2006) mencionan que depende de las creencias que tiene sobre la

enfermedad y esto será la que determinara el tipo de conducta sobre la atención médica a recibir, en ciertos casos estas creencias tienen carga espiritual donde la salud esta en disponibilidad de dios para que prevalezca, pero desconoce los riesgos, al contemplar las creencias en la existencia de Dios o dioses capaces de ayudarlo en los momentos mas acuciantes de su vida o en la fe que se tenga (superstición), en una persona (la madre o el médico) o cosa, (un talismán) las creencias mantiene a la persona en un riesgo para su salud, creencias que dispondrá a la persona en la opción de acudir al médico o no.

Después de que la persona no puede convivir con los síntomas relacionados con la DM2 y sus actividades diarias, y decide dejar de lado sus creencias o remedios caseros o las constantes observaciones de familiares o amigos que perciben que no se encuentra bien y deciden recurrir al médico por el desorden dentro del organismo que alertan que algo se encuentra mal por la serie de síntomas que presentan no se explican el por que de ellos, pero estos síntomas tienen un origen que es la variación de nivel en la glucosa y a la producción de insulina por el páncreas nuestro organismo trata de establecer un equilibrio y es mediante los síntomas que se presentan para lograrlo. Vinaccia y Cols. (2006) mencionan que cada síntoma o alteración tiene una razón dentro del organismo y que alerta que no se encuentra normal y que hay que señalar:

La Poliuria: excesiva eliminación de orina (los diabéticos no tratados eliminan de 2 a 5 litros de orina por día). Polidipsia: ingestión de grandes cantidades de líquidos, debido a la sed que experimenta el individuo, como conducta de defensa contra una deshidratación. Polifagia: ingestión de grandes cantidades de alimento.

La insulina al promover la entrada de glucosa a la célula, provee las condiciones necesarias para la formación y depósito de grasa. Pero al no haber insulina o irregularidad en esta, hay menor lipogénesis (formación de grasa) y mayor lipólisis (degradación de grasa). Y como la glucosa es eliminada por la orina, no queda almacenada en el organismo ninguna sustancia que pueda provocar aumento de peso.

Se llama astenia a la pérdida o disminución de las fuerzas, evidenciada por debilidad general y fatiga muscular. La astenia es física, psíquica y sexual, y en general persiste mientras dura la glucosuria.

Como otros síntomas como mencionan Ravid y Rachmaniv (2002) en relación a la diabetes que ocasiono estragos en su salud como en su apariencia, como perdida de dientes, piel reseca, problemas sexuales en otros la situación de la enfermedad no permite atender otros malestares, ni tratar el que padece por las complicaciones que crea al romper el equilibrio dentro del organismo. De manera que la enfermedad constituye la advertencia de que algún aspecto del crecimiento y el desarrollo están inhibidos o paralizados.

Cuando los síntomas señalan hacia una diabetes, el diagnostico confirman el mal crónico mediante un análisis de la sangre o de orina del paciente, donde se pretende encontrar un desequilibrio en los niveles de glucosa. El diabético confirmado sabe que no hay cura para tal mal y su vida cambiara pero ¿Qué diabetes es? Samaniego y Álvarez, (2006) mencionan que la diabetes mellitus humana es una compleja enfermedad metabólica en la que el organismo afectado no es capaz de asimilar en medida suficiente la glucosa aportada por la nutrición, por lo que los niveles sanguíneos de azúcar se elevan por encima de los límites fisiológicos normales, con la consiguiente la manifestación de síntomas de mayor o menor gravedad. Pocas afecciones producen tantos cambios patológicos y tan diseminados como la diabetes. Y es lo que conoce el diabético y por el momento solo quiere detener sus malestares que impiden continuar con su vida, para ello la medicación es un acto vital para restablecer el equilibrio en su cuerpo y por lo cual es frecuente el consumo, la diabetes es una enfermedad que no puede curarse definitivamente, pero un buen tratamiento permite al diabético disfrutar de la vida y desarrollar su existencia sin grandes diferencias con la población no diabética, y evitar complicaciones inmediatas y alejadas.

Pero la medicación depende del tipo de diabetes, y se relaciona con la pregunta anterior ¿Qué tipo de diabetes es? De manera general se puede hablar de dos

tipos de diabetes como lo menciona Chaparro en López (2008) dentro de la diabetes hay dos principales y son la que permiten categorizar a las demás por los medicamentos y la edad, para la diabetes de tipo 1 llamada insulinodependiente por su característica principal de necesidad de insulina que es proporcionada por la aplicación subcutánea de insulina producida en páncreas de bovinos o porcinos, recientemente por recombinación genética se ha logrado insulina humana. Para la diabetes tipo 2 o DM2 que es la más común los medicamentos son de cinco tipos: las sulfonilúreas, meglitinidas, biguanidas, tiazolidinedionas, y los inhibidores de las alfas-glucosidasas. Dentro de los primeros, sulfonilúreas tienen la función de disminuir la cantidad de glucosa en el torrente sanguíneo, dicho efecto se le llama hipoglucemiante y por su efecto su efectividad solo se necesita de una sola ingesta. y las más conocidas en México es la glimenclamida. Los otros cuatro medicamentos trabajan bajo al mismo principio de sobre estimular a las células beta ya que las células betas están dañadas o muertas y tratan de obligar a sobreestimar a producir insulina, pero su ingesta es de mayor cantidad y su dependencia por consiguiente.

Por lo cual Pérez (2003) e IMSS (2006) señalan que los tratamientos serán según su gravedad de la diabetes, el estado biológico del paciente y su situación económica que le permita acceder a un tratamiento, sin embargo siempre se recurre para su malestar a una dieta. La dieta es la piedra angular para la salud y la diabetes, en algunos tratamientos sólo bastan con la dieta, otros requieren además la administración medicamentos sin embargo Ravid y Rachmaniv (2002) mencionan que en la diabetes mellitus tipo 2 no insulinodependiente, la cual se desarrolla cuando se presenta una deficiencia en la producción o acción de la insulina o se genera resistencia en esta. Y por consiguiente el medicamento que les recetan no es sustituto de la insulina y no es excluyente para las indicaciones dietéticas de la diabetes mellitus. La dieta es la base del tratamiento de la DM2 ya que permite regular los niveles de azúcar en la sangre a través del alimento y previene posible complicaciones a corto plazo (hiperglucemia o hipoglucemias) y largo plazo (enfermedades cardiovasculares).

Los tratamientos que han empleado cada uno de los entrevistados para la diabetes tipo dos han sido variados en donde recurren a ingesta de medicamentos, dieta otra de las opciones que mantienen e incorporan es la creencia en la elaboración y consumo de tes o alimentos específicos dentro de su búsqueda y equilibrio de su salud. Otra aproximación a la enfermedad es la creencia en su cura, López op. cit., al incorporar procedimientos milenarios, pomadas, fomentos, tes que involucran grasas de animales, ingesta de vegetales o la elaboración de tes, originarios de diferentes regiones del país empleados en sentido creciente en los últimos diez años en nuestros tiempos en una búsqueda rápida y económica para el diabético.

En la búsqueda de salud y bienestar por mantener un cuerpo sano y no modifique su economía la persona se encuentra en un constante aprendizaje en el tratamiento, medicación, alimentación e higiene para evitar complicaciones de la DM2 pero también llegan a formular, creencias y mitos en relación a la diabetes González op. cit. menciona que en ciertas situaciones el enfermo no solo se conforma con los medicamentos prescritos, buscan alternativas por lo cual recurren a los mitos o remedios herbolarios para evitar el consumo de medicamentos y satisfacer su necesidad de una buena salud.

Estas nuevas conductas donde involucran nuevas creencias alternas a la medicina, son llevadas como parte de una mejor calidad de vida. Ribes (1990) menciona que los actos se concretizan en una conducta consciente dirigida a la toma de decisión y entendida como nuevos estilos de vida que adopta para el bienestar del diabético. Estas conductas o creencias se concretizan debido a que ciertas situaciones los medicamentos y la situación económica de cada individuo llega a ser costosas y difíciles de cubrir que no percibe el médico, como al establecer dietas con alimentos que no consumen con frecuencia o que llegan a ser costosos para cierta población.

En ciertas circunstancias el tratamiento de la DM2 va más allá de una cuestión económica, o de creencias de cada persona, en ciertas circunstancias el tratamiento depende de política de cada institución, la atención médica se pierde detrás de un escritorio y burocracia, debido que las instancias médicas deben de cubrir con políticas institucionales que generan perdida de tiempo y dinero para el usuario del servicio y promueven la espera de atención medica como confianza de la misma, creando interpretaciones erróneas de la atención médica, como de la institución como actos de interés político y económico. Por lo cual López (2000) menciona que debido a la falta de organización dentro de las instituciones de salud generan interpretación errónea del servicio dentro instancias médicas debido al trato, espera y calidad al servicio de salud que se llega a interpretar como acciones comerciales o políticos, que termina en creencias en las personas que el acudir al médico es una perdida de tiempo, de pésimo servicio o un lujo que no se puede tener, creencias que chocan con la idea principal de las instituciones de salud que es la de prevenir enfermedades y mantener la salud de la población.

Sin embargo estas creencias son dejadas a un lado personas por la experiencia con la DM2 y el acercamiento con el médico es mayor ya que cuando es diagnosticado como una persona con DM2 como mencionan los participantes “el cuerpo debe recibir mayores cuidados” y para ello la frecuencia con el médico debe de ser continua por lo cual la atención que reciben varía de semanas a meses que es establecido por citas por el medico para la revisión de su salud. Al respecto Vargas (2006) como Rodríguez-Marín (1995) mencionan que la disponibilidad de la persona al acudir al médico aumenta debido a que se justifica por un malestar que han experimentado y obliga a la persona a ser más dedicada a mantener su salud, como evitar reclamos, problemas familiares y económicos futuros.

Después de lo experimentado por los participantes les permitió tener una nueva realidad corporal después de la enfermedad, donde implica una nueva diversidad de dificultades y el cuerpo no puede verse con una sola lectura. Al incorporar la

atención médica, higiene y alimentación al significado del cuerpo, asumiendo una responsabilidad individual como grupal al compartir un contexto cultural, político y social. López (2000) menciona que debido a que el ser humano comprende su universo y orienta su conducta sobre la base de estos procesos mentales que en rigor son los mismos en todas las culturas pero con resultados diferentes, donde la estructura social no está relacionada con la realidad empírica, si no de los momentos que se han construido a partir de ésta. Quien crea una percepción de su cuerpo y la vida de este en base a sus necesidades independientes de los demás que se propone realizar una vida sin importar la enfermedad existente mediante el tratamiento adecuado.

Pero también López (2006) menciona que el presente cambia a partir de la enfermedad al crear un gran receptor de nuevas redes y procesos internos que demandan nuevas explicaciones y especialmente intervenciones que den opción de construir un nuevo proceso de relación con el cuerpo del individuo. La construcción de un cuerpo con diferentes sintomatologías y padecimientos es el reto de romper con la razón cartesiana. Mencionando que cada cuerpo hace lo cual hace y con el crea una memoria dentro de él con el tiempo, pero este se produce por la sociedad de nuestros días es algo más imperfecto, crónico degenerativo, por la tensión, el estrés: duerme poco y come peor.

Si bien es cierto que el cuerpo humano es una de las tecnologías más complicadas y complejas, también es cierto que podemos descomponerlo y desajustarlo de la forma más sencilla y la idea de lo corporal que conciben los hombres y las mujeres en las diferentes culturas. Y por consiguiente lo corporal y cultural crea una unidad indisoluble y no es posible pensar el uno sin.

Si bien la diabetes ocasiona estragos en el cuerpo también permite crear un significado mediante las experiencias de los participantes sobre el cuerpo y enfermedad cual me atrevo realizar: el cuerpo humano es un organismo en equilibrio de salud y enfermedad que permite el desarrollo de la persona mediante

sus actividades de acuerdo al tiempo de vida que presentara su deterioro por el mismo tiempo y que la enfermedad es una experiencia de aceptación y valoración que permite reevaluar las situaciones que se ven inmersas en la responsabilidad de la propia persona. Por lo cual el cuerpo debe estar preparado físicamente para no dañar la mente y viceversa. La percepción del concepto de cuerpo es más de construcción social, indisoluble del contexto en que vive. Pero también al evaluar lo que le ocurre dentro y fuera del cuerpo regularmente llega a interpretar y a formular conclusiones acerca del proceso de salud-enfermedad y el bienestar de su cuerpo como elaborar creencias que puede o no confirmar en dependencia de disponer conocimientos suficientes o de recursos médicos a su alcance, lo que lleva a no solo recurrir una sola característica en la medicina y la salud, si no en los aspectos que abarque en su salud.

2. Las experiencias de hombres y mujeres que padecen Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) en la construcción del significado de genero.

Definir que significa ser mujer u hombre involucra aspectos culturales y sociales, además del momento en que se sitúa en el tiempo como la interpretación del significado dentro del núcleo familiar. La familia formula el rol que desempeñara dentro de la relación de la pareja que surge del desapego la primera relación que conoce que es la familia, siendo la célula básica de la sociedad, que constituye la matriz psicosocial para adquirir conocimientos, tradiciones, costumbres y maneras de relacionarnos con los otros, lo cual designara nuestro rol dentro de la futura relación social conocida como matrimonio, con ello Macias y Méndez(1995) como Medina (2000) mencionan que dichos vínculos afectivos, asignación de tareas y conductas asignadas a ser hombre o mujer es una construcción social del genero que surgen dentro de la familia.

En la familia se toma como figura de aprendizaje a los padres, Fernández (1998) y Montesino (2002) mencionan que son precisamente los adultos en especial los padres encargados del proceso de socialización de los niños y jóvenes pues

establecen y señalan los estereotipos ideales (establecidos y permitidos) que la sociedad espera de sus hombres y mujeres. Por lo cual los adultos son los emisarios de la cultura tradicional donde pasa su legado a la nueva generación con sus defectos y virtudes que marcaran el orden inicial.

Hablar del momento cuando el individuo desea formalizar una nueva vida mediante el matrimonio o unión libre es partir de la separación física y emocional de la familia inicial como menciona Fromm (1997) la separación del individuo es a partir del deseo de iniciar una relación independiente de sus padres que inicia de la separación de ellos para formar una nueva familia y esta creara otra e independiente de la que fue creada. Con ello se forma la idea de la relación con lo cual concuerdan tanto el hombre como la mujer que dicha relación será de equidad, respeto, comunicación y apoyo dentro de ella sin embargo se empieza a crear una percepción diferente de acuerdo a las actitudes que adquieren cada uno de ellos a partir de la relación que inician como pareja. Para constituir un vínculo habitual con vocación de permanencia, dirigido, por su propia finalidad de convivencia y colaboración de los cónyuges en un hogar, formando una familia en cuyo seno nacerán y se criarán los hijos.

Dentro de la familia la mujer se vera así misma como la responsable del hogar, de los hijos, compañera emocional y sexual de su pareja. Mientras el hombre percibe a la mujer de manera exclusiva del hogar, con el derecho a superarse a si misma, que tiene que defenderse de acuerdo a las situaciones que se presente, sin perder sus características emocionales de la mujer. Por lo cual la mujer se establece en función a las demandas del matrimonio y la responsabilidad del hogar por la instauración social que han sido creadas por la tradición y por las condiciones en que las mujeres se han desarrollado, ya que el papel universal de las mujeres exige que sea el apoyo y la guía de la familia. Se puede mencionar que en ciertos casos la pareja influye en ser mujer siendo la persona que corregirá, apoyara y dispondrá de contrastar ideas de las actividades del hogar y las compartidas con la pareja. Souza - Machorro (1996) se refieren a la pareja como el apoyo entre

ellos para un desarrollo mutuo y de retroalimentación en las funciones del hogar para establecer la función de cada uno de los miembros para no llegar a retomar el papel de uno por el otro.

Al aludir al hogar y sus actividades queda explicito que el papel de la mujer radica con la construcción sexual de género, la función de la mujer es igual a desempeñar actividades dentro del hogar por lo tanto Ibarra (1998) menciona el papel de la mujer es dentro del hogar además de situarla en un contexto de compañera social y sexual del hombre, madre que cuida y atiende a los hijos como proceso natural, como de igual manera inculcar normas y la formadora de la personalidad de los hijos, siendo así principal responsable de transmitirle la cultura y la estructura social que asimilo en su familia. Y por lo tanto Gómez y Parker (2000), refieren el hecho de ser mujer la que lleva la base familiar lleva la cualidad de ser la que más se esfuerza por el sostén de la familia.

Nadie duda de las diferencias fisiológicas (fuerza, altura,...) entre los hombres y las mujeres para definir la relación en base al de genero, que ha encasillado al hombre y la mujer limitando los patrones de comportamiento, deseos y potencialidades sexuales de manera desigual a mujeres y hombres, y que se relaciona con la sexualidad. Burín, (1999) mencionan que el genero individualiza a la mujer como madre-esposa con determinadas actividades y cualidades de dependencia, conformidad y emotividad son esperadas en las mujeres por lo tanto es común encontrar lo que nos señala varias personas. Lagarde op. cit., menciona que las mujeres deben vivir a espaldas de los otros y de ellas mismas, como seres de otros ya que al referirse como seres de armonía y defensoras de su persona, pero en la réplica de algunos otros la mujer debe ser comprensiva y con ganas de superarse, ¿pero para quien? Las mujeres proponen conformar a su género como un sujeto social y político, y lo están haciendo al nombrar entre ellas y frente a los otros sus semejanzas, al protagonizar sus propias vidas habitadas patriarcalmente por los otros y lograr en derecho a intervenir en el sentido del mundo.

En comparación con el hombre que se percibe en relación con la familia como base de sustento y apoyo de los hijos, como ser fuertes y responsables, también que cuentan con un valor moral de cumplir su palabra poniendo en juego su honra, que al no cumplir deja de ser un hombre. Pero tiene que demostrar a la sociedad que en verdad es hombre y por lo cual debe de cumplir con su palabra. La cualidad desde el hombre involucra responsabilidades y actitudes que contrastan con la imagen creada por las mujeres visto como un ser superior a ellas mediante la fuerza al someterla con violencia, oportunistas e infieles que aprovechan de la relación para satisfacer sus necesidades, ahora bien en ciertas situaciones el hombre al compartir experiencias ante situaciones negativas o positivas le permite referirse como un igual, que permite ser aceptado y valorado por la pareja e incluso la envidia de otras mujeres por el hecho de tratar como igual a la mujer en contraste al clásico hombre que mantiene el género de superior y conservador de ideales machistas.

Montesino (2002), habla del carácter protector del hombre donde primero debe defender la integridad de la mujer, y segundo mantener la integridad de su familia. Sin embargo, esta, protección ha de ser la proveedor familiar, este rasgo alude a una función social asignada a ser hombre. Hite (2002), encontró en su estudio que realizó en 1981, que muchos hombres tienen la fija creencia de que deben de ser financieramente capaces de sostener a la familia y esto se vuelve a presentar más tarde con lo que afirma sobre las características de ser hombre. Las características de ser leal, sano responsable, trabajador ser conciente todas estas son como los ideales que se espera tenga el varón incorporados en su personalidad, pero llama la atención el hecho del carácter emocional de el donde Kaufman op. cit., sostiene que en la adquisición de la masculinidad es un proceso mediante el cual los hombres llegan a suprimir sus emociones y necesidades las cuales no desaparecen; simplemente se reprimen y no se les permite expresarlas lo cual sería saludable para los que rodean y son cualidades que no mencionan al igual que las mujeres, tal vez si es que eliminamos estas emociones podrían quitar

la capacidad de control, del dominio y poder sobre los que rodea, por lo cual al referir a ser hombre y establecer que sea: fuerte, responsable e independiente de los padres, con dominio, de control en su vida y de su familia.

Al referirse al tema de machismo lo realizan al mencionar las características, cualidades y actitudes que han experimentado y que identifican dentro de la relación de pareja y emplean para definir al hombre, por ejemplo: al adjudicarse derechos sobre las mujeres para evitar responsabilidades, someter y violentar la imagen de la relación como pareja. Y retoma la omisión de la expresión de las emociones dentro del hombre que menciona Kaufman y las actitudes de ellos sobre las mujeres al reprimir los sentimientos en el hombre y que son una cualidad dentro del machismo. Al sustituir las muestras de cariño por agresiones verbales físicas y psicológicas que impiden mostrar lo que en verdad se piensa y siente. Situación que conocen, mujeres como hombres ya sean por experiencias propias o ajenas que les permite relacionar el concepto y valorarlo, incorporándolo en sus discursos y se relacionado con el significado encontrado: el machismo es un conjunto de conductas, prácticas sociales y creencias destinadas a justificar y promover actitudes discriminatorias, sexistas e impositivas del sexo masculino sobre el sexo femenino, y a los que exhiben comportamientos de género femenino, no siendo mujeres refiriéndose a los homosexuales masculinos (wikipedia.com).

Mientras que el referirse sobre el feminismo que se define como un movimiento de las sociedades occidentales surgiendo en el siglo XX. Es un conjunto de teorías sociales históricas, pasadas y presentes, motivadas principalmente por la experiencia de las mujeres (wikipedia.com). Siendo un movimiento a favor de la igualdad de derechos y de oportunidades entre hombres y mujeres. Es un tema desconocido o interpretado erróneamente como una actitud similar al machismo ejecutada por la mujer, al establecer el poder en la mujer mediante el dominio de la familia e intereses centrados en ellas ya que el feminismo niega la “inevitabilidad” de la superioridad del hombre tanto en el ámbito profesional como

en el personal, afirmando que esta dominación masculina sobre la mujer no surge de una superioridad física o intelectual, sino de una amplia gama de estereotipos relativos al sexo.

Las experiencias de los participantes han demostrado las diferencias que hay de acuerdo al género dentro del matrimonio, pero estas aumentan cuando se presenta alguna enfermedad en algún miembro de la pareja, pero para las mujeres en situación de enfermedad es más notoria que han establecido la familia y la pareja por la sociedad y la tradición.

Al referirse a la mujer y la enfermedad es una situación a la cual debe estar preparada, con medicamentos, dieta o descanso que será breve para hacerle frente a las actividades que son su responsabilidades, como su familia y su esposo, la enfermedad no es una situación que involucre un descanso prolongado que obligue evitar actividades del hogar ya que no sería bien visto por la pareja, la idea del rol de mujer instaurado por la sociedad y no permite que este enferma. Siendo así como perciben a la mujer en el momento de enfermedad para algunas mujeres y hombres.

Mientras para el hombre sobre la mención de la mujer enferma hacen referencia de una "cura" para ellas y es el trabajo, el hombre cree que la mujer enferma encuentra su cura en el trabajo, además la diferencia entre el cuerpo masculino y femenino crea que la atención medica también debe de serlo y por consiguiente la atención en su salud radica en ella misma y de sus iguales. Para algunos otros hombres y mujeres creen que la enfermedad es un derecho para ambos.

Pacheco (2004) menciona que las mujeres sufren con mayor frecuencia enfermedades de todo tipo, especialmente enfermedades crónicas, en comparación con los hombres por lo cual la división del trabajo de acuerdo a su genero y sus componentes o elementos sociales que inciden directamente a reproducir características tradicionales de genero de ser mujer u hombre, por lo

cual se puede confirmar que el significado de mujer para ellas lo simplifican como “el apoyo de la familia” y evitan que la situación de enfermedad cambie su significado.

Se ha escuchado que expresan que las mujeres viven más que los hombres, al respecto Ramírez (2001) menciona que casi en todos los países del mundo se ha comprobado este hecho, pero con ello se realiza la afirmación que las mujeres sufren con mayor frecuencia enfermedades de todo tipo, especialmente enfermedades crónicas, en comparación con los hombres. Las causas de la enfermedad tienen una relación íntima con el ciclo vital del individuo y su ámbito social donde desarrolla su trabajo, por lo cual las respuestas se relacionan con la interpretación cultural y social, más que cualidades biológicas de la especie humana., El entorno de género y la mujer enferma se refiere que no debe de haber por las demandas del hogar y los miembros de la misma. Por lo cual se puede examinar de manera provechosa como predictor potencial de la enfermedad y particularmente, posteriormente a la enfermedad después del tratamiento a las actividades que envuelve el rol de ser mujer dentro del hogar al no permitirse que se enferme ya que con ello relacionaría su papel en hogar y su familia con el fracaso y no se pueden permitir. Con esto se nota que existe una firme relación como pilar del hogar a la mujer y por tanto lleva consigo una serie de responsabilidades.

Ser diferentes no establece ninguna desigualdad. En algunos de los aspectos, la mujer se encuentra naturalmente dotada, en otros es el hombre quien tiene una ligera ventaja, pero estos pequeños aspectos no suponen ninguna brecha que impida la ejecución de cualquier tarea o cumplir un rol que tradicionalmente esté asociado al sexo.

Mientras Samaniego y Álvarez (2006) menciona que la mayoría de las explicaciones se concentran en mecanismos biológicos, tales como diferencias

genéticas y hormonales, pero esta cada vez más claro que los factores sociales y psicológicos son también importantes, un ejemplo de esto es las diversas estrategias que hombres y las mujeres emplean para hacer frente a la enfermedad con sus labores del hogar o las demandas laborales que se ven inmersas. Mientras el factor psicológico de las mujeres tiende a centrarse en los aspectos emocionales del dolor que experimentan y los hombres tienden a centrarse en los aspectos sensoriales, en las sensaciones físicas que experimentan.

Ahora bien para algunos otros (as), el hombre enfermo son personas incapaces de mantener sus deberes y responsabilidades, como incapaces, quejumbrosos e inútiles para mantener sus propios cuidados para mantener la salud, como dependientes de la pareja para salir, contraponiendo a las referencias del hombre enfermo que mencionan ellos mismos Sin embargo en algunos hombres el estar enfermo involucra estar preparado para sacar adelante a su familia y sus responsabilidades de satisfacer a la familia.

Sin embargo para la mayoría de mujeres y hombres la descripción sobre el hombre enfermo cambia y se refieren a él como: un ser chillón, gandalla y exagerado por la situación, se vuelve envidioso de la salud que no permite realizar sus actividades aunque mencionan que la enfermedad no es un factor por el cual deban someterse a la cama por las actividades laborales, como el de maltratar o someter a la mujer con la enfermedad de ellos mostrando que las cualidades entre hombres y mujeres se mantienen al depositar la responsabilidad de atención médica sobre ellas ya que son atentas y delicadas en estos aspectos en comparación con los hombres como individuos toscos y desinteresados.

Las respuestas que se encontraron no solo hacen el informe de las mujeres y la enfermedad a través del curso de su curso y vida evidente de la diferencia entre mujeres y hombres. Sin embargo Ramírez op. cit., menciona que las mujeres más y menudo se enferman y su duración más larga comparado en comparación con

los hombres. Por lo cual al haber diferencias en mujeres y hombres se conoce como piensan, viven y sienten el periodo de enfermedad.

En la diabetes, como en cualquier otra enfermedad se observa las diferencias que experimentan cada persona. Vargas (2006) y Samaniego y Álvarez (2006) al respecto mencionan a manera de ejemplo que los adultos, tienen mayor problema para mantener un tratamiento ininterrumpidamente, existe una clara evidencia al presentarse en condiciones críticas de salud para acudir urgentemente al médico, pero han observado que la mujer es la que acude a sus consultas, tratamientos o cursos relacionados a la salud con mayor frecuencia en comparación con el hombre.

El género facilita la manera en el que se decodifican el o los significados que las diversas culturas otorgan a la diferencia de haber nacido como mujer u hombre; Con lo cual Scout (1996) menciona quien establece el género, establece y regula las construcciones culturales así como la creación social de ideas que se tienen sobre los roles apropiadas para mujeres y hombres.

La sociedad impone sobre el cuerpo, a partir de su anatomía y de su sexo, una identidad de género y de personalidad. Esta identidad definirá el uso de su cuerpo en el mundo real, en base a esto la distinción entre mujeres y hombres. Jiménez (1999) menciona que la construcción de género es el resultado de la forma en como se articulan las maneras de representar las diferencias entre los sexos, y de asignar a esas diferencias un estatuto social.

Sin embargo se nota cambios en los ideales o pensamientos en mujeres y hombres al mencionar una igualdad entre la mujer sana o enferma con el hombre y que tratan de cambiar la imagen establecida por roles generados por la sociedad y que son muchos que todavía mantienen. Montesino op. cit., argumenta sobre el cambio cultural que se ha desatado en los últimos años donde el mexicano moderno demuestra tener un retraso para asumir que el hombre no es superior a la mujer, sino biológicamente diferente; tal vez esto sigue presentándose por la

sociedad machista en la que se vive y sus ideales de masculinidad caducos. Y se relaciona con lo de Valdez, Córdoba y Sapién (2003) que las condiciones limita y estereotipa patrones de comportamiento que esta relacionada con la sexualidad y esto se ve influido por factores como la edad y la época.

3. Relaciones de pareja.

La relación de pareja involucra una serie de eventos que valoran la relación e íntimos. Las mujeres y hombres concuerdan que la relación de pareja para ser buena y estable es mediante el conocimiento de la personalidad del otro y como de igual manera una buena comunicación para una equidad entre ambos. Al comprender lo subjetivo del otro permite interpreta la comunicación mediante el mensaje que levanta las barreras que separan a la paraje permitiéndole la comunión de ideas, sentimientos, etc.

Al respecto Gómez (1992) menciona que cada individuo cuenta con sus características específicas de personalidad las cuales se manifiestan directa o indirectamente en cualquier tipo de relación dependiendo de cuán intensa sea esta, por otra parte para que exista una relación de respeto e igualdad es imprescindible respetar los derechos fundamentales de cada individuo.

De acuerdo a Sternberg, (1998) y Fromm (1997) la equidad es la proporción a lo que reciben, que ocasiona en la persona se sienta atraído y experimenta una mayor intimidad hacia aquellas personas que pueden mantener una relación equitativa. La mención de equidad o igualdad en la relación de pareja no puede llegar a ser total ya que debe de cubrir cada quien su papel a desempeñar, al ser una mujer u hombre y la igualdad no esta en ciertos casos. Al respecto mencionar que la ausencia de igualdad la relación no puede durar o aparentar que existe pero solo perpetúa el nombre de relación, no su contenido, ya que el carácter subjetivo de la relación ya no existe.

Hay que mencionar citando a Corominas (2002), el cual retoma la definición de pareja como una estructura vincular con alto grado de especificidad, con un nivel elevado de complejidad que tienen como fin la creación de una nueva familia. Esta definición solo nos permite conocer como se define y entiende la pareja pero me parece algo reduccionista ya que se excluye algunos factores como los sociales y culturales los cuales influyen mucho en la construcción de la pareja así como los factores psicológicos subjetivos que cada integrante maneja. Además que sucede con las parejas que duran poco y no se mantiene en la familia.

La duración de la pareja circula en ciertos casos en la seguridad de la pareja, la confianza dentro de la relación que evita caer diferencias o dentro de los actos de infidelidad propiciando una separación en la pareja y la familia que marca adaptar nuevas actividades y responsabilidades como el daño emocional de desconfianza de la pareja. El impacto en estas áreas dependerá de cada situación en particular. Ante estos cambios, la familia es capaz de reorganizar su estructura y lograr nuevas síntesis (Corral, 1997), lo que permite entender el surgimiento de nuevas tipologías de familia acorde con las transformaciones sociales actuales.

Gómez (1992) Cuando nos referimos a la infidelidad y creemos que olvidamos y superamos la infidelidad al hacer frente de las situaciones que hacen frente a la cotidianidad y se continua como si nada hubiera sucedido, pero cualquier cambio que sea, se lanza la respuesta de abandono fuerte y directa, con lo cual se refiere me engañaste, y esto se puede llegar a descubrir que fue lo que pasaba en la relación para una pareja fuese infiel, que las implicaciones del conflicto en la relación marital y el divorcio como consecuencia común de la incapacidad para superar las diferencias en la pareja como un hecho vergonzoso.

Para referirnos de infidelidad hay que mencionar sobre el mecanismo creado por la sociedad para garantizar la fidelidad institucionalmente, ha sido el matrimonio para referirnos a la vida en pareja para establecer la infidelidad la acción de alguno de los miembros de la pareja con un tercero ajeno como lo menciona Ubando (1997).

La separación, divorcio o abandono, las parejas reflexionan sobre aspectos del abandono tales como: la personalidad propia y del otro, o la importancia de establecer un compromiso matrimonial, la calidad de las relaciones íntimas o la influencia que los futuros cónyuges tendrán de sus respectivas familias de origen. A pesar de que ya la ruptura de la pareja por abandono por uno de los miembros y la experiencia en el momento de su vida causa una herida por la marcha de su compañero.

La infidelidad la viven mas las mujeres ya que involucra el sometimiento de pareja que el hombre justifica como su papel, Sternberg (1998) menciona que más que una actitud la situación de infidelidad sucede desde la simple curiosidad de experimentar entre parejas, el stress, la falta de deseo o pasión, comprensión, las frustraciones sexuales, el desvanecimiento del romanticismo inicial y los conflictos no resueltos de la vida cotidiana son el caldo de cultivo en donde crece la infidelidad y a la que todos estamos expuestos. Sin embargo el acto de infidelidad es llevada acabo en mayor cantidad por los hombres y acrecentar un derecho fundamentado sobre este y lo cual para ellas es una vergüenza expresar cuales son las razones del abandono e incluso las desconocen ya que cuando se refiere a ello suelen expresar “no se, porque si todo lo tenían”

Sin embargo la infidelidad no es un hecho aislado dentro la ruptura de la pareja Macía y Méndez (1997) se refieren a problemas como los desajustes entre expectativas y realidad al vivir juntos, el aburrimiento, la monotonía de la rutina, cambios significativos o imprevistos, el desacuerdo en temas importantes o discrepancias en ideología acentuados por la familia, diferencias en el grado de intimidad deseado, divergencias en las creencias religiosas, etc.

Respecto a problemas con la familia, los hombres se enfrentan ante tal situación al defender su nuevo núcleo ante los miembros de la demás familia de la pareja, Burín (1999) mencionan que debido a que la familia de la pareja la intervención es parte de la estructura debido que comparten el mismo techo y toda comunicación

tendrá en parte en relación debido a la participación de su esposa con su familia y el como pareja ya que compartir tendrá y aprender que cada familia tiene sus propios días de fiesta, tiene sus valores, son mas permisivas o mas abiertas y otras mas restrictivas o mas cerradas, etc. Por lo cual el hombre como pareja tendrá que buscar soluciones para una buena relación, Maciá y Méndez op. cit., los desacuerdos por presiones de la familia, la pareja tiene que buscar una solución mediante sus habilidades de comunicación y continuar con su relación mientras alguno de los miembros de la relación no quiera imponer su dominio sobre el otro y mientras esto no se una razón fuerte de separación y facilite la reconciliación de la pareja no puede ser razón de peso para una ruptura.

Así de igual manera dentro de la relación de la pareja hay que mencionar que la presencia de violencia y agresión dentro de la pareja deja de ser de relación por el de sometimiento y llega a confundirse, sin embargo la diferencia entre la violencia y la agresión es distinta de acuerdo a quien la vive, la mujer se vera sometida por la fuerza del hombre, mientras que el hombre será sometido de manera psicológica y verbal. Finkelkraut (1985) menciona que la acción de superioridad dentro de la relación de la pareja como los derechos unidimensionales de represión, un derecho adjudicado en base a ser hombre o mujer y se manifiestan agresiones físicas o verbales dentro de la relación.

Sternberg (1998) menciona, si partiéramos de la base ideal de que una relación entre dos personas es simétrica, la violencia (no necesariamente física, puede ser psicológica o emocional) siempre va encaminada a modificar ese equilibrio, a que a través de la fuerza se anule el porcentaje de influencia de la otra persona. En el caso de violencia se da un componente importante que es la de posesión y que va encaminado a dominar e imponer totalitariamente una serie de parámetros.

Porracin, (1993) menciona que el tiempo y la convivencia la que darán cambios, que incluso modifica el nombre de la relación, de pareja pasamos a la separación, a ser ex pareja, o a ser el ex de tal o cual persona y en el cambio de la denominación se ha modificado también la base sentimental, quiere decir que podemos dejar de querer o pueden dejarnos de querer la pareja. Sin embargo reconocemos porque en esta etapa de separación de repente aparece una nueva ilusión, tal vez por otra, o por seguir adelante nosotros mismos y nos damos otra oportunidad de vivir mejor.

Si la percepción de la relación de la pareja vierte en la relación y el trato entre la pareja como “normal” no solo en base a la personalidad del otro, comunicación y la equidad además el respeto que lo concilian como mediador para una relación tranquila. Donde la buena relación debe reunir ciertas características las cuales deben estar basadas en los mismos derechos humanos de cada individuo. Souza - Machorro (1996) Los agrupan en siete; a saber: Respeto: Escuchar a la pareja sin juzgarle, ser comprensivo/a y proveer apoyo, apreciar y validar las opiniones de la pareja Negociación y Justicia: Intentar lograr resoluciones mutuas para la solución de los conflictos, promover y aceptar cambios Aceptación de las Diferencias: Ser flexible a la opinión de la pareja y ser repetidas a los cambios, aunque sean inesperados. Las responsabilidades compartidas: lograr mutuo acuerdo sobre la división justa del trabajo del hogar y realizar juntos las decisiones que afecten a la pareja. Comportamiento sin Amenazas: Conversar o dialogar de manera pacífica promoviendo un clima de seguridad para que la pareja se sienta comodidad al actuar y expresarse. Vida Responsable en Pareja: Compartir la responsabilidad de cuidar su salud física y emocional siendo un ejemplo positivo y no de violencia.

En otros casos la situación de salud ocasionaba un trato mejor para mantener con bien a su pareja, el contemplar a la pareja como un ser inferior por una enfermedad proporciona una actitud de servicio superando la relación de pareja. Corral (1997) menciona que las consecuencias de la enfermedad en la pareja

hace a los miembros de la relación que el cuidado del enfermo sean positivos y beneficiados por el afecto y la abnegación que caracterizan las prácticas de las mujeres, siempre que éstas reciban el apoyo necesario de otros miembros como médicos formales e informales que procuren alivio y descarga de sus tareas. Pero Martínez y Fernández (1994) señalan que dependiendo de la situación estresante y su magnitud (desde los altamente traumáticos, pasando por los sucesos vitales mayores y los estresores ambientales, hasta los contratiempos cotidianos), que estén implicados será el apoyo y protección familiar, Ya que las emociones pueden distorsionar la conducta del paciente y hacer que tome decisiones o adopte actitudes que, en realidad, interfieren en el proceso de curación.

El respeto dentro de la relación es una constante para que sea equilibrada y funcional Pero esto debe de estar presente durante el transe de enfermedad como la equidad, como comprender que la enfermedad no debe de crear cambios significativos en su vida como en la relación. Sin embargo el trato cambia con el tiempo en la pareja cuando presentan alguna enfermedad crónica como la DM2 debido por la constante atención medica y alimenticia del enfermo y se llega a olvidar las cualidades emocionales de la persona y genera un sentido de abandono y a quienes afecta en su entorno. Para otros la atención ocasiona que se perciba como una persona incompleta dañando su autoestima en un futuro. Además de la relación con la familia carga los problemas de enfermedad y de pareja, que genera estrés y podía ser causal de una separación en la pareja o complicación del padecimiento. Sin embargo el trato que se proporciona dentro de la pareja durante la DM2 no suele generar conflictos e interpretado de manera negativa, también es un acto de compromiso cuando el enfermo se vuelve el que cuida a otro, reconociendo el esfuerzo del otro cuando recibió su atención y cuidados, sin embargo esto puede crear un circulo vicioso por satisfacer un sentido de responsabilidad y de dependencia para el que cuida y quien cuida.

Porracin (1993) menciona la reciprocidad es uno de los elementos esenciales que explican las dinámicas de las parejas. Cuando se comienza una relación el

número de situaciones agradables que recibimos y vivimos con nuestra pareja (detalles, sorpresas, sexo, pasión, emociones positivas, actividades placenteras,...) hace que tendamos a comportarnos de la misma manera, intentando agradar y realizando cosas que pensamos pueden gustar a la otra persona, esto favorece a su vez que nuestra pareja actúe de la misma forma. Esta reciprocidad positiva hace que la pareja se sienta satisfecha y pueda surgir una relación más estable.

Para algunos otros que experimentaron la DM2 solas por la relación agresiva y violenta o por falta de apoyo que culminaron en el rompimiento de la pareja y deciden reconstruir su vida generan problemas en el momento que deciden establecer una nueva relación, no tanto por la experiencia de la DM2, si no por el sentido de desconfianza para formar una nueva relación, por temor de vivir una experiencia similar, sin embargo esto se presenta más en mujeres ya que los hombres las experiencias de violencia se ven como una señal que hay que tomar en cuenta pero no restringirán que la relación se desarrolle, mientras para las mujeres es una alerta constante ante cualquier manifestación de violencia por parte de su nueva pareja generando desconfianza e inseguridad por parte de ellas y tendrá como resultado que no se formalice una relación. En otras situaciones al reconocer sus virtudes y defectos de la pareja decidirá aceptarla a pesar de sus experiencias. Por lo cual Rage op. cit., habla que cada persona aun siendo similares hombre-hombre o mujer-mujer las experiencias que viven de la angustia, alegría, del éxtasis, temor, regocijo y lágrimas que genera, que guardan del progreso y evolución de la pareja, y la importancia de tener relaciones interpersonales sanas, pero el problema surge en comprenderlas, ya que cada persona las enfoca desde su propio yo, de acuerdo a sus propias percepciones, metas, sentimientos y suposiciones sobre sí mismo y su mundo. Sin embargo la mujer mantiene esta característica de alerta ante nuevas relaciones que no permite establecer nuevas y se mantiene sola a pesar de que las características de ellas de ser sociales, amables, cariñosas, etc. de la mujer,

Jung (1992) menciona que la soledad es un fenómeno poco frecuente sin importar quien la viva, pero basado la mayor parte de las veces en motivos externos (enfermedades, sentimientos de culpa). Una de las causas más frecuentes es la desconfianza ante la relacionalidad, es decir, la incapacidad para establecer relaciones personales. Asimismo la soledad, involuntaria o aparentemente elegida, es un trastorno psicosocial (hastío del mundo) que indica el inicio de determinadas etapas vitales, como la pubertad o la vejez. Sin embargo Ubando op. cit., menciona que es necesario interactuar con otras personas. Para ello las interacciones entre los seres humanos, tienen una especie de nivel; por ejemplo el nivel mas bajo es el odio, seguido de la indiferencia, después la tolerancia, el respeto, y en la cúspide encontramos casi siempre el amor, el cual solo se ve superado por el fanatismo. Es mas, nuestra sociedad casi siempre espera que tengamos el mismo nivel de interacción entre las personas, por ejemplo, cuando existe alguien que nos odia (sin importar la razón), los demás esperan que nosotros también odiemos y no siempre es así. Es más muchas veces se presentan la relación entre dos personas donde uno de los dos ama y el otro odia, lo cual es clásico en el rompimiento de pareja. Es mas, si las dos personas presentan el mismo nivel de interacción, se les puede catalogar, por ejemplo, si los dos presentan odio son enemigos, si los dos aman son amantes, novios o pareja, etc.

Pero en ciertas situaciones la violencia y agresión superan la soledad y no importa si es la mujer o el hombre que la vive. generan rompimiento de la pareja o soledad pero también la necesidad de compañía Fernández (1998) dice que las persona toleran cada día más el trato y emocional con tal de no sentirse solos, por que hemos comprado la idea de una vida compartida y en compañía que nos hace pagar casi cualquier costo, no es extraño entonces que vayan en aumento las historias de personas con un sentimiento de profunda soledad pese de vivir acompañadas y busque maneras de acercarse con otros, en otros situaciones recurren al circulo familiar para convivir alejada de las responsabilidades de un enfermo, su hogar y miembros de la familia.

Por lo cual siempre tratan de crear capacidades iguales dentro de las relaciones, Fernández (1998) y Jung (1992) mencionan que debido al estereotipo que se formula al entorno masculino donde los rasgos como independencia, actividad, dominio y competencia crean la imagen de la perfección dentro de una relación sin embargo se suscitan los cambios dentro de si mismo y crea otros cambios dentro de la otra persona, su pareja. La mujer como el hombre se crea un estereotipo. Y como pareja funciona si las relaciones de género están dadas por la división del trabajo, el poder y los vínculos emocionales, cuando se rompe los vínculos afectivos y emocionales la identidad social de género se disuelven y se manifiesta en la separación de la pareja. El rompimiento de la relación no solo es una percepción de una mala relación, ya que las distribuciones de las actividades se canalizan a un solo miembro de la relación que, queda en la familia. Por lo cual la separación crea un impacto significativo en al menos tres áreas de la vida de la pareja y de la familia: 1) en el bienestar psicológico y emocional, 2) en la situación económica y financiera y 3) en los arreglos de custodia de los hijos

Si bien la pareja es un círculo que involucra sentimientos, de compromiso e igualdad, también crea en un intercambio de situaciones en relación de la vivencia en que se involucra, adoptando ciertas funciones en relación de situación social, económico y cultural para el rol a desempeñar de la mujer y el hombre.

Schwartzmann, (2003) menciona que esto significa que simplemente la admisión de un balance honesto en que el debe y el haber - como en cualquier otra persona madura - muestran pérdidas y ganancias en una recuperación de los valores familiares que el primer impacto de la enfermedad apareció a los cambios que somete en general a la familia y están aprendiendo así a vivir bien con su diabetes y es difícil obtener una victoria sobre un padecimiento crónico hasta que éste no se acepte y que aceptaron al verse apoyado por su familia.

Por lo cual Serrat y Costa (1987) sugiere que la relación de pareja la convivencia no se debe confundir con la llegada a la meta, sino con la línea de salida de una carrera de obstáculos, donde la mejor habilidad es la comunicación y la mejor estrategia la cooperación. Al referirse al apoyo de la pareja frecuentemente vive experiencias que hacen que se requieran modificaciones a su interior, la manera de comunicarse de los miembros de la pareja influye en su interacción y puede facilitar o dificultar la interacción entre el hombre y la mujer la falta de comunicación efectiva entre las personas que constituyen una pareja podría provocar conflictos en la relación con consecuencias serias para las partes ya que el grado de apoyo recibido por su esposa mediante la comunicación y emocional lo vio obligado a someterse a situaciones donde las características físicas de la enfermedad y los factores cognitivos y comportamentales que llegan a determinar de una manera adversa o benéfica el control y adecuado manejo de atenciones de su cuerpo sin embargo, las características de Raúl de su personalidad se vieron afectadas debido a la manera de afrontamiento de las situaciones estresantes previas a la diabetes y el tipo de recursos con los que contaba.

4. Sexualidad en personas Diabéticas.

Para los participantes la sexualidad es un cúmulo de factores culturales, sociales, religiosos, éticos y económicos que pueden permitir a los individuos la expresión, demostración de placer, como la exploración del cuerpo y provocar una carga afectiva, y un aprendizaje continuo a través de sus experiencias contribuyendo a su bagaje histórico de cada persona.

Si bien la sexualidad puede concebir como un proceso de reproducción, de acuerdo con la experiencia humana atribuida al sexo y definidas por este, siendo un factor complejo cultural e históricamente determinado por relaciones sociales en un ámbito que define en la entidad básica del sujeto, constituida por las formas

de actuar, de comportarse, de pensar y de sentir, así como las capacidades intelectuales, afectivas y vitales asociadas al sexo.

El concepto de sexualidad comprende tanto el impulso sexual, dirigido al goce inmediato y a la reproducción, como los diferentes aspectos de la relación psicológica con el propio cuerpo (sentirse hombre, mujer o ambos a la vez) y de las expectativas de rol social. En la vida cotidiana la sexualidad cumple un papel muy destacado ya que, desde el punto de vista emotivo y de la relación entre las personas, va mucho más allá de la finalidad reproductiva y de las normas o sanciones que estipula la sociedad.

No obstante hablar de la sexualidad entre mujeres es mayor el tabú, ya que se vuelve un secreto encerrado solo entre cuatro paredes haciendo establecer la sexualidad como actividad de procreación más que el de placer que se concibe como un acto meramente reproductivo que no debe de salir como tema de conversación fuera de un ámbito social excepto en un consultorio médico o la alcoba. Al respecto Montes (2006) menciona que la mujer desea un cambio en las condiciones dentro de la relación conyugal tanto socialmente como sexualmente aunque varias de las veces el hombre rompe el equilibrio recurriendo a factores culturales y sociales como creencias religiosas que enfatiza la resignación y contribuye a la perpetuar la injusticia en el ámbito conyugal.

Gagnón (1980) menciona que el contexto social como cultural crea las condiciones para habilitar la vida sexual como ejemplo la idea de una mujer virgen o pura sea un requisito para ciertas culturas para el matrimonio que trasciende de generación en generación y el saber del acto sexual antes del matrimonio es concebida a la mujer como menospreciada o no apta y como de igual manera hablar del acto sexual como un acto para ellas y que la sociedad impone, por lo cual las respuestas de las entrevistadas se ocultado por hechos culturales y de genero y solo se puede referir al acto sexual como una situación exclusiva del matrimonio.

Lo que nos lleva relacionar el matrimonio y la sexualidad de manera directa con el acto sexual y definir al acto mismo a una descripción simple (penetración-orgasmo)

Que involucra el carácter subjetivo de ciertas mujeres y de ciertos hombres. Por su parte López e Ibor (1983) sostiene que el amor y las expresiones de cariño también son parte de la sexualidad y no solo se reduce a la genitalidad y al acto sexual.

Las mujeres como hombres describen el acto sexual como una serie de etapas: el deseo, excitación, penetración hasta alcanzar el orgasmo, que en cierto momento Kaplan (1997) menciona al acto sexual "normal" del cuerpo, donde el acto tiene cuatro fases o etapas, que son: Deseo, Excitación, Orgasmo y Culminación.

Los pensamientos sexuales o fantasías son manifestaciones de deseo. El deseo desencadena las demás fases del ciclo. Tener relaciones sexuales cuando en realidad no se tiene deseo, puede afectar de manera adversa las demás fases de una respuesta sexual normal.

Las primeras sensaciones de placer sexual físico, anuncian el comienzo de la siguiente fase: la excitación. El nivel de excitación continúa hasta que llega al "Orgasmo". En el orgasmo, ciertas contracciones rítmicas del área genital y anal, sueltan olas de placer. Después del orgasmo, todos los cambios físicos de la excitación sexual se revierten a lo normal y viene una sensación de satisfacción y relajamiento (culminación). Si no hay orgasmo, la culminación llega, pero más gradual o lentamente.

En las etapas antes mencionadas también se involucra la noción de tiempo que es lo que permite disfrutar del acto sexual, para algunos el acto sexual debe durar lo que debe durar mientras para otros es la noción de minutos. Tiempo en el cual se desarrollan las etapas de Kaplan un ritual dentro de la actividad sexual para los entrevistados. El ritual para el acto sexual como su culminación puede variar en el tiempo de duración y quien lo experimenta para las mujeres entrevistadas debería

de durar desde cinco minutos hasta un máximo de catorce minutos para alcanzar el orgasmo mientras para los hombres debería de ser de veinte minutos hasta treinta minutos para llegar al orgasmo. En una encuesta, publicada en *Journal of Sexual Medicine* (2008) los participantes incluían psicólogos, médicos, trabajadores sociales, terapeutas familiares y matrimoniales y enfermeras quienes habían recogido datos de miles de pacientes con problemas sexuales durante varias décadas y se preguntó a los encuestados el promedio de tiempo que debe durar un acto sexual, desde la penetración del pene a la vagina hasta la eyaculación y se les pidió calificar lo que consideraban "adecuado", "deseable", "demasiado corto", o "demasiado largo". Obteniendo como resultados que un acto sexual "adecuado" duraba de 3 a 7 minutos, uno "deseable" de 7 a 13 minutos, uno "demasiado corto" de 1 a 2 minutos y uno "demasiado largo" de 10 a 30 minutos, mas de 10 a 30 minutos es demasiado largo el tiempo por lo cual nos lleva a que cuanto más duradera la experiencia, mejor es una de las grandes mentiras populares que se han instalado como una verdad absoluta en todas las culturas es aquella que indica falsamente que cuanto más se prolongue el sexo, más fructífero y mejor visto es. Sin embargo la aproximación que tiene de la duración para el acto sexual en las mujeres con cuerda con los obtenidos con el estudio mencionado, sin embargo se somete a lo que estipulan los hombres por las creencias y aceptación cultural de la mujer como compañera sexual del hombre.

Si bien la encuesta queda restringida al excluir etapas como el deseo y excitación que menciona Kaplan, no obstante concluyen que mucha gente basa su funcionamiento sexual en "estereotipos" que refuerza la cultura. "La interpretación de un hombre o una mujer de su funcionamiento sexual y el de su pareja está fundada en creencias personales basadas en parte en los mensajes de la sociedad" afirman los investigadores. Desafortunadamente la cultura popular actual refuerza muchos estereotipos sobre la actividad sexual". "Y muchos hombres y mujeres parecen creer en la fantasía de los penes enormes, las erecciones duras como una roca y el acto sexual que dura toda la noche",

agregan. Según los autores, con este estudio intentan "disipar dichas fantasías y alentar a hombres y mujeres con datos reales sobre lo que es un acto sexual aceptable".

La relación de pareja involucra la comunicación como para el acto sexual ya que permite negociar el momento para satisfacer el deseo propio y sexual de la pareja. Por lo cual en el acto sexual y su negociación para algunas mujeres de la entrevista es un acto exclusivo de los hombres. Sin embargo los hombres mencionan que el acto sexual involucra más que el acto mismo es un intercambio de palabras, interpretación de movimientos corporales y estados de ánimo de la pareja para establecer la actividad sexual.

La negociación es saber comunicarse efectivamente es la piedra angular para mantener buenas relaciones interpersonales y sexuales con la pareja. Serrat y Costa (1987) mencionan que regularmente, cuando nos comunicamos queremos transmitir información a través de palabras, sonidos, una mirada, un roce o una acción. He incluso llegando la comunicación a una interpretación, un ritual de apareamiento como el de los animales, con movimientos femeninos por ellas y su interpretación de ellos para culminar en el acto sexual. Quien recibe el mensaje no sólo debe recibirlo, debe entenderlo e interpretar su significado. Como se ve no es tan fácil comunicarse efectivamente, de allí que se presente dificultades con la pareja en tratar de hacer que el mensaje llegue claro a la otra parte.

Al respecto Corominas (2002) menciona que muchos casos, quien envía el mensaje no tiene éxito en decir lo que planea. A veces no se encuentran las palabras correctas para expresar un sentimiento o una necesidad de una manera adecuada. En otras ocasiones, el mensaje puede ser claro pero la manera en que se envía no es la apropiada y el mensaje se recibe de una manera desastrosa. Cuántas veces se nos va el punto de lo que queremos decir y necesitamos aclarar al extremo que quien nos escuchaba dice "ah, es eso lo que me querías decir".

Para algunas mujeres el acto sexual no se vincula con el goce y placer e incluso como un acto de reproducción que se ven inmersas en actos de sometimiento y de decisiones dentro la pareja. Fromm (1997) menciona que la limitación de la libertad mediante la represión y deformación de la sexualidad es uno de los pilares más importantes en la formación de gente obediente y sumisa. Convirtiendo la sexualidad en relaciones penosas con consecuencias diversas que van desde problemáticas relacionales hasta enfermedades psíquicas, sexuales y físicas.

La aparición de la diabetes mellitus tipo II (DM2) en la vida sexual de los participantes generaron una serie de cambios físicos, emocionales o psicológicos. Para los hombres la presencia de diabetes en su vida propicio analizar la relación de pareja ya sea para un acercamiento mayor hacia la pareja, incluirla dentro la actividad sexual o terminar su relación o la rutina dentro la intimidad, esta evaluación permite establecer otras relaciones de pareja como explorar su sexualidad con mayor libertad, aclarar comportamientos sexuales de su nueva pareja y modificar su vida sexual. En la mujer los cambios fueron más drásticos ya que ocasiono cambios físicos como emocionales, la presencia de nuevas enfermedades, inseguridad en las relaciones interpersonales y llegar incluso a la abstinencia sexual por miedo de no lograr la satisfacción plena tanto para ella como su pareja o encontrar una pareja que la someta a través de la violencia.

Es claro que las situaciones en que se ven afectados hombres y mujeres que sufren diabetes en su relación de pareja llegan a crear nuevas expectativas dentro de su vida de pareja, organizándose para hacer funcionar a la persona diabética de manera psicológica, social dentro de la cual se desarrolla día a día.

Vargas (2006) menciona que más que los problemas físicos que llegan a padecer una persona con DM2 en referencia al trastorno sexual, la conducta en el hombre ante la pérdida del deseo, la erección y orgasmo llega a la conclusión de miedo a no poder satisfacer a la mujer. En la mujer esta comprobado que la DM2 provoca la pérdida gradual del deseo y por consiguiente la falta de lubricación del órgano

femenino provocando el anorgasmia dentro el acto sexuales. Además como menciona Samaniego y Álvarez (2006) que las alteraciones ya mencionadas en hombres y mujeres conducen a relaciones coitales irritables y dolorosas (dispareunia) que llegan acarrear el rechazo ante las relaciones sexuales, como la aparición de molestias en los genitales como infecciones, mal olor, picazón sensación de suciedad propiciado por los niveles altos de glucosa ya sea en la mujer o en el hombre.

Jovaanovic (1999) menciona que la disminución o ausencia de la libido o del deseo está relacionada con la enfermedad, debido a que los altos niveles de glucosa pueden ocasionar cansancio intenso, lo que conlleva descenso del deseo. Pero también por los factores psicológicos sobre cómo se vive la diabetes y cómo se adapta a la enfermedad que afectan de manera significativa a la relación sexual (relaciones insatisfactorias, ansiedad, sentimiento de inferioridad, vergüenza, baja autoestima). La DM2 al manifestarse genera una alteración en la autoestima y en la imagen personal, favoreciendo a los sentimientos negativos de inseguridad, de ser diferente, de haber perdido atractivo, capacidad de seducción y miedo al rechazo. Todo esto favorece conductas que evitan la actividad sexual por miedo al contacto íntimo. En las mujeres estos sentimientos negativos pueden conllevar a provocar estados de ansiedad que propician el desinterés sexual y, si se lleva a efecto adoptar una actitud tensa que ahuyenta a cualquier sensación placentera.

La mayoría de los problemas de la esfera sexual tienen su origen en aspectos físicos y psicológicos al saberse que tiene una enfermedad crónica. Mercado y Cols (1999) mencionan que en relación a la DM2, el diagnóstico de la diabetes crea un fuerte impacto, que cuesta tiempo asumir y aceptar junto con una fuerte carga de ansiedad y en algunos casos depresiones asociadas. Los cuales es difícil concentrarse y llegar a una sexualidad plena. La actitud de la pareja hacia el diabético o diabética influye de sobremanera, al ser comprensiva y dialogante e informándose adecuadamente en vez de obviar el tema para no formar aspectos negativos que recriminen en la pareja. No es desdeñable el hecho de que muchos

diabéticos tienen una baja autoestima, con lo que se sienten totalmente inseguros, esta inseguridad es llevada a la esfera de la sexualidad que hacen que surjan por temor a no cumplir sus propias expectativas o las de su pareja. Además que las otras esferas de la vida generan tensiones, como las situaciones laborales, problemas familiares y otros muchos problemas pueden tener su repercusión indirecta sobre la vida sexual del que padece DM2.

Según Schwartzmann (2003) el mantener una aptitud positiva ante la DM2 crea conductas positivas para la debida atención que requiere al tratar enfermedades crónicas para satisfacer psicológicamente y físicamente su cuerpo propicia a desarrollar una vida normal y sexual como evitar crear prejuicios sobre su propia salud.

Gran parte de las investigaciones que se han hecho están en relación con los factores tales como los problemas físicos asociados a la enfermedad, las características de la personalidad del afectado, las formas de afrontamiento de las situaciones estresantes previas y los tipos de recursos sociales del que disponga el sujeto enfermo, siendo los precursores del nivel de ajuste o deterioro de los pacientes ante la enfermedad (pacheco, 2004).

Cuando la DM2 interfiere en la vida sexual de las personas nace una pregunta ante el médico ¿Sobre las posibles consecuencias en la vida sexual? Al respecto aunque no en su mayoría de los hombres entrevistados recibió información sobre el tema proporcionándole confianza y seguridad para acudir en caso de presentar problemas sexuales. Para las mujeres y algunos hombres entrevistados es un tema de poco interés ya que no involucra cambios en las actividades de rutina además de la creencia de ser un tema íntimo que no permite la ayuda del profesional para afrontar la DM2. Debido a la falta de interés en la problemática sexual el proceder médico se restringe en solucionar su problema fisiológico y mantener con vida el cuerpo que lo demanda, sin embargo algunos de los médicos promocionar al enfermo una mayor seguridad y confianza al explicar los

cambios que manifestaran en su cuerpo, alimentación y en su vida sexual. Al respecto Pacheco op. cit., que las razones para acudir al médico relacionado a lo sexual son las series de elementos en el comportamiento ante el sexo, como son la herencia, el embarazo y sus relaciones recíprocas con la diabetes, riesgos para el hijo, complicaciones en el parto, etc. que requieren información y desmitificación.

En otros casos el acercamiento ante el padecimiento es por vergüenza o desconfianza que traerá complicaciones en el futuro para cada individuo e incluso se puede relacionar con lo que menciona Kaplan op. cit., hablar de sexo se creía que incitaba a su práctica, quien hablaba de él era un perverso sexual y amoral, etc.

Vargas (2006) menciona que la atención y los cuidados que deben de tener los enfermos de DM2 con el tratamiento y diagnóstico se lleva a cabo por una persona que es el médico, es la persona responsable de chequear su estado, el tratamiento y verificar si cumple con las indicaciones médicas por el paciente, sin embargo el tema de la sexualidad queda de lado, ya que el trabajo del médico suele centrarse en recuperar un cuerpo del deterioro por la enfermedad que puede ocasionar la diabetes, con son: lesiones en el riñón, alteraciones de la vista producidas por la ruptura de pequeños vasos en el interior de los ojos, alteraciones circulatorias en las extremidades que pueden producir pérdida de sensibilidad y, en ocasiones, necrosis (que puede precisar amputación de dichos órganos o de extremidades) y alteraciones sensitivas por lesiones del sistema nervioso para evitar que se continúe deteriorando el cuerpo. Sin embargo la prevención, atención y cuidados no es exclusivo de los médicos, el primer paso depende de cada persona como menciona Ortner y Whitehead (1991) el principal enemigo de la sexualidad como de la salud en general es la ignorancia la cual viene dada por la persistencia, ideas y valores que ponían en la tela de juicio el libre juego de la sexualidad y su salud ya que establecer una comunicación abierta y de confianza con el médico es

una actividad que permitirá establecer una vida sexual ajena de mitos y creencias sobre la enfermedad.

Para ello se debe de crear conductas de salud e integración con campañas o actividades médicas sobre la información en la vida sexual como en otros temas, según la OMS (2008), actualmente lo que se requiere para un nivel de intervención y paliación de la DM2 es la implementación de actividades educativas, así como procesos de atención integral, donde no sólo se tome en cuenta a los (as) profesionales tradicionalmente involucrados (medicina, nutrición y enfermería), sino que el campo de trabajo se abra mucho más y sean incluidos especialistas en Psicología, Trabajo Social y Sociología; quienes desde su área, puedan dar un abordaje más integral de la DM2 brindándole al paciente la posibilidad de recibir formación y atención desde los diferentes aspectos que conforman su vida cotidiana (familia, aspectos emocionales, sociales, laborales, etc.).

De Los Rios y Cols. (2004) Mencionan que la calidad de vida no depende de la DM2 o de otra enfermedad crónica ya que terminaría consumiéndola y una de las razones médicas es mantener un equilibrio en el sujeto, pero no por ello la responsabilidad es exclusiva de los médicos y su saber. Las enfermedades crónicas y sus tratamientos se basan en el auto cuidado para prevalecer la salud. Por lo tanto los hombres y mujeres con DM2 son desde el punto de vista de la sexualidad igual que las personas no diabéticas; es decir, con sus mismos deseos, intereses, anhelos, apetitos, sensaciones y frustraciones. Que se ven influidas por creencias religiosas, la educación entre otros.

5. Empleo de métodos de protección sexual.

En la categoría de métodos de protección sexual destaca para todos los participantes el uso del condón masculino como del condón femenino para evitar contraer alguna infección de transmisión sexual, pero también los contemplan

como anticonceptivos en su vida. Conocer los beneficios que trae los métodos de protección sexual y uso mediante la información que fue proporcionada por médicos, enfermeras de los centros hospitalarios, como recurrir a la información del paquete del condón antes, durante y después de la diabetes mellitus tipo II, DM2.

El empleo del condón como método de protección sexual ha sido la respuesta para la mayoría de los entrevistados por lo cual es conveniente mencionar en términos generales cómo es éste Hiriart (2003) señala que es una bolsita de látex que se ajusta al pene desde la base del cuerpo hasta la punta, tiene un receptáculo donde se retiene el semen cuando es expulsado, impidiendo el contacto entre fluidos y mucosas, este es el único método que puede ser utilizado por el hombre para no contraer alguna infección de transmisión sexual. El condón femenino actúa como una barrera formando una funda entre el pene y la vagina que impide a los espermatozoides alcanzar el óvulo y fecundarlo.

El empleo de métodos de protección sexual, Pacheco (2004) al referirse al condón como el método más antiguo utilizado por los hombres, y cuando se emplea de forma adecuada es eficaz. Sin embargo se ha implementado su uso y diseño para las mujeres incorporándolas como participes en la decisión de protección sexual ante enfermedades sexuales. Al igual que el masculino, el preservativo femenino se debe usar sólo una vez y retirarse inmediatamente después de la eyaculación.

CENSIDA (2004) menciona la accesibilidad de los preservativos, al venderse sin receta en farmacias, tener diferentes costos, fácil de usar y no necesita supervisión médica, además son los más conocidos y empleados en el mundo. Además, su uso es vital para prevenir la transmisión del VIH, el virus que produce el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El condón también previene el contagio de otras enfermedades de transmisión sexual, como la gonorrea, el herpes, la hepatitis y el linfogranuloma venéreo, entre otros. Robles Y Moreno

(2000) aluden al condón como el método de prevención de enfermedades de transmisión sexual o de control de natalidad de mayor eficacia en la actualidad.

Para ello la persona debe de contar con los conocimientos sobre su adecuado uso lo cual Urquidi y Piña (2005) menciona que la inserción de nuevos conocimientos para la persona que desea emplear algún método de protección sexual involucra técnicas de enseñanza, por lo cual el estado en relación a la salud pública han creado en México instituciones como la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Instituto de seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado y el Instituto Mexicano del Seguro Social, que no sólo dan servicios médicos de manera individual con la relación médico-paciente, también de manera general para prevenir enfermedades, mediante campañas, cursos o algún otro método de difusión. Para ello los doctores con grupos (enfermeras, especialistas de la salud, estudiantes) buscan la salud sexual mediante la transmisión de conocimientos indispensables destinadas a proteger la salud sexual individual y colectiva involucrando no necesariamente dentro de un hospital o clínica, puede involucrar escuelas, de hogar en hogar o convocatorias colectivas.

La realización de tan importante obra requiere, además de una intensa propaganda; se lleva a cabo por medio de la radio, con películas, carteles, folletos y museos de higiene, todo lo cual ayuda instruir al pueblo sobre las nociones fundamentales cuya observación conserva y mejora la salud sexual de cada persona.

Urquid, y Piña. (2005) mencionan como medio de aprendizaje para los hombres el instructivo que contiene el envoltorio del condón para el uso correcto del condón, si bien en el embalaje exterior aparecen indicaciones sobre el producto y su conservación, en el interior de las cajas hay un prospecto con instrucciones de su uso así como información sobre las enfermedades de transmisión sexual de las que los protege y algunas recomendaciones que orientan sobre qué hacer en caso de ruptura o de posibles alergias al látex. Donde es muy conveniente leer estas

instrucciones antes de usar profilácticos, cara a evitar los riesgos y a emplearlos para el uso que este destinado.

Hay que mencionar que el condón no queda como un método de protección ante enfermedades de transmisión sexual, también como un control de natalidad para la pareja, una decisión y factor para tener en el futuro hijos. Álvarez (2002) menciona que no es un control seguro en un 100% pero es seguro si el día de mañana desean tener hijos ya que es una barrera que evita la posibilidad de tener hijos.

El condón no solo se convierte en un buen método anticonceptivo, sino de prevención de cualquier tipo de infección de transmisión sexual, El condón cumple una doble función: protege contra un posible embarazo no deseado y es una excelente barrera de protección contra las ITS (infecciones de transmisión sexual).

Agramante y cols. (2002) al referirse al condón femenino y otros métodos a disposición de la mujer dan a ésta control sobre la relación sexual para fines anticonceptivos eleva su aceptabilidad entre los dos miembros de la pareja al ser responsabilidad exclusivo de uno, la mujer. Por lo cual genera un autoestima mayor al cuidar y cuidarse en el aspecto reproductivo, Jovaanovic (1999) señala cuando se trata de cuestiones sexuales depende de la autoestima de la persona y lo que ésta cree. Cuanta más confianza en sí misma tenga la mujer, más podrá hablar de sus necesidades sexuales y de sus sentimientos, incluso en las culturas donde ese tipo de comunicación se considera tabú.

El empleo de condón es el más aceptable, aun siendo mujeres el condón masculino, aún al experimentar la sexualidad con nuevas parejas. Robles Moreno (2000) mencionan que es mayor el porcentaje de hombres y mujeres con más

parejas sexuales. A lo largo de los años se han dado diferentes enfoques a la educación sexual, que van desde el reproductivo hasta la educación basada en el rechazo y el miedo a la actividad sexual, tácticas muy utilizadas por distintos grupos conservadores de la sociedad; sin embargo, éstas nunca han sido eficaces para disminuir las tasas de infecciones de transmisión sexual o los embarazos no deseados. Hasta el momento no se ha demostrado que la falta de información o de educación sexual formal retrase o evite el inicio de las relaciones sexuales entre las gente y, por el contrario, sí lo ha favorecido sin que se tomen las medidas preventivas necesarias.

Urquidi y Piña (2005) mencionan que otras medidas para prevenir las enfermedades sexualmente transmisibles son: la abstinencia sexual, es llevada por la relación que presenta deterioro a causa del abandono de su pareja, si bien la infidelidad es un factor para crear un ambiente de inseguridad para la relación de la pareja con otras personas debido que involucra la seguridad sexual, ya que se desconoce si tuvo el cuidado dentro de la práctica sexual ajena al hogar.

V. CONCLUSIONES Y APORTACIONES

El propósito central de esta investigación pudo alcanzarse gracias a la metodología cualitativa y a la técnica de recolección de datos utilizada la cual fue la entrevista semi-estructurada esta permitió conocer y analizar las experiencias sexuales de hombres y mujeres que padecen diabetes tipo II esto fue a partir de un enfoque de género.

Este trabajo tiene gran relevancia por la población mexicana y la relación de enfermedad, género y sexualidad. Los tópicos de enfermedad, género y sexualidad están atravesados por la historia, la cultura y las maneras de apropiación que realizan las personas en un tiempo, las experiencias obtenidas por los participantes confirmaron que el aprendizaje, interpretación y desarrollo de de género construye el significado de su cuerpo, enfermedad y sexualidad que rigen su vida. Además el abordaje de la investigación se realizó en una edad y etapa en el desarrollo social para el ser humano que es el matrimonio o la vida en pareja.

Al desarrollarse las entrevistas se percato la interpretación de género que establece los papeles que debe desempeñar a partir de un cuerpo sexuado, al habitar en un cuerpo de mujer o de un hombre se les ha enseñado dentro de la familia cuales son las labores, obligaciones y aptitudes para cada quien. Mismas que mejoran, fomentan y enseñan dentro de su nueva etapa en la vida: el matrimonio. Al establecer obligaciones y labores para la mujer y el hombre, también se crea como se debe de vivir la enfermedad, la atención y las emociones, esta claro que las que las labores del hogar y miembros de la familia se vinculan con la mujer y razón para ellas para recibir una atención médica breve e inmediata para continuar con sus actividades. Para el hombre la enfermedad es una oportunidad de atención, descanso y tiempo para el. Situaciones que notan ya una clara diferencia en la enfermedad entre la mujer y el hombre. Cuando esta enfermedad es crónica degenerativa como es la DM2 la diferencia entre cuerpos

esta de más, ya que los síntomas de esta se presentan si no la mayoría, algunos que mas prevalecen de este padecimiento. Cuando los síntomas de la DM2 imposibilitan realizar las actividades cotidianas se habla de dos tipos de cuerpos: un cuerpo sano y uno enfermo.

Sano y enfermo son las condiciones para desempeñar o no sus actividades laborales para la mujer y el hombre, para poder establecer quien esta sano y quien no, implica las actividades que pueden realizar sin o con la mínima molestia, también se relaciona con las creencias que cada persona tiene sobre la salud y su cuidado, estas establecerán la relación con la atención médica. Cuando se esta sano la relación con el médico es mínima o nula justificada por la misma situación de sano o una aproximación de sano. Cuando se presenta un malestar en la persona agotaran todo tipo de ayuda para una cura a través de automedicación, remedios naturales o espirituales que conformen sus creencias antes de acudir con el médico.

El médico además de proporcionar un diagnostico y un equilibrio al malestar en de la DM2, el certificar como diabético a la persona impacta y genera cambios inmediatos, hábitos nuevos como el ejercicio, medicación y chequeos continuos, dietas que excluyen alimentos cotidianos ricos en azúcar o sal, entre otros, como mayor higiene y atención personal.

Estos cambios para la persona que padece DM2 no excluyen a su pareja y su familia generando al diabético sentimientos de impotencia e incapacidad que empujan a modificar su vida o abandonarse a un sentimiento depresivo. Cuando empujan a la persona a modificar su vida analizan el motivo principal que ocasiono la DM2, encontrando que si la DM2 deteriora el organismo, la mala alimentación, falta de ejercicio, hábitos de fumar o tomar bebidas alcohólicas, entres otras situaciones, se ha encontrado en la investigación que el factor decisivo fue situaciones estresantes, momentos difíciles emocionales para cada persona que impactaron lo suficiente para desatar la DM2. Cuando deciden modificar su vida,

se realizan un balance de su pareja, como ha sido llevada la relación, el apoyo, seguridad, su vida sexual y el trato recibido.

Cuando este balance concluye, para algunos hombres la vida en pareja no es lo que contemplaban y desean más en su futuro, por lo cual deciden terminar con su relación y aventurarse en nuevas relaciones, para el hombre las razones para abandonar su pareja han sido falta de apoyo emocional que proporciona seguridad ante situaciones familiares o laborales, otra razón la rutina dentro de la vida sexual en pareja. Para la mujer experimentar situaciones adversas generan aptitudes y pensamientos para continuar una vida en ausencia de la pareja y continuar en compañía de su familia, al enfrentarse al abandono por actos de infidelidad y experiencias de violencia por parte de su pareja.

Cuando la persona con DM2 decide continuar con su pareja, generan cambios y aptitudes nuevas dentro de la relación, un mayor apoyo, seguridad y la disponibilidad para experimentar dentro de su vida sexual. Para llegar a ello concuerdan que la comunicación y la igualdad dentro de la pareja al solucionar conflictos dentro de la relación son factores importantes que mantienen la armonía en la pareja. En la relación de pareja la comunicación cambia dentro de la vida sexual al ser el hombre quien propone establecer el contacto sexual y la mujer quien termina por acceder después que el hombre interprete el mensaje enviado por la mujer de manera visual a través de movimientos corporales que no demuestren cansancio por las actividades que realiza. Siendo una comunicación corporal y una interpretación Pero no solo se limite de esta manera en la vida sexual en la pareja, también cuando se platica la monotonía, innovación, deseos y peticiones en la vida sexual.

A pesar de mencionar la comunicación e igualdad en la relación dentro el acto sexual se observo la negociación es por parte del hombre para la actividad sexual y quien establece cuanto debe de durar, y la mujer quien acepta y aguarda, para el hombre la duración del acto sexual obedece a la imagen de mejor actividad sexual

es igual a mayor duración, que no contempla el rendimiento de la compañera a pesar que la mujer contrapone a la idea de una mayor duración, mayor placer. Esta contraposición de pensamientos no se remite a la vida sexual también se refiere a la igualdad con la mujer cuando el hombre menciona el desempeño en las actividades del hogar, enfermedad y derechos comentan que debe de existir las mismas oportunidades para ambos sin embargo solo se remite a comentarios.

La situación del machismo y feminismo, se concluyo que sobre el tema de machismo todos conocían comportamientos, sentimientos y actitudes que lo conforman mientras para el feminismo en pocas mujeres, como en hombres realizaban una aproximación entre dudas del tema, pero en su mayoría desconocían sobre el tema.

La DM2 para la persona, genera o modifica conductas, pensamientos ante la enfermedad, vida sexual y salud. Una de ellas es la incorporación del condón masculino o femenino dentro de la vida sexual de la pareja, la comunicación e igualdad dentro de la pareja, una mayor atención a su cuerpo y su salud al volverse asiduo del médico.

Comprender que la enfermedad es un proceso de cambios, análisis y valoración de la vida de cada persona pero nunca ajena a la presencia del género, quien establecerá como se vivirá, enfermera e incluso el morir, en una sociedad que se encuentra en cambios del pasado, un presente y un futuro que ya nos alcanza continuamente a causa de los continuos males para la población mexicana, como es la diabetes mellitus tipo II que es una de las enfermedades de mayor crecimiento.

Se puede concluir que los objetivos se cumplieron gracias a la estructura de la entrevista y a las ventajas que otorga la metodología cualitativa; así como a la gran disposición de los participantes que comentaron sus experiencias. Algunas de las limitaciones que se presentaron en esta investigación fueron las siguientes:

Pese a la gran apertura que hay para hablar de temas relacionados a la sexualidad algunos se negaron a contestar la entrevista justificándose en que es algo íntimo de la vida privada, además de la pena que les generaba.

Solo los hombres entrevistados se presentaban nerviosos al contestar las preguntas argumentando que no se les facilitaba ser descriptivos y contar con detalle pero pese a esto si se pudo obtener respuestas las cuales brindaron datos relevantes a este trabajo.

Esta investigación aporta datos interesantes y necesarios, dentro de los principales alcances se encuentran: La presencia de género en la interpretación del cuerpo humano, la actitud de la mujer pasiva y de un hombre activo dentro de la vida sexual y los cambios que pueden generar la presencia de una enfermedad crónica. Obtenido mediante las diferentes experiencias que incorporan en su modo de pensar, sentir, hablar y de actuar entorno a la sexualidad y la diabetes mellitus tipo II.

Finalmente este trabajo puede generar diversas extensiones o variaciones como un seguimiento en el desarrollo de la construcción del género previo al matrimonio y posterior a el. Comparar la interpretación de género de los padres con el de sus hijos para notar cambios culturales de este. También puede ser el trabajar con poblaciones de jóvenes, homosexuales o lésbica que tenga relación con la diabetes u otra enfermedad crónica, además de que se puede ampliar el tamaño de la población o los cuestionamientos recopilando mayor información que nutra al tema escogido o incluso escoger algunas categorías o subcategorías e indagar a profundidad sobre estas, así como disipar algunas de las dudas que este trabajo

pudo dejar ya que falta camino por recorrer así como investigaciones que aportan más sobre este tema el cual es amplio.

APORTACIONES

En la actualidad se ha escuchado la masiva aparición de enfermedades crónicas degenerativas como son el asma, la hipertensión y en particular la diabetes de tipo II, DM2. Dichos padecimientos generan gastos personales como hospitalarios, consumo de medicamentos y la aparición de enfermedades por la inadecuada atención.

La DM2 ha sido registrada como el padecimiento de mayor incidencia en el país. Siendo una enfermedad que no solo afecta la salud física, también la psicológica. Por lo cual se requiere un nivel de intervención y paliación de la DM 2, siendo la implementación de actividades educativas, así como procesos de atención integral, donde no sólo se tome en cuenta a los (as) profesionales tradicionalmente involucrados (medicina, nutrición y enfermería), sino que el campo de trabajo se abra mucho más y sean incluidos especialistas en Psicología, Trabajo Social y Sociología; quienes desde su área, puedan dar un abordaje más integral de la enfermedad, brindándole al (la) paciente la posibilidad de recibir formación y atención desde los diferentes aspectos que conforman su vida cotidiana: familia, aspectos emocionales, sociales, trabajo, etc.

Tomando en cuenta lo anterior, se estructuró un "taller para el Diabético", con la finalidad de involucrar al paciente en el cuidado de su salud, mediante el conocimiento de la información pertinente sobre su enfermedad, así como el aprendizaje de las habilidades necesarias para discriminar los momentos en que es indispensable un ajuste, comportamental para mantener sus niveles de glucosa dentro de los límites normales, y así evitar las complicaciones que el descontrol provoca.

Un taller diseñado para la persona que padece diabetes mellitus tipo II, que consiste en sesiones grupales donde se revisa y se desmitifica la mayor parte de los conceptos que el sentido común generada alrededor de la diabetes, a través

de las experiencias obtenidas de cada persona al exponerla en grupo al compartir la experiencias e inicien un proceso de modificación conductual y cognitiva al mismo tiempo, puede ser un factor motivante y reforzador positivo para cada persona. En el “taller para el Diabético” al abordar las experiencias de cada persona se pretende modificar significados, conductas y emociones que afecten en el tratamiento y atención de la DM2, al canalizar sus experiencias a través de los siguientes rubros:

Cambios en la familia.

Los cambios en la vida de los enfermos con diabetes mellitus tipo II respecto a su situación se refiere a las relaciones familiares. En efecto pueden aparecer conflictos familiares por el desacuerdo entre la persona que padece diabetes y otros familiares en relación con el comportamiento, decisiones y actitudes de unos u otros hacia la persona diabética o por la forma en que se proporciona los cuidados. Otro cambio es la inversión de “papeles” ya que por ejemplo la pareja o los hijos se convierten en cuidadores de la persona diabética variando así la dirección en la que se produce el cuidado habitual de la pareja o el de los hijos. Este nuevo cambio de papeles requiere una nueva mentalidad respecto al tipo de relación que existe anteriormente entre las personas, un esfuerzo de adaptación. Especialmente intenso es el cambio en la relación entre cuida y la persona diabética cuando se encuentra la enfermedad en una fase avanzada.

Cambios en el trabajo y en la situación económica.

Para muchos enfermos con diabetes mellitus es conflictivo mantener los chequeos médicos a la vez que realizan su trabajo. En algunas ocasiones tienen la sensación de abandonar su trabajo para acudir con el médico y en otras estar incumpliendo con el trabajo. Al no asistir a trabajar ocasiona disminuya ingresos y por consiguiente presentar dificultades en sus ingresos económicos o ya sea por aumentan los gastos derivados de la diabetes.

Cambios en la salud

Cuidarse de la diabetes mellitus depende de uno mismo y exige tiempo como dedicación. Una parte sustancial del tiempo que antes se dedicaba al ocio, hay que dedicarlo a realizar ejercicio, el ejercicio es una forma útil para combatir no solo la diabetes si no la depresión y la tensión emocional. Algo muy frecuente en las personas diabéticas es la sensación de que su salud ha empeorado desde que presenta la DM2. De hecho esta sensación nace al comparar a personas “sanas” y la responsabilidad de cuidar su salud y el diabético se percibe que tiene una peor salud aún cuando visitan más al médico y están al cuidado de su tratamiento.

Establecer el cuidado de la salud, al dormir lo suficiente, evitar aislamiento, salir de casa, mantener aficiones e intereses, descansar y organizar el tiempo.

Cambios en el estado de ánimo.

Se sabe que la experiencia con la diabetes mellitus tipo II generan sentimientos negativos, pero también forman sentimientos positivos. Darse cuenta de que es necesario cambiar es el primer paso en el proceso de aprender a cuidarse uno mismo es precisamente pararse a pensar hasta que punto puede ser necesario cuidarse y mejor. El punto de partida del proceso de aprender a uno mismo es justamente “tomar conciencia” de la necesidad de cuidarse. La necesidad de cuidarse más se ve superada por la exigencia de si mismo con la enfermedad y se olvidan de sus necesidades personales. Poner límites al cuidado cuando se supera la necesidad de una salud a las necesidades personales y compartir con otros cuando se demanda más ayuda de la necesaria o se le presta más ayuda de la necesaria al diabético es necesario poner límites.

Pensando en el futuro

Aprender a anticiparse a los problemas es una estrategia que puede ayudar a cuidarse y mejor de si mismo y de sus familiares: prever situaciones difíciles puede servir para evitar muchos problemas y una buena fórmula para ello es planificar el futuro. Las medidas para planificar el futuro es conocer la evolución de

la diabetes mellitus tipo II, puede ayudar a la persona estar preparada para afrontar situaciones futuras y anticipar cambios y adaptaciones que serían necesarias para proporcionar cuidados entorno a la diabetes y sus complicaciones. Relaciones familiares donde se expresen libremente de cualquier tema con la finalidad de mantener lazos emocionales fuertes y duraderos con los demás miembros de la familia y excluir el sentimiento de soledad en el diabético.

Al abordar cada tema de los talleres se le enseñara a su vez a detectar cambios emocionales y de salud, a reconocer complicaciones en relación a la DM2, complicaciones a causa de esta, afirmarse y comunicarse mejor, relaciones sociales, aprender a relajarse, reconocer sus sentimientos, análisis racional de la preocupación y solución de problemas, organizar su tiempo, todo ello en cada tema que se abordara de acuerdo a la sesión como actividades correspondientes para cumplir con cada sesión y tema con el objetivo de modificar criterios, valores o significados entorno a la DM2 y proporcionar una calidad de vida mejor.

Otra manera de apoyar en la atención de la salud de la persona con diabetes mellitus tipo II, DM2, es la elaboración de un guión en la atención de la salud del DM2 para el psicólogo y no ser exclusivo para la DM2, también de manera preventiva, cuyo contenido considere para el (la) profesional en Psicología: una formación teórica básica acerca del tema, una guía de trabajo en grupo de atención así como una base para crear una guía de técnicas de intervención terapéutica atender tanto las necesidades grupales como las individuales para cubrir los objetivos de la guía.

Proponiendo la guía no solo como un temario para abordar la diabetes, también como un plan de trabajo individual y grupal, dirigido al tratamiento de la enfermedad pero como se ha mencionado también como acción preventiva. También se debe de contemplar la guía para la relación entre la visión médica y la psicología por el valor de su aplicación en una visión biológica, social y psicológica en el tratamiento y tomando en cuenta las necesidades particulares de cada persona hace frente en el manejo de la enfermedad.

La guía consta de seis temas y son:

El primer tema, es el entorno a la diabetes, se debe orientar a brindar información y estrategias de intervención acerca de la enfermedad y sus generalidades: qué es la Diabetes, su aparición, posibles complicaciones y cómo prevenirlas. Aspectos que resultan indispensables, tanto para quien lo aplica, como para los (as) pacientes, pues se busca desde el inicio, ir disminuyendo los temores y la angustia que se produce al no saber qué es lo que se padece.

El tema 2, manejo de los medicamentos, en esta parte se conocería los diferentes tipos de medicamentos que consumen las personas con Diabetes tipo 2, así como su acción y los efectos secundarios que podrían producir, lo que permitirá ir desarrollando procesos de modificación en su conducta, en la búsqueda de que, la ingesta de los mismos se desarrolle de forma adecuada. Para este momento se requiere que se comprenda con claridad la enfermedad, para que de esta forma, los medicamentos comiencen a cobrar la relevancia que deben tener.

El tema 3 crear un acercamiento al tema de la nutrición, incrementando aún más la búsqueda de la modificación conductual, sin dejar de lado la cognitiva, en cuanto a los comportamientos relacionados con el consumo de alimentos. Para ello se espera que con lo desarrollado en los temas anteriores, se comprenda que el adecuado manejo de la enfermedad no se basa en un único aspecto, sino en varios.

La información que se brinda en este apartado es básica, pero práctica, enfocada a la consecución de conductas alternas, la reestructuración pensamientos así como a la búsqueda de la disminución de los temores que en ocasiones dicen sentir respecto de la nutrición.

El tema 4 es desarrollar dos temas básicos que se encuentran interrelacionados: la actividad física y el estrés, los cuales resultan vitales para que muchos de los cambios desarrollados anteriormente se mantengan, teniendo como eje principal

la comprensión de que, los niveles altos de estrés provocan la pérdida de muchas de las conductas saludables que las personas deben desarrollar.

En esta sección se inicia una fase de transición en el proceso, donde se busca que las personas vayan comprendiendo de forma más directa, el papel del área psico-afectiva en la realización de muchos de los cambios, así como del tener una buena salud en el nivel físico.

El tema 5 está orientado a trabajar directamente los aspectos cognitivos y emocionales, que influyen en el adecuado manejo de la Diabetes.

Aprovechando toda la información obtenida por, el (la) psicólogo podrá crear situaciones ficticias que incluyan los diferentes elementos que la persona o el grupo ha aportado, tomando en consideración sus necesidades particulares, o bien, abriendo espacios para retomar algunas inquietudes que aún se mantengan sobre los temas que ya se han tratado.

Luego de brindar las herramientas para el desarrollo de procesos de modificación cognitiva, se entra al tema 6, que es el último y, está orientado a trasladar todo lo hecho a un nivel de mayor amplitud, es decir, al ámbito familiar. En este apartado se debe de brindar información básica acerca de la concepción de familia, además de incluir técnicas de intervención desde esta área.

El interés de esta sección es la búsqueda del apoyo en nivel familiar y comunitario que sirvan de reforzadores a partir del momento en el que los (as) pacientes concluyen el proceso que se sugiere, así como formar e informar a los familiares sobre aspectos básicos de la enfermedad, ya que en muchas ocasiones dejan solo a su pariente en la atención de la Diabetes, debido al desconocimiento que tienen de la misma.

Se debe de contemplar ala guía para que el (la) psicólogo tenga una base para partir en su búsqueda de información y técnicas para trabajar con la persona que padece DM2, sin embargo a pesar que cada vivencia de la diabetes es diferente y cada persona tiene características particulares se recomienda trabajar en grupo por la aportación positiva de la relación entre personas que comparten entre si la DM2 y es posible atender a tender a grupos de 10 a 15 personas en periodos de tiempo corto, lo que implica cubrir a una mayor población que padece DM2. Sin embargo, no se debe dejar de lado que en ocasiones los (as) pacientes podrían tener ciertas necesidades especiales o situaciones que ameriten atención individual inmediata, por lo que se recomienda dejar abierta esta posibilidad, para ser combinada con la asistencia al grupo.

Todo lo anterior, parte de la premisa de que la labor del (la) profesional en Psicología como tal se enfrenta a una creciente población que padece diabetes mellitus tipo II y la experiencia tomando en consideración las particularidades de cada grupo con el que trabaje son sumamente importantes, la guía se convierte en una herramienta, tanto de formación, como de apoyo y consulta.

VI. Referencias

- Agramante, a. Navarro, D. Domínguez, A. García, C. y Navarro, O. (2002) *Respuesta Sexual de la Mujer de Edad Mediana con Diabetes Mellitus. Revista. Cubana Endocrinol*, 13 (3), 193-202.
- Álvarez, G. (2002) *Como hacer Investigación Cualitativa: Fundamentos y Metodología*. Editorial Paidós.
- Anderson, L. (1994), *Diccionario de Medicina océano Mosby*, Océano, Barcelona.
- Burín, M (1999) *Estudios de Género. Reseña Historica*. En Burin,M y Meler, I. *Género y Familia, Poder, Amor y sexualidad en la Construcción de la Subjetividad*. México, Paídos
- Castro, R. (1996) *En busca del significado. Supuestos Alcances y Limitaciones del Análisis Cualitativo*. En SAS, I. *Para Comprender la Subjetividad Investigación Cualitativa en Salud Sexual Reproductiva y Sexual*. México, Colegio de México.
- Chiarelli, M (1995) *"Educación sobre la sexualidad": actividad docente, bases para la asistencia primaria*. Hospital General de Agudos Dr. T. Alvarez. Área programática. Curso: Agentes de Salud,
- CONAPO (2008) *Proyecciones de la población de México, 2000-2050*.
- Corominas, R. (2002) *La Pareja en Conflicto*. Valencia, Promolibro.
- Corral, V. (1997). *Disposiciones Psicológicas: Un Análisis de las Propensiones, Capacidades y Tendencias del comportamiento*. Hermosillo, México:UNISON.
- De La Campa. U. (2004) *La salud*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala Universidad Nacional Autónoma De México, México.

De los Ríos, J. Sánchez, J. Barrios, J. y Guerrero, V. (2004) Calidad de vida en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. Revista Médica, IMSS, 42, 109-116.

Fernández, P. (1998). Género y Sociedad. Madrid, Pirámide.

Finkelkraut, A. (1985). La Sabiduría del Amor. Editorial Gedisa. España.

Foucault, M. (1989) Historia de la sexualidad, 1- La voluntad de saber, Méjico, Siglo XXI Editores.

From E. (1997) Psicoanálisis de la sociedad contemporánea. Fondo de cultura Económica. México.

Gagnón, J. (1980) Sexualidad y Cultura. México, Pax.

Galván, M. Córdoba, D y Sapién (2007) Experiencias de mujeres en exploraciones e intervenciones ginecológicas y obstétricas. Universidad Nacional Autónoma de México. Revista de Estudio En Antropología Sexual. Editado por el Instituto de Antropología e Historia, La Universidad Autónoma de Morelos y el Consejo Nacional para la Ciencia y Tecnología.

Gómez Ma. Del Carmen (1992) Relaciones Interpersonales (Un punto de vista psicoanalítico), Editorial Instituto de investigación en Psicología Clínica y Social A.C., México

Gómez de León, J. y Parker, S. (2000) Bienestar y jefatura femenina en los hogares mexicanos. México, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente.

- González, T. L. (2003) *Creencias de salud: su lugar en el proceso de salud y enfermedad. Revista alternativas en psicología, No. 8*
- Hiriart, V (2003) *¿Cómo Funcionan? Todos Los Métodos Anticonceptivos. México, Grijalbo.*
- Hite, S. (2002) *El Informe Hite Estudio de la Sexualidad Masculina. España Punto de Lectura.*
- Ibarra B, A. (1998) *El dice, ella dice; Representaciones de género y maternidad en Jalisco. Revista Universidad de Guadalajara, nueva época, No. 4.*
- Instituto Mexicano Del Seguro social (2006) *Guía para el cuidado de la Salud. Coordinación General de Comunicación Social del Instituto Mexicano del Seguro Social. México.*
- Jiménez, O. (1999) *Cincuenta años de sobrevivencia desigual de los mexicanos. Perspectivas sistémicas. Año 13, No. 63.*
- Jovaanovic, L. (1999) *Las Mujeres con Diabetes y la Actividad sexual: Deseo vs Disfunción. IDF, Bulletin, 43, 23-28.*
- Jung Carl (1992) *Encuentro con la sombra (El poder del lado oscuro de la naturaleza humana). Editorial Biblioteca de la Nueva Conciencia, México.*
- Kaplan, H. (1997) *El Sentido del Sexo. 4 ed. Editorial Grijalbo, México.*
- Katchadourian, H (2002, sexta impresión). *La terminología del género y el sexo. En Herranz A. Katchadourian (compilador), La sexualidad humana: un estudio comparativo de su evolución. México, Fondo de Cultura Económica.*

Kaufman, M (1997) Las Experiencia Contradictorias del Poder Entre los Hombres. En Valdés, T y Olvarría, J. Masculinidad/Es: Poder y Crisis. Chile, Ediciones de las Mujeres. No. 24.

Lamas, M. (1996) Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de "género". Ensayo de ponencia presentada en "Antropología de género: teoría y método" XIII Congreso Internacional de Ciencias Antropológicas y Etiológicas, México, agosto de 1993

Lagarde, M. (1997) Los cautiverios de las mujeres: madres-esposas, monjas, putas, presas y locas. México UNAM:

Lopez, -Ibor, J (1983) El Libro de la Salud Sexual. México, Universo.

López, S. (2000) Prensa Cuerpo y Salud en el Siglo XIX Mexicano (1840-1900). MIGUEL ANGEL PORRÚA librero-editor México.

Lopez, S. (2000) Zen y Cuerpo Humano. México, CEAPAC, Verde Halago.

López, O. (2006) Alternativas Terapéuticas en los Trastornos Psicocorporales I. México, CEAPAC ediciones. Capítulo 1.

López, S (2006) El cuerpo humano y sus vericuetos. MIGUEL ÁNGELPORRÚA librero-editor México.

López, S (2008) Diabetes mellitus. Entre la ciencia y la vida cotidiana. CEAPAC Ediciones México

Lugones Botell M. Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. Revista Cubana de Medicina General Integral. Vol 4: 2002.

- Macía, D y F. Méndez (1997). *Aplicaciones Clínicas de la Evaluación y Modificación de conducta. Estudios de Casos. Madrid: Pirámide.*
- Martínez, F. y Fernández, J. (1994) *Emoción y Salud. Desarrollos en Psicología Básica y Aplicada. Anales de la Psicología 10 (2), 101-109.*
- Medina, R. (2000) "Contextos y circunstancias de la nueva paternidad. En busca del instinto paterno: Implicaciones para la terapia familiar". *Perspectivas sistémicas. Año 13, No. 63.*
- Mercado, F. y Cols (1999) *La Trayectoria De Los Enfermos Con Diabetes En El Sector Popular De Guadalajara. En Mercado, F. Y Robles L. (eds.) Investigación Cualitativa de la Salud, Perspectivas Desde El Occidente de México. Guadalajara, Universidad de Guadalajara*
- Montes, E. (2006) *Significados y Experiencias de Hombres y Mujeres sobre Partes Corporales Placenteras en el Acto Sexual. Tesis de Licenciatura. UNAM FES Iztacala.*
- Montesino, R (2002) *Las Rutas de la Masculinidad. México Gedisa*
- Ortner, B., S. y Whitehead H. (1991) *Indagaciones acerca de los significados sexuales. El género en perspectiva: de la dominación universal a representación múltiple, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa, México.*
- Pérez, V. E., (2006) *Representación cognitiva de la diabetes mellitus en adultos no diagnosticados. Carrera de Psicología Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM, México.*
- Pérez, P. E., (2003) *Guía para el paciente y el educador en diabetes. México, Jonson & Jonson Med.*

- Ramírez, J. (2001) *¿Cómo se ve la Mortalidad desde la Perspectiva de Género? Reflexiones Iniciales. Universidad de Guadalajara. Nueva Época, No. 4.*
- Ravid y Rachmaniv (2002). *Diabetes Mellitus: La Epidemia del Siglo XXI.*
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: Un Análisis Conceptual. Barcelona: Martínez Roca.*
- Ribes, E. y Sánchez, S. (1990). *El Problema de las Diferencias Individuales: Un Análisis Conceptual de la Personalidad. En E. Ribes (Ed.): Problemas Conceptuales en el Análisis del comportamiento Humano. México, Trillas.*
- Rodríguez-Marín, J. (1995) *Psicología Social de la Salud. Madrid: Síntesis.*
- Robles, S. Y Moreno, D. (2000). *Evaluación de Prácticas Sexuales de Riesgo en Estudiantes Universitarios. En la Psicología Social en México, Vol. VIII (pp. 748- 755) México: Asociación Mexicana de Psicología Social.*
- Rodríguez Marín J. (1993) *Calidad de vida en enfermos crónicos. Valencia, Promolibro.*
- Rivas, M. (1996) *La Entrevista a profundidad: Un abordaje en el campo de la sexualidad. En SAS y Lemer Para comprender la subjetividad, Investigación Cualitativa En Salud Reproductiva y Sexual. México, Colmex.*
- Samaniego, R. y Alvarez, J. (2006) *Control de la Enfermedad en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II: Una Muestra Regiomontana. Psicología y Salud, Vol. 16, No. 01, 63-70.*
- Scout, J. (1996) *El Género: Una categoría Útil Para el Análisis Histórico. En Lamas, M. El Género: la Construcción Cultural de la Diferencia. México, PUEG y M. Porrúa.*

Serrat y Costa (1987). Terapia de parejas. Madrid: Editorial Alianza.

Schwartzmann, L. (2003) Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Aspectos Conceptuales. Ciencia y Enfermería, 2, 9-21.

Souza - Machorro, M. (1996). Dinámica y Evolución de la Vida en Pareja. México, Manual Moderno.

Sternberg, R (1998). La Experiencia del Amor. Paidós. México.

Taylor, S. y Bogdan, R (1996) Introducción a los métodos cualitativos de investigación, Barcelona Paidós.

Urquid, L. y Piña, J. A. (2005) Efecto de los conocimientos, creencias y motivos sobre el uso del condón en hombres. Enseñanza e investigación en Psicología. 10, 369-380.

Valdez, M. Córdoba, D y Sapién (2003) Significados de satisfacción sexual en hombres y mujeres de la zona metropolitana.

Velasco, M y Sinibaldi, J. (2001) Manejo Crónico y su Familia: Manual Moderno. México.

Vargas, B. (2006) Prevalencia de diabetes mellitus no insulino dependiente y factores de riesgo asociados en una población de México, D.F. Gac. Med. Méx. 1993; 129(3):191-199.

Vinaccia, S. Hamilton, f. Escobar, O. Calle, E. Andrade, I. Contreras, F. y Tobon, S. (2006) Calidad de Vida y conducta de enfermedad en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II. Suma Psicológica, Vol.13, No. 1, 15-31.

Fuentes Electrónicas

Organización Mundial de la Salud (2008). Educación en Diabetes: Una mirada a nuestra realidad

Pacheco, P. (2004) Factores Psicologicos en las enfermedades crónica. Psicología de la Salud.
(http://www2.udeccl/-papache/fact_psic_en_las_enf_htma.)

Porracin F (1993) Tesis: "Nubecitas de amor. Análisis Antropológico de las prácticas, la comunicación y las ideas intergeneracionales relativas a la sexualidad". Facultad de Filosofía y Letras de la UBA.
(<http://www.fabianaporracin.com.ar/articulos-sicologiad.asp?IdArticulos=12>)

<http://es.wikipedia.org/org/wiki/Epinefrina>.

<http://www.diabeteshoy.net/art->

http://www.diabeteshoy.net/art-historial_1.asp?idhistorial=6

<http://www.sexovida.com/clinica/parafilias2.ht>

htt://www2.udeccl/-papache/Fac._psic_en_en_las_enf.htm

htt://www.journal_ofsexua_medicinesalud.

VII. ANEXO

Guión Temático de la Entrevista Semi-estructurada

Datos Generales

Nombre:

Edad:

Ocupación:

Estado Civil:

Religión:

Descripción del Participante

Físicamente:

Forma de ser:

Gustos y Preferencias:

Molestias o Desagrados:

Preferencia Sexual

¿Cuál es tu preferencia sexual?

¿Siempre ha sido esta?

¿Desde cuando te gustan los hombres?

¿A que edad te definiste?

¿Platícame como lo tomaste?

¿Y tu familia apoya tu orientación sexual?

¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales con mujeres? ¿Por qué?

Identidad

- ¿Me puedes dar tu opinión acerca de la homosexualidad?
- ¿Para ti es lo mismo ser gay y ser Homosexual?
- ¿Hay semejanzas?
- ¿Hay diferencias?
- ¿Qué piensas de los homosexuales hoy en día?
- ¿Para ti que es la identidad?
- ¿Crees que existe la identidad homosexual o gay?
- ¿Me puedes platicar como es tu vida social?
- ¿Con quien sales?
- ¿A dónde van?
- ¿Qué hacen?
- ¿Cada cuando?

Genero

- ¿Cuál de tus dos padres te marco más o te dejo más cosas? ¿Por qué?
- ¿Platícame para ti que significa ser hombre?
- ¿De donde formaste esas ideas?
- ¿Platícame de niño a que te gustaba jugar? ¿Por qué?
- ¿Con quien jugabas?
- ¿Cada cuando?
- ¿Cuánto tiempo?
- ¿Te llamaba la atención otra cosa, algún otro juguete?
- ¿Me puedes dar tu opinión acerca del machismo?
- ¿Has tenido alguna experiencia sobre este tema?
- ¿Cuéntame ahora tu opinión acerca del feminismo?
- ¿Has tenido alguna experiencia sobre este tema?

Sexualidad

- ¿Platícame para ti que es la sexualidad?
- ¿Tu como la vives?
- ¿Cómo aprendiste a llevarla así?
- ¿Disfrutas tu sexualidad?
- ¿Para ti que es el acto sexual?
- ¿Cómo lo nombras?
- ¿Qué importancia tiene el amor en el acto sexual?
- ¿Alguna vez te has sentido mal por haber hecho un contacto sexual?
- ¿Cuánto tiempo debe de durar el acto sexual?

Salud e Higiene sexual

- ¿Platícame que significa la salud sexual?
- ¿En que consiste?
- ¿Cómo lo aprendiste? ¿Nada más?
- ¿Cuéntame que es la higiene sexual?
- ¿En que consiste?
- ¿Como lo aprendiste? ¿Nada más?
- ¿Cómo te bañas?
- ¿Y como te lavas el ombligo?
- ¿Y el pene como lo lavas?
- ¿Eres circunciso o no?
- ¿Y como te lavas el ano?
- ¿Y que papel de baño usas?
- ¿Cómo te limpias?
- ¿Platícame como te cuidas las uñas?
- ¿Cada cuando te las cortas?
- ¿Cuéntame como te cuidas tus pies?
- ¿Cada cuando te cortas las uñas?

Pareja

- ¿Me puedes contar que significa una pareja?
- ¿Qué ideas tienes sobre la pareja?
- ¿Qué características debe de tener o cubrir?
- ¿Cómo debe de comportarse?
- ¿Qué esperas de él?
- ¿Cómo te gustan los hombres?
- ¿Qué te gusta de ellos?
- ¿Las parejas que has tenido concuerdan con lo que dices?
- ¿Cuántas parejas has tenido?
- ¿Y cuantas han llegado a ser sexuales?
- ¿Cómo las has conocido?
- ¿Cómo y donde se ligan?
- ¿Quién aborda a quien?
- ¿Cómo deciden tener relaciones sexuales?

Acto sexual

- ¿Cómo son tus relaciones?
- ¿Quién toma la iniciativa?
- ¿Qué se dicen?
- ¿Qué piensas?
- ¿Qué sientes?
- ¿Cuál es tu rol en la relación sexual?
- ¿Por qué decidiste tomar ese rol?
- ¿Cómo supiste que eso te gustaba?
- ¿Has experimentado algún otro?

Fantasías sexuales

¿Platícame si has tenido fantasías sexuales?

¿Una o varias?

¿Qué significa para ti la fantasía sexual?

¿Cómo consideras tus fantasías?

¿Has llevado a cabo alguna de ellas?

¿Has llegado a la masturbación pensando o elaborando alguna fantasía?

¿Desde cuando tienes esa fantasía?

¿Dónde estas cuando empiezas a fantasear?

¿Cómo crees que son las fantasías de los homosexuales?

¿Crees que son iguales las fantasías de los homosexuales a la de los heterosexuales?

¿Me puedes platicar ampliamente alguna fantasía que hayas tenido?

¿Dónde estarían?

¿Tu como estarías vestido? ¿Y él?

¿Cómo empezaría?

¿Qué pasaría?

¿Cómo lo harían?

¿Qué se tocarían?

¿Qué comerían?

¿Y de beber?

¿Qué pensarías en ese momento?

¿Qué sentirías en ese momento?

¿Qué le dirías?

¿Qué te diría él?

¿Dónde estas cuando estas dentro de la fantasía?

¿Cómo estaría él?

¿Qué hora sería?

¿Qué clima te gustaría?

¿A que te gustaría que oliera él? ¿Y tú?

¿Has llevado acabo alguna fantasía?

¿No has logrado alguna por que no se pueda o por que no este permitido?

Métodos de Protección

¿Para ti que importancia tienen los métodos de protección?

¿Has usado alguno? ¿Cuál y porque?

¿Cómo lo aprendiste a usar?

¿Siempre lo usas?

¿Cómo los abres?

¿Has tenido relaciones sin condón?

¿Cómo te sentiste?

¿Por qué lo hiciste?

¿Cuándo conociste a tu primer condón?

¿Cómo fue?

¿Qué marcas usas?

¿Por qué esas?

¿Cuáles no te gusta usar? ¿Por qué?

¿Te gusta ponerlo?

¿Cómo lo pones?

¿Te gusta que te lo pongan?

Placer y Displacer

¿Qué te gusta que te hagan? ¿Por qué?

¿Qué no te gusta que te hagan? ¿Por qué?

¿Qué te gusta hacerle a tu pareja? ¿Por qué?

¿Qué no te gusta hacerle a tu pareja? ¿Por qué?

¿Cómo te das cuenta que tu pareja esta disfrutando?

¿En que te das cuenta?

¿Él te dice algo o que cambios notas?

- ¿Que has aprendido de tus parejas?
- ¿Tienes pareja actualmente? ¿Por qué?
- ¿Cuándo fue la última vez que tuviste relaciones?
- ¿Con quien?

Sentidos

- ¿Qué papel juegan los sentidos en tu relación sexual?
- ¿Predomina alguno de ellos? ¿Cuál?
- ¿Por qué este?
- ¿Podemos hablar de cada uno de ellos?

Oído

- ¿Qué sonidos te gusta escuchar en el acto sexual? ¿Por qué?
- ¿Qué sonidos no te gusta escuchar durante el acto sexual? ¿Por qué?
- ¿Afectan a contribuyen en tu relación sexual?

Olfato

- ¿Qué olores te gusta percibir en el acto sexual? ¿Por qué?
- ¿Qué olores no te gusta percibir en el acto sexual? ¿Por qué?
- ¿Afectan a contribuyen en tu relación sexual?

Vista

- ¿Qué te gusta ver en el acto sexual? ¿Por qué?
- ¿Qué no te gusta ver? ¿Por qué?
- ¿Afecta a contribuyen en tu relación sexual?

Tacto

¿Qué te gusta tocar o agarrar en el acto sexual? ¿Por qué?

¿Qué no te gusta tocar en el acto sexual?

¿Afecta a contribuyen en tu relación sexual?

Gusto

¿Qué te gusta probar, chupar, lamer en el acto sexual? ¿Por qué?

¿Qué partes no te gusta probar en el acto sexual y por qué?

¿Afectan a contribuyen en tu relación sexual?

Fluidos Corporales**Semen**

¿Que significa el semen para ti?

¿Lo has probado?

¿Te agrada o desagrada? ¿Por qué?

¿A que sabe?

¿Lo has utilizado como mascarilla?

¿En que parte del cuerpo te gusta que se vengan? ¿Por qué?

Sudor

¿Qué significa el Sudor?

¿Te gusta que suden en el acto sexual? ¿Por qué?

¿Y a ti te gusta sudar en el acto? ¿Por qué?

Saliva

¿Qué significa la saliva par ti? ¿Por qué?

¿Te agrada o desagrada? ¿Por qué?

¿La has utilizado como lubricante?

Impresiones de las entrevistas

¿Cómo te sentiste durante la entrevista?

¿Te fue difícil hablar de algo? ¿Por qué?