



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de estudios superiores Iztacala**

**“Diabetes: Influencias co-construidas entre familia y enfermedad”**

**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE**  
**LICENCIADA EN PSICOLOGIA**  
**P R E S E N T A(N)**

**Mónica Martínez contreras**

**DIRECTOR:** Lic. Víctor Manuel Alvarado García

**Dictaminadores:** Lic. Cesar Roberto Avendaño Amador

Mtro. Esteban Cortes Solís



**Los reyes Iztacala, Edo de México 2011**



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.

Antonio, Giovani y Daniela, gracias por ser parte de mi vida y por ser el motor de mis acciones, les dedico la culminación de este proyecto y agradezco a todas aquellas personas que participaron directa o indirectamente en él, asesores, familia, amigas y a mi madre, quién constituyó la inspiración primaria de éste trabajo y por último a Katia, Paulina y Matilde, que sin sus experiencias no se hubiera llevado a cabo.

# ÍNDICE

Introducción	5
Capítulo 1: Diabetes “muerte silenciosa”	10
1.1 Describiendo la diabetes	12
1.2 ¿Cómo se trata la diabetes?	22
1.3 ¿Qué consecuencias tiene la diabetes?	26
1.4 ¿Y el enfermo?	31
Capítulo 2: Del padecer individual al familiar	37
2.1 La transformación individual	37
2.2 La familia	45
2.3 La familia desde una perspectiva construccionista	53
2.4 Relaciones y significados	58
2.5 La transformación familiar	63
Capítulo 3: Desde que perspectiva se mira	67
3.1 Estrategia metodológica	79
Capítulo 4: Influencias co-construidas entre familia y diabetes	81
4.1 ¿Quién es la familia?	81
4.2 La familia en relación con otros contextos	84
4.3 Relaciones familiares	87
4.4 Antecedentes de la enfermedad	93
4.5 La diabetes en escena	95

4.6 Significaciones respecto de la familia y la diabetes	102
4.7 Influencias co-construidas entre diabetes y familia	108
Conclusiones	119
Bibliografía	128

# INTRODUCCIÓN

El primer punto a abordar en el acercamiento a la co – construcción de influencias entre familia y diabetes, es preguntar ¿de dónde surge mi interés por el tema?, a lo cual es necesario responder que ha nacido de la propia experiencia familiar en donde el vivir con un paciente diabético crea la postura del “hacer algo”, similar a lo que ha sucedido con Paulina una actriz principal dentro de este trabajo, quién a partir de la experiencia de tener un hijo diabético procura alertar a otros padres, con la finalidad de evitar que estos sufran lo que ella ha sufrido.

*Paulina: “... estoy trabajando con alumnos de secundaria, no entra un niño si no lleva su certificado médico, entonces, yo lo veo y veo al niño gordito y le digo a la señora <le recomiendo que lleve a su niño a hacer un estudio de glucosa>, y muchos sí los llevan y muchos lo toman mal... entonces en ese aspecto sí he ayudado un poquito, por lo menos he tratado de tener menos niños con ese problema, porque yo no quiero que sufran lo mismo que yo sufrí con ella, porque para mí fue un caos, la verdad sí me sentí yo muy mal...”*

El interés por la diabetes surgido de la experiencia familiar se combina con otros elementos, por un lado el creciente interés por los aspectos psicosociales en los factores de salud, creándose diferentes líneas de investigación, entre ellas las intervenciones comportamentales sobre variables cognitivas, emocionales, conductuales y ecológico-conductuales, en las cuales se intenta analizar su efecto sobre el control metabólico del paciente<sup>1</sup> y, por otro lado, la inclusión y concepción de la familia en el proceso salud / enfermedad.

La familia es concebida dentro de las redes sociales de apoyo del enfermo, como un elemento importante para que el tratamiento se lleve adecuadamente, sin

---

<sup>1</sup> Laura Díaz Nieto, Sergio Galán Cuevas y Gustavo Fernández Pardo, “Grupo de autocuidado de diabetes mellitus tipo II” en *Salud Pública de México*, (México), vol. 35 no. 2, marzo-abril de 1993, pp. 169-176. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/106/10635207.pdf> Visitado [18 de octubre de 2007]

Angélica Riveros, Jackeline Cortazar Palapa, Fernando Alcazar L. y Juan José Sánchez Sosa, “Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales” en *International Journal of Clinical and Health Psychology*, (España), vol. 5 no. 3, septiembre de 2005, pp. 445-462. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/337/33705302/33705302.html> Visitado [05 de septiembre de 2006].

embargo, Eduardo L. Menéndez va más allá de esa concepción simplista, analizándola desde tres perspectivas. En la primera se refiere a la familia como una unidad descriptiva por medio de la cual se observa cómo sucede el fenómeno; en la segunda se le considera a la familia como una unidad explicativa, al ser un factor que propicia el surgimiento de la enfermedad y, en la tercer perspectiva como una unidad de acción, retomando su intervención durante el proceso y visualizándola como una pieza fundamental en el tratamiento y control de la enfermedad<sup>2</sup>.

Es esta visión la que permite entender a la familia como creadora de padecimientos, pero al mismo tiempo se le reconoce como una unidad capaz de modificarlos y es en esta función activa de la familia sobre las enfermedades en donde se instalan otros cuestionamientos ¿qué sucede con las modificaciones que ocurren en la familia a causa de la diabetes?, ¿no sería acaso que la enfermedad también puede tener la capacidad de modificar la estructura familiar, sus relaciones y significados, envolviendo a estos dos aspectos en una relación de cambio continuo?

Es esta última interrogante la que da pie a la creación del presente trabajo de investigación, teniendo como objetivo el analizar las influencias existentes de la diabetes sobre la familia y de esta última en el control de la enfermedad. Para lo cual se contó con la participación de una familia, cuya característica fue contar con tres generaciones distintas de mujeres con el mismo padecimiento, la diabetes, quienes han configurado una particular forma de relacionarse, de actuar, de significar su mundo, a partir de esta condición compartida.

Este trabajo se configura de tal forma que permita dar los elementos para analizar la experiencia familiar; en primera instancia se cuenta con dos capítulos de indagación teórica en los que se da cuenta de los temas principales, la diabetes y

---

<sup>2</sup> Eduardo L. Menéndez, "Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde las perspectivas de la antropología médica", en Catalina A. Denman, Agustín Escobar y otros (coordinadores), *Familia, salud y sociedad. Experiencias de investigación en México*, México, Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, El Colegio de Sonora, 1993, pp. 130-162.

la familia. El capítulo 1, titulado *Diabetes “Muerte silenciosa”*, muestra de inicio la mirada médica respecto del padecimiento, su definición, los tipos de diabetes que existen, su tratamiento y control, sus complicaciones, con la finalidad de mostrar un panorama general de lo que están viviendo los actores, para dar cabida en el mismo apartado de la reflexión sobre lo que experimentan los pacientes, puesto que no sólo son síntomas o la expresión de ellos en un cuerpo, sino que el paciente es una persona capaz de sentir, de vivenciar y significar cada suceso en su cuerpo de una forma particular, siendo necesario que aquel lenguaje médico aterrice en la persona.

El segundo capítulo, se denomina *“Del padecer individual al familiar”* y como su nombre lo sugiere, se muestra cómo un padecimiento que en primera instancia se instala en una sola persona, puede influenciar en los contextos con los que se relaciona. En un inicio se aborda la transformación individual, es decir, aquellos cambios que se generan en el individuo a raíz de la diabetes, no desde el plano médico sino desde lo psicológico y social; las particularidades generadas en el enfermo dependiendo del momento biológico en el que suceda el diagnóstico y el proceso de duelo característico en una situación de pérdida como lo es una enfermedad.

Considerando que los cambios no suceden en aislado, que uno de los principales contextos de afectación es la familia y que ésta es un pilar de la presente indagación, es necesario abordar los cambios suscitados en este núcleo social a partir de la enfermedad, no sin antes realizar un abordaje teórico sobre la familia, sus múltiples definiciones, su evolución histórica, la diversificación de formas de familia existentes, su composición, jerarquías, roles, entre otras características que tiene este grupo. Así mismo se muestra una forma particular de entender a la familia, una visión desde la orientación construccionista, proporcionando conceptos clave para su entendimiento, como significados, relaciones, intersubjetividad, entre otros.

En el tercer capítulo se muestra la orientación teórico-metodológica a seguir en el acercamiento a la experiencia familiar, a la que se ha tenido la oportunidad de

acceder, cuáles son aquellos significados compartidos con la comunidad científica que permiten analizar las vivencias de los actores.

La orientación que guía el presente trabajo se instala en el marco de la interpretación, particularmente en la racionalidad hermenéutico-interpretativa<sup>3</sup>, ya que permite, entre otras cosas, reconocer la participación activa de los actores en sus vidas, no como meros respondientes ante su ambiente, sino como artífices de sus historias, permitiendo encontrar los motivos de sus acciones en sus significados, en sus narraciones, como bien menciona Octavio Patiño, "... en una narrativa vivencial, en un discurso sobre la existencia humana expresado desde el lugar del protagonista, en un discurso biográfico - por más precarios que estos sean - hay siempre una lógica que sirve como articulación a las expresiones de una subjetividad enclavada en un escenario social"<sup>4</sup>.

Es en este marco que se inscribe un enfoque particular, el construccionismo social, cuyas premisas son, como su nombre lo sugiere, la construcción social de la realidad y el carácter relacional de los objetos de pensamiento. Y es en ese paradigma en donde tienen lugar dos conceptos necesarios aportados por Pierre Bourdieu, el campo y el habitus<sup>5</sup>, necesarios para el acercamiento a la experiencia familiar ya que fueron ejes para la creación de las entrevistas semiestructuradas.

Teniendo de ante-sala el bagaje teórico-metodológico mencionado, es momento de presentar la experiencia familiar en el cuarto capítulo denominado "Influencias co - construidas entre familia y diabetes", en el cual se hace un recorrido por las vivencias de los actores, organizadas a partir de los conceptos de campo y habitus. En primera instancia se encuentran aquellas categorías en donde se analiza a la familia desde su estructura, su composición, sus jerarquías, sus contextos de acción y de relación con otros, así como la aparición de la diabetes y

---

<sup>3</sup> Enrique Gracia Fuster y Gonzalo Musitu Ochoa, *Psicología social de la familia*, España, Paidós, 2000.

<sup>4</sup> Octavio Patiño García, *Sufrimiento, Identidad y acción comunitaria: una historia de vida*, México, FES Iztacala, UNAM, tesis de licenciatura, 2006, p. 38.

<sup>5</sup> Oscar A. Zapata, *La Aventura del pensamiento crítico. Herramientas para elaborar tesis e investigaciones socioeducativas*, México, Editorial Pax, 2005.

los cambios prácticos necesarios en su cotidianidad, para posteriormente dar paso a la subjetividad e intersubjetividad de los actores, sus relaciones, los significados construidos y compartidos y por último se da cuenta del objetivo planteado en un inicio, el analizar las influencias co-construidas entre familia y diabetes. De esta manera se presentan siete categorías de análisis: quién es la familia, la familia en relación con otros contextos, relaciones familiares, antecedentes de la enfermedad, la diabetes en escena, significados respecto de la familia y diabetes y las influencias co-construidas entre familia y diabetes.

Al encontrar efectivamente una influencia entre diabetes y familia, en un primer momento sobre la cotidianidad del acontecer familiar y sobre el actuar de los integrantes de la familia, así como una influencia directa e indirecta de las relaciones familiares sobre el control glucémico, se generan dos alternativas de trabajo posterior ya sea en investigaciones o en la práctica de los profesionales de salud y en particular de los psicólogos, como es la proliferación de procesos educativos en diabetes, que incluyan el conocimiento y tratamientos de los aspectos psicosociales en el individuo y la familia y la utilización de la terapia familiar construccionista como una alternativa de cambio para los problemas relacionales de este grupo social.

## CAPÍTULO 1. DIABETES “MUERTE SILENCIOSA”

El ser humano a lo largo de su vida pasa por varias cosas, hechos, vivencias, experiencias, que lo van transformando, pero algunos de ellos resultan impactantes por la brusquedad con la que se presentan, tal es el caso de la enfermedad, situación que altera la homeostasis hasta el momento adquirida. Este hecho se entiende de una mejor manera cuando se le vincula constantemente con la salud que si bien es su parte antagónica, cobra sentido en dicha relación.

Si bien la salud se comprende cotidianamente como el carecer de alguna afección física, se podría entender de forma más amplia como la define la Organización Mundial de la Salud (OMS) “...como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedad o invalidez”<sup>1</sup>. Así mismo se le entiende como una adaptación al medio, funcionando en las mejores condiciones y sobre todo en constante equilibrio con él.

Pero en la vida no todo transcurre en dicho equilibrio y se presentan eventos que alteran el curso de vida de la persona, la *enfermedad*, que es entendida como un rompimiento en la homeostasis del individuo pues perturba su funcionamiento físico, mental o social, afectando su bienestar<sup>2</sup>. De esta manera, la salud y enfermedad se conciben como mutuamente constituyentes, ya que ambas tienen su razón de ser en fundamento de la antagónica.

El proceso de salud/enfermedad no es estático, va cambiando conforme se transforma el comportamiento humano, dando paso también a nuevas enfermedades. Anteriormente las afecciones más recurrentes eran las infecciosas, las cuales han decrementado como causantes de la mortalidad de la población

---

<sup>1</sup> Bertha Yoshiko Higashida Hirose, *Ciencias de la salud*, México. Mc Graw Hill, 1996, p.5.

<sup>2</sup> *Ibíd.*

mundial y se han ponderado las no transmisibles, que son aquellas ocasionadas por los hábitos de comportamiento humano<sup>3</sup>.

Dentro de estas enfermedades no transmisibles se encuentran las enfermedades crónicas, las cuales serán parte del individuo hasta su muerte, por lo que el paciente debe modificar su forma de vida para poder hacerla compatible con los nuevos requerimientos de su condición. La diabetes se ubica en este rubro, por lo que es necesario poner sobre la mesa lo que se entenderá al momento de referir esta enfermedad, necesitando entonces detallarla a través del discurso médico.

La diabetes se considera una enfermedad crónica, degenerativa e incurable y la aparición de ésta, así como la investigación sobre la misma, no es reciente. Se tiene conocimiento de su existencia desde 1552 a.c., en el papiro de Ebers en el cual se habla de ella haciendo alusión a la poliuria (orinar con frecuencia), síntoma que también se menciona en el siglo I de la era actual en la que Celso la califica como indolora, haciendo referencia de otros datos como la pérdida de peso peligroso<sup>4</sup>.

Areteo de Capadocia en el siglo II a. c. describió a la enfermedad “...*como si la carne y los miembros se derritieran y se eliminaran por la orina*”<sup>5</sup>, razón por la cual se introdujo el término de Diabetes cuyo significado en griego es *correr, a través o atravesar*. Más tarde a finales del siglo XVII Rollo y Frank le dieron el calificativo

---

<sup>3</sup> Angélica Riveros, Jackeline Cortazar Palapa, Fernando Alcazar L. y Juan José Sánchez Sosa. "Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales" en *International Journal of Clinical and Health Psychology*, (España) vol. 5 no. 3, septiembre de 2005, pp. 445-462. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/337/33705302/33705302.html>. Visitado [05 de septiembre del 2006].

<sup>4</sup> Ernesto Aguilar Guzmán, *Cartas a un diabético. Cómo prolongar una vida saludable*, México, Trillas, 1990. La pérdida de peso peligroso es uno de los síntomas de la enfermedad, ya que por falta de insulina el organismo no metaboliza los nutrientes y empieza a tomar energía de músculos y grasa generando una disminución rápida del peso, que llega a ser de varios kilos en una semana.

<sup>5</sup> A. M. Sanmartí, *Lo fundamental en diabetes*. España, Doyma, 1991, p. 1.

de *mellitus* que *significa dulce como la miel*, debido a la similitud que tiene un enjambre de abejas sobre la miel y en la orina de los diabéticos.

La investigación al respecto de la diabetes mellitus ha sido bastante amplia y a continuación se refieren los descubrimientos más importantes: En 1796 Rollo realizó estudios sobre la catarata diabética; en 1788 Cawley establece la relación entre la diabetes y la función pancreática; Langerhans en 1869, descubre la estructura de las células del páncreas, entre las cuales se encuentran agrupaciones como islas de mar ahora llamados Islotes de Langerhans, que posteriormente se clasificaron como células alfa, beta y C; en 1877 Lancereaux realizó una primera clasificación de la diabetes en dos tipos, la primera aguda con adelgazamiento y la segunda con obesidad; en 1909 el científico Meyer sugiere el nombre de insulina para la hormona secretada por el páncreas que modula los niveles de azúcar; en 1931 se descubren las células D; posteriormente los estudios se fueron enfocando en el mejoramiento de insulinas o hipoglucemiantes orales de mayor eficacia para controlar los niveles de glucosa<sup>6</sup>.

Actualmente las líneas de investigación tienden a ser multidisciplinarias, por lo que los estudiosos han puesto su mirada en otros factores como los sociales y psicológicos, en donde se analiza la eficacia de programas de intervención comportamental<sup>7</sup>. Esto deja ver una concepción de la enfermedad más integral en el que no solo un área de conocimiento tiene participación, lo cual trae beneficios al paciente al ser tratado en su justa complejidad.

### *1.1 Describiendo la diabetes*

La diabetes se ha ido constituyendo como una enfermedad en constante crecimiento, puesto que el comportamiento del hombre ha generado conductas

---

<sup>6</sup> Ernesto Aguilar Guzmán, *óp. cit.*

<sup>7</sup> Aquilino Polaino Lorente y Jesús Gil Roales Nieto, *Psicología y Diabetes Infantojuvenil*, España, Siglo Veintiuno Editores, 1994.

nocivas que lo colocan en una posición vulnerable para desarrollar este padecimiento. Se considera que en la actualidad la diabetes se ubica como una de las principales causas de muerte en un rango de edad de entre los 15 y los 64 años de edad, con mayor prevalencia en mujeres<sup>8</sup>; se ha convertido en una prioridad para los sistemas de salud públicos, ya que el panorama no parece ser muy alentador pues las cifras de sobrepeso y obesidad van en aumento y al ser considerado éste factor como un determinante para desarrollar diabetes, se espera que en un futuro no lejano el número de pacientes enfermos por diabetes incremente.

La diabetes es una enfermedad que se puede presentar en los diferentes momentos del desarrollo del hombre, aunque predomina en las personas mayores de los 45 años, razón por la cual parecería lógico encontrar que es la segunda causa de muerte en nuestro país en adultos mayores, viendo que de cada 100 hombres 13 mueren por diabetes mellitus y de mujeres 17 por cada 100<sup>9</sup>.

Como bien menciona la Secretaría de Salud en México “La diabetes es una enfermedad de muy alta prevalencia en nuestro país y es sin duda alguna el mayor reto que enfrenta el sistema nacional de salud. Además de ser la primera causa de muerte, es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa, una de las principales causas de hospitalización y la enfermedad que consume el mayor porcentaje del gasto en nuestras instituciones públicas (alrededor de 20 %)”<sup>10</sup>, de tal suerte que se convierte en un grave problema a atender con los enfermos y a nivel de prevención, evitando que más población se vea afectada.

---

<sup>8</sup> Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud, *Secretaría de Salud*, México, 2007.

<sup>9</sup> “Estadísticas a propósito del día Internacional de las personas de edad”, *Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática*, México, 2004.

<sup>10</sup> *Ibíd.*, p.29.

Pero a todo esto ¿Qué es la diabetes mellitus?, si bien ya se ha mencionado su definición etimológica, es conveniente tener una concepción más clara y concreta. La enfermedad para ser tal, necesita un agente que la porte haciendo explícito su cuadro sintomatológico, es por ello que algunas definiciones se elaboran a partir de su personificación en el individuo,

“...el diabético es un individuo que ha perdido en mayor o menor grado su capacidad de utilizar apropiadamente en cantidad y oportunidad los nutrientes indispensables para una correcta función orgánica. No es por falta de estos nutrientes, sino por carecer de la coordinación adecuada y el estímulo suficiente para el uso correcto de los mencionados alimentos”<sup>11</sup>.

Esta enfermedad es conocida comúnmente como la “muerte silenciosa”, puesto que puede estar presente en el organismo por años sin que el paciente se percate; se caracteriza por el nulo o bajo desempeño del páncreas en la producción de insulina, hormona cuya acción principal es bajar los niveles de glucosa en sangre, interviniendo también en el metabolismo de lípidos (grasas) y proteínas, razón por la que es frecuente que las personas con diabetes presenten cuadros de desnutrición.

Habiendo elaborado brevemente una noción de lo que es esta enfermedad, ahora sería prudente responder a otro cuestionamiento, ¿Qué origina a la diabetes? Aunque para dar cuenta de esto será necesario explicar a la par qué tipos de diabetes existen, puesto que las causas de origen para éstas suelen ser diferentes.

---

<sup>11</sup> Isaias Schor y Saul Senderey, *Vivir como diabético. Guía práctica para una vida plena*, Argentina, Celsius, 1996, p. 23.

La *Diabetes tipo 1* es la llamada *insulino dependiente*, debido a que la factibilidad de vivir se da por medio de la administración de insulina. Hace su aparición en niños, jóvenes y, en menor proporción, en algunos adultos jóvenes. El descubrimiento de este tipo se hace de manera rápida puesto que el diagnóstico por lo general se elabora cuando el paciente presenta complicaciones como la cetoacidosis (acidez metabólica, por la acumulación de cuerpos cetónicos tóxicos en la sangre) o coma. La diabetes insulino-dependiente, se genera por factores inmunológicos, pero aún se ignora cómo los anticuerpos antiinsulina intervienen condicionando la destrucción de las células betas del páncreas, razón por la que los diabéticos tipo 1 dependerán de la insulina auto administrada para continuar con su ciclo normal de vida. Este tipo de diabetes la presenta un 10% del total de los pacientes, ya que los factores ambientales se han vuelto más relevantes para el caso de la diabetes tipo 2 que es la más predominante<sup>12</sup>.

La *Diabetes tipo 2* es la más frecuente en nuestro país y es denominada *no insulino dependiente*. Quien presenta este tipo de padecimiento no está exento de poder usar insulina y por lo general son tratados con hipoglucemiantes orales (medicamentos orales, que a través de diferentes mecanismos logran bajar los niveles de glucosa en sangre). El diagnóstico se elabora por lo general en adultos mayores a 45 años en los que la producción de insulina existe, sin embargo no es suficiente para una correcta función del organismo<sup>13</sup>.

Para el caso de la diabetes no insulino dependiente sus causas etiológicas son heterogéneas, multifactoriales y relacionales, conformando el rubro de pacientes diabéticos más abundante en nuestro país e irónicamente el que más se puede prevenir, puesto que gran parte de sus factores de riesgo pueden ser modificables.

---

<sup>12</sup> *Ibíd.*

<sup>13</sup> *Ibíd.*

Dentro de las principales causas se encuentran dos, las no modificables y las modificables, entre las primeras ubicamos la raza (afroamericana, latina y amerindia), el contar con antecedentes familiares de primer grado (padres, hermanos) y el haber tenido un bebé con un peso igual o mayor a cuatro kilogramos y ser mayor de 30 años<sup>14</sup>. Entre los factores modificables están el sobrepeso, obesidad central, sedentarismo, dislipidemia (niveles de colesterol y triglicéridos elevados), tabaquismo, hipertensión arterial, Acanthosis Nigricans (pigmentación oscura de la piel en los pliegues como cuello, ingles, codos entre otros, lo cual es un síntoma de resistencia a la insulina), perímetro de cintura igual o mayor a 80 centímetros en mujeres y 90 centímetros en varones y malos hábitos de alimentación<sup>15</sup>.

Si bien la *resistencia a la insulina* no es propiamente un tipo de diabetes, se puede considerar la antesala a ésta, por lo que valdría la pena exponerla brevemente; este efecto tiene lugar por causa de la obesidad, puesto que la acumulación de grasa dificulta la utilización de la glucosa por las células, generando que el páncreas libere más insulina, lo que resulta en un precoz agotamiento de este órgano y por consecuencia en la diabetes tipo 2<sup>16</sup>.

La *Diabetes del embarazo*, puede darse de dos formas: la pregestacional en la cual la mujer ya tiene diabetes mellitus ya sea tipo 1 o tipo 2 previamente y la otra es la diabetes gestacional, definida como intolerancia a los azúcares, diagnosticada por primera vez en las semanas 24 y 28 de la gestación. Debido a que ésta es una etapa en la que el organismo de la mujer sufre cambios considerables, la asociación con la diabetes trae consigo riesgos aún más elevados cuando no se lleva un adecuado control glucémico antes o durante el embarazo y estos pueden ir desde malformaciones y aborto en etapa embrionaria,

---

<sup>14</sup> En la actualidad llegan a dar casos en los que jóvenes y niños se diagnostican con diabetes tipo 2.

<sup>15</sup> Isaias Schor y Saul Senderey, *óp. cit.*

<sup>16</sup> Roberto Tapia Conyer, Oscar Velázquez Monroy, Agustín Lara Esqueda, Heriberto Vera Hermosillo, Jana Cruz Sánchez Montes, Rosa Aurora Jiménez y Juan Carrillo Toscano, "Guía Técnica para capacitar al paciente con diabetes", Secretaría de Salud, México, 2004.

parto pretérmino y óbito en etapa fetal, en el recién nacido traumatismo obstétrico, hipoglucemia, hipocalcemia e insuficiencia respiratoria y en edades posteriores, daño neurológico, obesidad y mayor riesgo de padecer diabetes mellitus. Sin embargo todos estos riesgos pueden ser prevenidos y evitados con cuidados exigentes para mantener las cifras de glucemia comparables con una persona sana<sup>17</sup>.

Se considera que los cambios hormonales propios del embarazo, participan de manera importante en el desarrollo de la intolerancia a los azúcares y las mujeres en mayor riesgo de desarrollarla son aquellas con obesidad marcada, carga genética para Diabetes Mellitus en familiares de primer grado, historia de intolerancia a los carbohidratos, edad mayor a los 25 años, perteneciente a una raza étnica con prevalencia de DM y glucosuria (emisiones de glucosa por la orina) en el embarazo actual. A diferencia de las mujeres con diabetes que se embarazan, en el caso de las mujeres con diabetes gestacional, este padecimiento suele retirarse después del parto, debido a que con la expulsión de la placenta los requerimientos de insulina disminuyen, necesitando una nueva reclasificación, aunque hay riesgo del 17 al 63% de que en un lapso de 5 a 16 años de resuelto el embarazo, se desarrolle diabetes mellitus<sup>18</sup>.

¿Cómo surge el diagnóstico de Diabetes?, cuestionamiento bastante interesante, puesto que la enfermedad puede estar presente por meses e incluso años sin que el paciente se percate de que tiene este padecimiento y una de las razones es porque “la diabetes no se siente”, debido a la compensación de la enfermedad, es decir, se pueden tener cifras altas y anormales de glucosa en sangre y la persona puede llevar su vida normal sin ningún contratiempo.

---

<sup>17</sup> Carlos Ortega González, “Diabetes y embarazo”, en Cuauhtémoc Vázquez Chávez y otros (editores), *Diabetes. Sistema de Actualización Médica en Diabetes*, México, Intersistemas, 2005, pp.155-164.

<sup>18</sup> *Ibíd.*

Entonces ¿cuándo sucede el diagnóstico?, la noticia de “tiene usted diabetes”, puede darse por la aparición de ciertos síntomas, pero un momento... ¿por qué ahora y no antes? al respecto se menciona que para la generación de la enfermedad deben contribuir dos factores, principalmente la condición hereditaria y un factor desencadenante, entendido como un sobreesfuerzo para el organismo, un factor físico agotador o un agente de tensión fisiológica que puede sacar al organismo de su ritmo de vida, alterando su estructura, funcionamiento corporal y equilibrio emocional. Los factores que considera más comunes son la obesidad, tensiones emocionales agudas, alcoholismo y/o fármacodependencia, intervención quirúrgica o episodio de la vida sexual o del desarrollo<sup>19</sup>. Entonces si se llevaba una hiperglucemia (azúcar en sangre elevada) compensada, un evento estresante puede generar que los niveles de glucemia se eleven aún más y se pueda dar la alarma de que la enfermedad está presente o ha estado presente.

Es en este momento del diagnóstico en el que se hacen presentes una serie de síntomas que son característicos de la enfermedad y que permiten la clasificación de la persona en dicho padecimiento. Estos síntomas son: *Hiperglucemia* definida como la elevación de glucosa en sangre por arriba de los niveles normales, los cuales son de 70 a 110 ml/dl en ayuno y no mayor a 140 ml/dl posprandial (dos horas después de los alimentos); *glucosuria*, la cual consiste en emisiones de glucosa por la orina, esto debido a que el organismo al detectar niveles altos de azúcar trata de eliminarlos por medio de la orina, esto sucede cuando las elevaciones son mayores a 160 o 180 ml/dl, lo cual no significa que si no se pasa estos límites no se padezca la enfermedad sino que el nivel alto no ha sobrepasado el umbral renal de la glucosa, “Por lo tanto, un individuo ya puede ser diabético sin que tenga glucosuria permanente y esta puede aparecer sólo cuando una ingestión cuantiosa de glúcidos eleve la glucemia por encima del umbral renal”<sup>20</sup>. Es por ello que la prueba para medir la glucosa por medio de la orina ha dejado de ser muy relevante, por no dar los niveles exactos de ésta.

---

<sup>19</sup> Ernesto Aguilar Guzmán, *óp. cit.*

<sup>20</sup> Isaias Schor y Saul Senderey, *óp. cit.*, p.26.

La glucosuria, por lo regular viene acompañada por emisiones constantes de orina, ya que el organismo realiza un gran esfuerzo para poder deshacerse de la glucosa, este síntoma se denomina como *poliuria* y genera un empobrecimiento del organismo en cuanto al agua, lo que a su vez da lugar a otro síntoma la *polidipsia*, definido como el consumo de grandes cantidades de líquido, acción por la que el organismo intenta recuperar lo perdido<sup>21</sup>.

Como se había comentado, la diabetes es una enfermedad en la cual el metabolismo de los hidratos de carbono no es el único que está trastornado sino también el de los nutrientes, específicamente las proteínas y lípidos ya que estos entran al organismo, pero no son aprovechados. Esta situación es la que da lugar a otro síntoma, la *polifagia* caracterizada por una sensación constante de hambre y como consecuencia una ingesta continua de alimentos<sup>22</sup>.

Cuando los nutrientes no son aprovechados por nuestro organismo, este no puede tomar la energía suficiente para funcionar, por lo que saca fuerza de las reservas del cuerpo, que son principalmente los músculos, mostrando así el síntoma de *pérdida de peso*. Se debe hacer consideración de que este síntoma es sumamente acelerado, pudiendo perder varios kilogramos incluso en semanas<sup>23</sup>.

Si bien los síntomas son característicos de las personas con diabetes, estos no bastan para dar un diagnóstico, considerando la importancia que tiene el comprobarlo antes de comunicarlo al paciente, ya que el impacto que tiene sobre la persona la notificación de padecer una enfermedad crónica puede llegar a ser devastadora, por lo que las diferentes pruebas para establecer el diagnóstico son necesarias.

---

<sup>21</sup> *Ídem.*

<sup>22</sup> *Ídem.*

<sup>23</sup> *Ídem.*

Los indicadores analíticos no solo se emplean para el diagnóstico sino para la evaluación del estado del diabético cuando ya se sabe esta condición. Entre los principales se puede encontrar la *glucosuria*, para el establecimiento de esta es necesario analizar la orina de 24 hrs., y conocer los hidratos de carbono que ha consumido la persona. Esto debido a que actualmente se considera que una eliminación de glucosa por la orina superior al 15% de los hidratos de carbono consumidos en la dieta, denotan que el paciente tiene problemas en el metabolismo de estos<sup>24</sup>.

La *cetonuria* son las mediciones de cuerpos cetónicos en la orina, los cuales se generan al elevarse considerablemente los niveles de azúcar, por ello que el indicador se considera fiable para establecer el diagnóstico. La *glucemia basal y posprandial*, son mediciones que se obtienen de la sangre en un laboratorio o de sangre capilar (de los dedos), los niveles normales, en ayuno deben estar debajo de 100 mg/dl, y dos horas después de los alimentos (posprandial), hasta 140 mg/dl, cuando los niveles sobrepasan estas cifras se puede empezar a considerar un trastorno en el metabolismo de los hidratos de carbono. A través del monitoreo de glucosa capilar se puede determinar un *perfil glucémico*, que también sirve para determinar el diagnóstico así como en el tratamiento de los diabéticos al permitir observar el comportamiento de la glucosa en distintos momentos del día, debido a que se constituye de siete tomas: ayuno, dos horas después del desayuno, antes de comer, dos horas después de comer, antes de cenar, dos horas después de cenar y una durante la madrugada<sup>25</sup>. La *curva de glucemia* es un elemento con frecuencia recurrente para el diagnóstico y consiste en la administración al paciente de una cantidad de glucosa disuelta en agua y se van haciendo determinaciones por medio de la sangre de cuál es el comportamiento metabólico, considerándose normales los siguientes datos de referencia: glucemias inferiores a 200 mg/dl a los 60 y 90 minutos de la ingestión del azúcar,

---

<sup>24</sup> Aquilino Polaino Lorente y Jesús Gil Roales Nieto, *óp. cit.*

<sup>25</sup> Este perfil, toma el nombre coloquial de automonitoreo o monitoreo y en la práctica se ve modificado dependiendo del criterio médico, puesto que este registro se ha constituido como una herramienta útil en el tratamiento de las personas con diabetes, permitiéndole al paciente conocer el comportamiento de su glucosa ante los tratamientos médicos, nutricionales, físicos entre otros.

e inferior a 140mg/dl a los 120 minutos de la administración de glucosa, si los niveles están por arriba de los normales se puede inferir el diagnóstico de diabetes en relación con otros indicadores de acuerdo al conocimiento médico<sup>26</sup>.

Por último es necesario mencionar la *hemoglobina glucosilada*, ya que este estudio permite conocer la evolución de la glucosa de dos a tres meses anteriores, sus resultados se dan por porcentajes: 13% y 14%, denotan un riesgo crítico y muestra que las cifras de glucosa se han mantenido de 340 a 380 mg/dl en los últimos meses, en 11% y 12% existe un riesgo aumentado de complicaciones estando las cifras de los últimos meses de 280 a 310 mg/ dl, en 9% y 10%, el riesgo es alto puesto que la glucosa ha oscilado entre 210 a 249mg/dl, una hemoglobina de 7% y 8% denota un riesgo moderado, puesto que la azúcar en sangre ha estado de 140 mg/dl a 180 mg/dl, el riesgo más bajo se observa cuando una hemoglobina se encuentra entre 5% y 6%, ya que muestra que el paciente ha llevado un buen control en su tratamiento<sup>27</sup>.

El perfil glucémico mejor conocido como automonitoreo y la hemoglobina glucosilada se van convirtiendo en dos herramientas básicas para el control de la persona con diabetes ya que no solo muestra los niveles de glucosa, sino el comportamiento ante los diferentes momentos en la vida del paciente y la adherencia al tratamiento que la persona ha llevado, por lo que permite ajustes al tratamiento, un mayor compromiso hacia él y principalmente que el paciente conozca su metabolismo y que aprenda a actuar de una manera más pertinente. Lamentablemente no se practica uniformemente en las unidades de salud, haciéndose más frecuente su uso en la práctica privada. En instituciones públicas el control por lo general se lleva con exámenes de laboratorio que muestran solo una toma de glucosa al mes, lo que no refleja el control del azúcar si se considera que en el perfil glucémico son mínimo siete evaluaciones por día.

---

<sup>26</sup> Aquilino Polaino Lorente y Jesús Gil Roales Nieto, *óp. cit.*

<sup>27</sup> Mendoza R. Y, Asociación Mexicana de Diabetes en la Ciudad de México, A. C.

## 1.2 ¿Cómo se trata la diabetes?

Un tratamiento integral requiere de la atención de diferentes profesionales como médicos, endocrinólogos, nutriólogos, psicólogos, estomatólogos, personal de enfermería, podólogos, instructores físicos, entre otros, ya que se trata a una persona y por tal motivo se le tiene que atender en diferentes campos, porque una acción conjunta puede garantizar mejores resultados al paciente.

El control glucémico del paciente tiene que cubrir diversos factores: la administración de insulina o ingestión de hipoglucemiantes orales, ejercicio físico y el estilo de vida, en el cual se incluyen aspectos como nutrición, conducta, emociones, afrontamiento hacia el estrés, entre otros.

El control del diabético, está caracterizado por mediciones de glucosa, así como distintos exámenes de rutina como, química sanguínea, hemoglobina glucosidada, fondo de ojo, depuración de creatinina, por mencionar algunos, por medio de los cuales se puede conocer el estado actual del paciente, así como a proliferación de algunas complicaciones.

La administración de insulina e/o hipoglucemiantes orales es una parte fundamental ya que es lo que garantiza un buen funcionamiento del organismo y evita tener descompensaciones. Los ajustes los realiza el médico en base a los diferentes estudios a los que se somete el paciente, su evolución e incluso dependiendo de la etapa de desarrollo en que se encuentre (infancia, adolescencia, etc.), o algún evento excepcional (vacaciones, algún problema personal, entre otros).

La insulina únicamente puede ser aplicada por vía subcutánea y aplicarse en zonas grasas del cuerpo como abdomen, muslos, brazos y rotar las áreas para garantizar una buena absorción y efecto de la hormona. Existen diferentes tipos de insulina y su clasificación depende de la rapidez de su acción; rápidas, simples

o regulares, semirretardadas, retardadas y muy retardadas y su prescripción es en función del comportamiento glucémico y las necesidades del paciente<sup>28</sup>.

Los hipoglucemiantes orales son prescritos por lo general a diabéticos tipo 2, aunque estos no están exentos del uso de insulina, entre ellos se encuentran los siguientes: las *sulfonilureas* (clorpropamida de primera generación y de segunda, glibenclamida, glicazida, glipizida, gliquidona, glisentida y glimepirida), que estimulan la secreción de insulina por el páncreas. La función de las *biguanidas* como la buformina y metformina no se conoce con precisión pero necesita que exista insulina para poder ejercer su acción hipoglucemiante. La arcabosa y miglitol se denominan como *inhibidores del alfa glucosidasa* y ayudan a retrasar la absorción de los glúcidos reduciendo así la glucosa postprandial. Las *tiazolidindionas* (pioglitazona, rosiglitazona), son capaces de incrementar la sensibilidad de las células ante la insulina y su uso se autoriza cuando se asocian a biguanidas o sulfonilureas. Por último las *meglitinidas* (repaglinida y nateglinida) estimulan la secreción de insulina, pero su acción es rápida y corta<sup>29</sup>.

El ejercicio físico es fundamental al hablar de diabetes por sus múltiples beneficios como; la mejora en la circulación, lo cual previene enfermedades coronarias, disminuye los niveles de colesterol, previene varices, normaliza niveles de presión arterial, ayuda en problemas de estreñimiento, previene la obesidad, apoya en el equilibrio psíquico y nervioso, ayudando de esta manera a un tratamiento integral en cualquier enfermedad incluyendo la diabetes.

Claro que también se pueden ubicar beneficio directos sobre la glucemia, basta caminar 20 minutos para que las reservas de glucógeno muscular disminuyan y después comienzan a disminuirse la glucosa en sangre. En el día posterior al

---

<sup>28</sup> Aquilino Polaino Lorente y Jesús Gil Roales Nieto, *óp. cit.*

<sup>29</sup> Montse Barba Boada, Rosa Mas Frigola, Mercé Miró Anglada y M. Rosa Vidal Martí, "Ficha Farmacológica. Antidiabéticos orales" *Rev. Mult. Gerontol*, vol. 14, no.3, 2004, pp.190-182. [http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2004\\_3/fichafarmacologica.pdf](http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2004_3/fichafarmacologica.pdf). Visitado [09 de septiembre del 2008]

ejercicio el organismo tolera mejor los carbohidratos y a nivel celular hay implicaciones en el control glucémico ya que ayuda a que la célula sea más sensible ante la acción insulínica.

El ejercicio en la actualidad se considera como un pilar en el tratamiento de la diabetes en conjunto con otros como la alimentación, la cual para una persona con diabetes es fundamental puesto que de acuerdo con el régimen alimentario que lleve, se pueden hacer también las modificaciones a su medicación. Lo que caracteriza este tipo de diabetes es la eliminación del azúcar en forma tradicional, así mismo se sugiere disminuir la cantidad de sal y el consumo de carnes rojas. Esto debido a que para lograr evitar las complicaciones al máximo, glucosa, presión arterial y colesterol tienen que mantenerse en cifras normales.

La dieta de la persona con diabetes es extremadamente cuantitativa, puesto que es estricta la normatividad en cuanto a cantidades, ya que si bien el régimen alimentario incluye alimentos de los diferentes grupos alimenticios se tiene que cuidar cuanto se ingiere de cada uno en cada comida, porque pasarse de esto puede provocar elevaciones de glucosa que son dañinas para el organismo.

Para lograr tener una alimentación saludable y que cumpla con los requerimientos del organismo, puede necesitarse la orientación de un profesional quién acondicionará el régimen de acuerdo a las características de la persona como, edad, sexo, momento biológico, actividad física, entre otros<sup>30</sup>.

Se atiende a una persona y no solamente un conjunto de síntomas, por tal motivo los profesionales de salud colocan su atención en otros aspectos que influyen ya sea directa o indirectamente sobre el estado de salud del paciente. Por tal motivo en el tratamiento se han incluido otras vertientes de atención como la educación diabetológica ya sea informal o formal. La primera comienza en el mismo instante del diagnóstico, puesto que el individuo tendrá que comenzar a incluir en su

---

<sup>30</sup> Isaias Schor y Saul Senderey, *óp. cit.*

vocabulario y conocimiento términos provenientes del discurso médico que serán vitales para poder controlar su enfermedad. El segundo tipo de formación puede ser por medio de cursos, talleres, diplomados que no solo brindan el conocimiento práctico, sino teórico de lo que está sucediendo con su organismo.

El objetivo de esta formación es influir en la conducta de auto cuidado del paciente, ya que el proceso educativo le da la posibilidad de tener conocimientos de la enfermedad pero también desarrollar habilidades para el autocontrol, favoreciendo actitudes positivas, seguridad y apoyo emocional al paciente para poder adecuarse de forma satisfactoria a su nueva condición de vida<sup>31</sup>.

Social y psicológicamente la persona también atraviesa por una serie de cambios con la finalidad de adecuar su vida o adecuarse a la vida con las nuevas condiciones de su existencia y en ocasiones aunque esta adaptación ya se haya dado, el individuo pasa por diferentes circunstancias de vida en los cuales hay que prestar atención puesto que influyen en el control de la enfermedad y se tienen que considerar.

Debido a que el médico es el primer profesional con el que tienen contacto el paciente, este debe estar atento a los aspectos psicosociales involucrados, la etapa de desarrollo que vive e incluso las diferentes crisis adaptativas por las que transcurre el individuo. De las principales a las que hay que estar atentos están: el proceso de pérdida generado desde el momento del diagnóstico y hasta la aceptación de la enfermedad y sus cambios que esta requiere; transformación del estilo de vida como la medicación, alimentación, mediciones constantes, evaluaciones de laboratorio, ejercicio; las etapas del desarrollo que pueden traer cambios emocionales, metabólicos, hormonales, conductuales, entre otros; las crisis circunstanciales como pérdidas de familiares, personales u otros; el manejo de estrés que tenga la persona; la situación emocional. El aspecto familiar se considera dentro de los anteriores y es fundamental puesto que la familia puede

---

<sup>31</sup> Aquilino Polaino Lorente y Jesús Gil Roales Nieto, *óp. cit.*

incluso pasar por procesos paralelos a los del paciente e influir también en como elabora su control, es por ello que se le vincula frecuentemente en los tratamientos.

De esta manera se muestra desde una perspectiva general como se trata a un paciente con diabetes, sin embargo no siempre es llevado a cabo en todos sus aspectos y aunque si es posible llevar un control excelente, las complicaciones pueden presentarse, por lo que el siguiente apartado las refiere para ampliar el panorama de la enfermedad.

### *1.3 ¿Qué consecuencias tiene la diabetes?*

Si bien ya hay herramientas que permiten un buen control de la glucosa, también es cierto que la mayoría de los paciente diabéticos llegan a desarrollar complicaciones y por lo general debidas a cuadros de descompensaciones de años, ya sea por que el paciente no se haya percatado de tener la enfermedad, falta de adherencia a los tratamientos o cuadros inadecuados de tratamiento.

Esta enfermedad está considerada como degenerativa ya que su inadecuado control lleva al organismo al deterioro en diferentes órganos, sistemas o áreas del cuerpo, esto no significa que todo paciente va a llegar a desarrollar las complicaciones que a continuación se citarán, pero si es una probabilidad que acecha y que por tal motivo se procura que los niveles de azúcar estén en niveles normales para poder evitar o retrasar la aparición de consecuencias que pueden deteriorar considerablemente la calidad de vida del individuo llevándolo incluso a la incapacidad de hacer labores cotidianas o haciéndolas más complicadas.

En el andar con la enfermedad, pueden surgir dos tipos de riesgo: las urgencias y los daños generados gradualmente. En los primeros se encuentran la *hipoglucemia* considerado como un nivel de glucosa por debajo de 60 mg/dl y es más frecuente en personas que emplean insulina. Los síntomas tempranos (entre

40 y 55mg/dl) que presenta el paciente son sudoración, temblor, alteraciones visuales, nerviosismo, dolor de cabeza, frecuencia cardíaca rápida, debilidad, hambre, mareo, irritabilidad, náusea, piel fría y húmeda. En este momento este problema se puede corregir ingiriendo algún alimento con azúcar. Los síntomas posteriores (por debajo de 40mg/dl) son lenguaje farfullante, conducta semejante a ebriedad, somnolencia y confusión. Los síntomas de urgencia (azúcar por debajo de 20mg/dl), son convulsiones e inconsciencia; ésta urgencia puede ser mortal sino se da solución inmediata, de ahí la importancia que el paciente aprenda a conocer su metabolismo y comportamiento de la glucosa. Hay personas que debido a una larga evolución de diabetes ya no perciben una baja de azúcar en sus etapas tempranas por lo que se pueden generar *hipoglucemias inadvertidas*, reconociéndose síntomas tardíos como confusión o lenguaje farfullante<sup>32</sup>.

El síndrome hiperosmolar diabético (SHD), se debe a un nivel elevado de azúcar en la sangre de 600 mg/dl o más, e incluso la sangre se vuelve más espesa, las células ya no pueden absorber tanta azúcar y se da un proceso de filtración que toma mucho líquido del cuerpo y genera deshidratación. Este síndrome se da por lo general en pacientes con diabetes tipo 2, ya sea que desconozcan que tienen la enfermedad o que no monitoricen su azúcar. Los síntomas son: sed excesiva, aumento en la orina, debilidad, calambres en las piernas, confusión, pulso rápido, convulsiones y/o coma. Lo sugerido en este caso es la intervención de personal médico para estabilizar la glucosa ya que si no se atiende puede desencadenar en el deceso del paciente<sup>33</sup>.

La cetoacidosis diabética es considerada otra de las urgencias que se pueden presentar y esta considerada como un aumento de ácidos en la sangre (cetonas), las cuales se generan en un proceso en el que el organismo degrada la grasa para poder tener energía. Este suceso se presenta con mayor frecuencia en

---

<sup>32</sup> María Collazo Clavell, (editora), *Guía de la Clínica Mayo sobre tratamiento de la diabetes, México*, Intersistemas, 2002.

<sup>33</sup> *Ídem.*

diabéticos tipo 1, que no se han administrado la suficiente insulina o no se han percatado de que tienen la enfermedad. Así mismo el estrés o infecciones, también contribuyen a este hecho ya que el cuerpo produce adrenalina que combate las situaciones estresantes, pero al mismo tiempo inhibe la producción de insulina, provocando elevaciones de glucosa. Los síntomas de esta complicación son: respiración rápida y profunda, olor dulce, aliento a fruta, falta de apetito, pérdida de peso, náusea, vómito, fiebre, dolor de estómago, fatiga, debilidad, somnolencia y confusión. La determinación de cetonas puede hacerse en el hogar o en una institución de salud, pero si es elevado hay que atenderlo porque de otro modo la persona puede entrar en coma y desencadenar la muerte<sup>34</sup>.

Pasando a aquellas afecciones a largo plazo, los puntos más vulnerables del organismo que ataca la diabetes frecuentemente durante su estadía con el paciente, son los ojos, la boca, pies, riñones y corazón además de otras afecciones, las cuales ya les han sucedido a algunos de nuestros actores del presente trabajo y que por lo tanto forman parte de su vivencia y no esta de más comprender una poco más a detalle.

La *neuropatía* es una consecuencia frecuente, de hecho hay datos de que 6 de cada 10 pacientes, pueden presentar estas afecciones, y se habla en plural ya que si bien se considera un solo trastorno puede afectar distintas zonas del sistema nervioso central, generando problemas a diferentes niveles. Esta complicación se describe como una afectación de las paredes de los diminutos vasos sanguíneos que forman parte nervioso, por lo que la sensación y la percepción de estímulos exógenos se ven distorsionados. Cuando el daño se presenta en los nervios que controlan los músculos puede generar debilidad y marcha inestable; cuando es a los nervios autonómicos, aumenta la frecuencia cardiaca y el nivel de transpiración, afecta la función sexual en ambos sexos. Al dañarse los nervios sensoriales, la percepción de sensaciones como dolor, frío,

---

<sup>34</sup> *Ídem.*

calor y textura se alteran, atacando principalmente las piernas y pies, presentando también sensaciones como hormigueo, entumecimiento, dolor y ardor<sup>35</sup>.

Cuando la neuropatía ataca los pies, se puede generar lo que se denomina pie diabético, ya que al no percibir sensaciones como el dolor, calor, entre otros puede ser que la persona se lastime fácilmente y no se percate de la herida, lo cual genera infecciones, ulceraciones e incluso puede suceder la pérdida de algún miembro. Es por ello que se sugiere que el paciente haga revisiones periódicas de sus miembros inferiores, use zapatos cómodos, entre otras recomendaciones, además del chequeo que el médico debe incluir en su consulta.

De los órganos que son más vulnerables, son los riñones, ya que se componen de millones de vasos sanguíneos diminutos a través de los que se filtran los desechos y se eliminan por la orina. El riesgo de padecer *nefropatía*, aumenta cuando surgen otras enfermedades asociadas como la hipertensión arterial. En un inicio no se presentan síntomas, sino hasta que los daños son prominentes ubicando principalmente: edema en tobillos, pies y manos, falta de aire, elevación de la presión arterial, confusión o dificultad para concentrarse, falta de apetito, náusea, vómito, fatiga, piel seca y comezón<sup>36</sup>.

El tratamiento varía dependiendo de lo avanzado del daño, cuando apenas inicia se puede mantener la funcionalidad del riñón con una alimentación adecuada y manteniendo controlada la glucosa y tensión arterial en lineamientos normales. Cuando se da la insuficiencia renal es necesario llevar al paciente a procedimientos de diálisis en los que de forma artificial se limpia el organismo de los desechos tóxicos que ya no se pueden eliminar de manera natural y como otra opción se presenta el trasplante renal, sin embargo, esta opción parece ser poco factible por el costo económico que implica y la posibilidad de encontrar un donante.

---

<sup>35</sup> *Ídem*

<sup>36</sup> *Ídem*

Los ojos, aunque muy preciados para la persona, también son puntos vulnerables cuando se tiene diabetes, este daño es conocido como retinopatía diabética y de forma similar a las otras complicaciones, se genera por las alteraciones que sufren los múltiples vasos sanguíneos existentes cuando se tienen concentraciones elevadas de glucosa en sangre y se hace más frecuente cuando la evolución de la enfermedad pasa los veinte años<sup>37</sup>.

Existen dos tipos de retinopatía, la no proliferativa y la proliferativa: en la primera, “los vasos sanguíneos de la retina se debilitan e hinchan o desarrollan abombamientos o depósitos de grasa”<sup>38</sup>. Sin embargo es considerado el trastorno más frecuente y menos severo ya que no afecta la visión a menos de que algunos de los vasos se ubiquen en la mácula, porción de la retina encargada de la visión más aguda. En el caso de la retinopatía proliferativa, su progresión puede incluso generar ceguera ya que los vasos de la retina se dañan y pueden sangrar o cerrarse, si el sangrado es intenso puede oscurecer la visión y los nuevos vasos que se forman pueden empujar o jalar la retina. Los síntomas tempranos son pocos y cuando avanza son los siguientes: arañas, telarañas o pequeñas manchas que flotan en el ojo, sombras grises, visión borrosa, palabras borrosas cuando se lee, una mancha oscura, una película roja que bloquea la visión, dolor ocular, líneas rectas distorsionadas, destellos, luz o halos alrededor de los objetos y pérdida de la visión. El tratamiento es a través de cirugías con láser para sellar los vasos débiles, sin embargo a pesar de varias sesiones puede no recuperarse la vista completamente<sup>39</sup>.

Dentro de las otras afecciones que se tiene el riesgo de padecer es el de sufrir problemas cardiovasculares, como dolor en el pecho, ataque cardíaco (que en ocasiones se presentan sin síntomas), ataque cerebro vascular, hipertensión arterial, estrechamiento de las arterias de las piernas y cerebro por mala

---

<sup>37</sup> *Ídem.*

<sup>38</sup> *Íbid., p.30.*

<sup>39</sup> *Ídem.*

circulación, ya que se crean depósitos de grasa que impiden una buena circulación aumentando la presión<sup>40</sup>.

Las infecciones son otro factor que es recurrente en la vida del diabético, ya que se convierte en un círculo que genera descompensaciones. Por un lado la elevación de la glucosa genera la proliferación de bacterias y gérmenes que aumentan el riesgo de tener una infección, cuyos lugares más propicios son vías urinarias, áreas genitales, boca, pies, entre otros y por si no fuera poco el hecho de tener infecciones inhabilita la acción de la insulina, manteniendo elevada la glucosa, es por ello que resulta de vital importancia atender a estas infecciones, ya que pueden mermar capacidades del individuo.

Si bien el panorama de las complicaciones parece ser aterrador, no es un hecho que todas las personas con diabetes padecerán de esto, ni existe un tiempo exacto, lo que si es conocido es que estos daños pueden ser retrasados e incluso evitados cuando el control de glucosa se lleva adecuadamente.

#### *1.4 ¿Y el enfermo?*

Esta me resulta una buena pregunta en el sentido en que hasta el momento esta redacción se ha enfocado a desglosar médicamente que se entiende al hablar de diabetes, y aunque es fundamental como antesala para entender lo que viven los actores involucrados, no es suficiente, ya que solo se vuelve una realidad cuando se sitúa en un individuo que vivencia esta condición, la cual implica tener una experiencia de vida y una visión de la enfermedad muy particular, la de una persona con diabetes.

Debido a que es una enfermedad crónica el individuo tiene el tiempo suficiente para poderla significar, re-significar y tal vez volverla a re-significar de acuerdo a sus vivencias en el andar con ella, ya sean positivas o negativas. Como bien

---

<sup>40</sup> *Ídem*

menciona Fitzpatrick <sup>41</sup> las enfermedades de tipo crónico pueden ser vividas y reinterpretadas por los individuos, pudiéndose convertir en padecimientos ya que el individuo convive más tiempo con su enfermedad y le permite resignificar síntomas y tratamiento.

En la antropología médica de Norteamérica se mencionan tres dimensiones para este tipo de experiencias: por un lado el “disease”, entendido como la enfermedad conocida médicamente (lo que se ha abordado hasta el momento), en donde solo se evoca la anormalidad en la función de órganos reconocidos por la biomedicina. El “illness” que es un padecimiento en el que se involucran las percepciones y experiencias de la enfermedad y el “sickness”, término que designa a las dos dimensiones, la enfermedad y el padecimiento, en donde se les dan significados reconocidos socialmente, lo cual permite conocer las condiciones sociales e históricas de elaboración de las representaciones sociales del enfermo y el médico<sup>42</sup>.

Hasta el momento se ha llegado solo al “disease” como menciona Kleinman, ya que se ha abordado exclusivamente el discurso biomédico, sin embargo la enfermedad no puede reducirse solo a esto, puesto que se requiere de un entendimiento más amplio y quién más puede ayudarnos en esta tarea que personas que han tenido esta vivencia por algunos años y que dichas experiencias les da la facultad de hablar al respecto.

Sí, me refiero a los actores centrales de este trabajo, Matilde, Paulina y Katia, quienes a través de cinco años han podido conocer la enfermedad no solo desde su perspectiva teórica sino de la vivencia, ya que han experimentado en su persona las implicaciones que tiene vivir con la enfermedad, algunas durante más

---

<sup>41</sup> Citado por Roberto Navarro Campos, Diana Torrez y Elia Nora Arganais Juárez. “Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la ciudad de México”, en *Cad. Saúde Pública*, (Brasil), vol.18, no.5, 2002, pp. 1271-1279. [www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=pid=s0102311x2002000500019](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=pid=s0102311x2002000500019). Visitado [10 de noviembre del 2009].

<sup>42</sup> (Kleinman y otros) citados por Roberto Navarro Campos y otros, *óp cit.*

tiempo otras menos, pero que tienen una característica bastante interesante, todas son miembros de la misma familia, son tres generaciones unidas por una condición de vida “la diabetes” y cuyo testimonio favorece el análisis que tendrá lugar en capítulos posteriores, pero que cabe incluir desde ahora para conocer su perspectiva de la enfermedad, en referencia a lo que ellas entienden de ella y como ese conocimiento está formando parte de su vida actual.

Las tres tienen una noción de la enfermedad, algunas no muy clara pero con la idea de que su organismo ya no tiene la misma funcionalidad, algo le falta, algo no está bien...

*K: La diabetes es una enfermedad crónica, es muy conocida como la muerte silenciosa ¿Por qué? porque si tú no controlas tu dieta, se te pueden empezar a caer los dientes, por una cortadita de una hoja o algo se te va engangrenando todo y te lo tienen que cortar, entonces...*

*P: El bajo desempeño del páncreas, por lo que yo he aprendido con los cursos que he tenido, no saca suficiente insulina, no tiene la fuerza suficiente para estar trabajando, para producir insulina, eso es lo que es la diabetes.*

*M: La glucosa no trabaja, yo no he tomado clases de eso como Katia. La glucosa ya no trabaja igual por eso se baja y se sube el azúcar, eso es lo que a mi me dice mi hija, Katia es la que más me dice que ya no trabaja la glucosa, que por eso se sube la azúcar...*

No solo nos quedamos con la deficiencia de algún órgano, sino con significaciones que se van elaborando como la de “muerte silenciosa”, algo que si bien Katia no ha experimentado en un grado crítico puesto que aún no ha presentado complicaciones, si concibe lo que puede suceder, lo que le puede pasar también a ella, ya no solo como espectador sino como un individuo que ya está en el ruedo y cuyas acciones pueden ser definitivas sobre su vida.

Cabría resaltar algo, Katia habla de que el término de “muerte silenciosa” es muy conocido, lo cual da pauta a decir que es una significación que no se produjo solo de su propia subjetividad sino que esta noción se la ha apropiado del entorno social en el que se ha visto envuelta a raíz del diagnóstico. Probablemente pueda ser solo un adjetivo más, sin embargo la implicación que tiene puede ir más allá, ya que su contenido no solo habla de un proceso degenerativo, sino de un

proceso de sufrimiento, de pérdida constante que en su momento el individuo puede aceptar como algo que tiene que suceder y no como algo que se puede evitar.

El saber no es estático se transforma continuamente y también se transmite tal es el caso de Matilde la cual si bien no entiende aún términos médicos o llega a confundirlos, lo ha vivenciado y sus otras dos compañeras Katia y Paulina son portavoces de esta información, es donde el compartir no solo familia sino una condición particular permite otro canal de comunicación relacionado, la enfermedad.

Paulina al convertirse en la principal cuidadora de Katia cuando a ésta se le diagnostica la diabetes, le permite involucrarse en un lenguaje más teórico sobre la enfermedad (lo cual se puede observar en sus respuestas y en entrevistas en donde puede ser capaz de proporcionar basta información médica al respecto), puesto que la función que tendría que desarrollar a partir de ese momento requería no solo información sino formación al respecto del cuidado de su hija. Probablemente sea la razón del porque comienzan a involucrarse en procesos educativos continuos como cursos, talleres, campamentos, lecturas sobre la enfermedad y su tratamiento, ya que esto les proporcionaría más herramientas para poder transformar su vida y formar la de Katia que solo era una niña.

De esta manera empiezan a formar una concepción particular de la enfermedad, hasta el momento en un plano biomédico, del saber que sucede con su cuerpo que ya no tienen el mismo funcionamiento, pero ¿Qué sucede con la significación que se le dio a partir de convivir con ella?...

*M: ¿Para ti, que significa la enfermedad en tu vida?*

*K: Pues muchas cosas, más malas que buenas, porque me quito todos mis privilegios, entonces, buenas porque sé cómo puedes evitar que te corten un dedo que se te vayan cayendo los dientes o simplemente quedar ciega y pues llevas una dieta, hace que adelgaces, sí, eso sí, pero son más malas que buenas. Buenas son el adelgazamiento por la dieta, no sé, puedes, no sé, es que como te lo digo, es que no...*

*P: ...se siente más débil y no puede mantener el control sobre sí misma puesto que la enfermedad la ha trastornado tanto física como mentalmente*

*M: bien, ya me acostumbre, ya me acostumbre*

Por un lado Katia hasta el momento la concibe como un suceso de pérdida, ya que aunque visualiza los beneficios, éstos no son suficientes como para no rechazar la enfermedad, puesto que ésta se ha significado como limitación o prohibición lo que le impide hacer su vida como ella desea. En el caso de Paulina esta condición de vida es limitante no solo de permitirse privilegios o no, como menciona Katia sino que la ha llevado a una condición de limitación de capacidades personales, lo cual al relacionarse con enfermedades añadidas como problemas de la columna le genera mayor dificultad para mantener una buena calidad de vida. Matilde por su parte el proceso hasta el momento vivido y las características personales propias le ha permitido generar un proceso de adaptación y asimilación de la enfermedad más favorable, ya se ha acostumbrado, es decir, ya ha adoptado a la diabetes como parte de sí misma y a partir de lo cual tendrá que hacer modificaciones en su estilo de vida lo cual tampoco le ha generado problemas.

Katia, Paulina y Matilde viven una enfermedad que se presenta, si bien con similitudes, también con diferencias lo cual genera que la conciban de diferente manera, relacionando también que las características personales de cada individuo influye considerablemente en cómo se enfrentan las diferentes circunstancias de la vida, en este caso la enfermedad. Sin embargo entre ellas tres forman un núcleo bastante interesante, una familia, que por solo el hecho de serlo tienen características particulares y más aún cuando comparten la enfermedad como condición de vida personal y familiar.

De esta manera las vivencias ya no son aisladas, sino que se vuelven compartidas al tener factores en común, aunque esto no garantiza relaciones constructivas o destructivas al interior de la familia. ¿Cómo se relaciona esta familia?, ¿Sus características como les facilitan o dificultan la relación dentro del núcleo familiar?, ¿Estas relaciones como influyen en cada individuo y en su enfermedad? Estos son

algunos cuestionamientos que han surgido al tener contacto con esta familia y que resultan de interés poder desarrollarlos. Para poder lograrlo será necesario poner de antesala que se entiende como familia, cuáles son sus características, los diferentes tipos, que pasa cuando se integran personas enfermas, entre otros aspectos. Por lo que el siguiente capítulo estará destinado a esto. No solo basta con saber de la enfermedad sino también comprender los procesos relacionales generados en las familias, lo cual proporcionará las bases suficientes para desarrollar el análisis de la posible incidencia de la diabetes en las relaciones familiares y como estas últimas influyen a su vez en el control de la enfermedad.

## CAPÍTULO 2. DEL PADECER INDIVIDUAL AL FAMILIAR

Si bien este apartado está destinado en mayor medida a la comprensión de la familia como unidad social, su estructura, funciones, ciclos, relaciones, entre otros, es prudente comenzar con el impacto psicosocial suscitado en el individuo ante una enfermedad crónica, puesto que es la persona quien sufre el cambio de primera instancia, es su cuerpo el que experimenta una transformación médico-biológica, por lo tanto crea significados respecto de su padecimiento y a partir de ellos actúa en sus diversos contextos sociales, lo cual puede traer ciertas modificaciones en éstos y/o la construcción de nuevas significaciones que se reafirman o resignifican en el diario vivir.

### *2.1 La transformación individual*

Las investigaciones elaboradas sobre los aspectos psicológicos y sociales de la diabetes, han arrojado vasto conocimiento, lo cual permite tener una idea general sobre lo que le sucede a una persona con este padecimiento, lo cual se tendrá a bien mostrar puesto que constituye una parte fundamental del vivir del individuo.

El primer aspecto difícil por el que atraviesa el paciente es el momento del diagnóstico, ya que este promueve fuertes reacciones emocionales y tiene sus particularidades en las diferentes etapas de la vida. Cuando se es niño por lo general la noticia produce confusión ya que no se entiende lo que ocurre, por lo que el papel de los padres es fundamental a la hora de transmitir mensajes y emociones<sup>1</sup>. Un menor se considera más vulnerable ante este tipo de circunstancias ya que todavía no cuenta con mecanismos protectores que da la experiencia de la vida, además de que es poco frecuente comentar con él la enfermedad y se deja la explicación de lado. Una de las principales reacciones que tiene el pequeño es el sentimiento de culpabilidad, percibiendo a la diabetes

---

<sup>1</sup> Daniel Figuerola, *Diabetes*, España, Masson, 2003.

como un castigo<sup>2</sup>, lo cual puede variar ya que los niños actúan dependiendo de las actitudes que tomen los padres.

Si el diagnóstico surge en la adolescencia se supone por lo general un estado de rebeldía y riesgo latente, e incluso cuando se ha suscitado en la infancia, ya que los chicos tienden a abandonar las pautas de tratamiento. Cuando se pasa por esta etapa la actitud de los padres también influye bastante, ya que no debe dejar de ser un punto de referencia para lo que está bien y lo que está mal, tratando de ser afectuosos y dialogantes con ellos se podrá solventar de mejor forma. Se tienen que considerar también las diferentes etapas de la adolescencia: la temprana, media y tardía; en la primera hay una lucha entre la independencia y la responsabilidad, se empieza a suscitar la separación de los padres, hay cambios de humos y se rechazan los consejos de los padres por no mostrarse débiles, lo que los lleva tener niveles altos de glucosa para evitar hipoglucemias, lo que genera a su vez sentimientos de culpa. En la etapa media el individuo forma grupos de amigos con los que establece bases para su comportamiento, surgen modas, manías y símbolos de identificación, cambian hábitos de alimentación, aumentan actividad física, aparecen en escena alcohol y drogas, lo cual genera un descontrol constante. Finalmente en la etapa tardía empieza a surgir la aceptación de la responsabilidad si es que se han solventado satisfactoriamente las etapas anteriores, sino puede haber mayores dificultades<sup>3</sup>.

Durante la edad adulta se puede percibir como una pérdida en el equilibrio fisiológico, como limitación en el estilo de vida, o signo de envejecimiento sobretodo en adultos mayores ya que lo viven como “el principio del fin”<sup>4</sup>.

Desde que se suscita el diagnóstico en el individuo comienzan a presentarse cambios, algunos de los más característicos son las reacciones emocionales, las

---

<sup>2</sup> Israel Lerman Garber, Atención integral del paciente diabético, México, Mc Graw Hill Interamericana, 1998.

<sup>3</sup> Daniel Figuerola *óp cit.*

<sup>4</sup> *Ídem.*

cuales se tipifican en un *proceso de duelo*, ya que se sufre una pérdida la cual va desde un deterioro en la salud hasta cuestiones personales como el ejemplo del párrafo anterior.

Daniel Figuerola, menciona seis etapas de este proceso: negación, rebeldía, disociación, tristeza o depresión, negociación y adaptación. También se podría incluir el shock, el cual por lo general se presenta en el mismo instante de la noticia ya que el individuo queda aturdido, con un sentimiento de irrealidad, e incluso sin elaborar algún pensamiento u oración. Posteriormente la negación la cual es de las reacciones más habituales no se cree lo que se esta viviendo e incluso se buscan profesionales diferentes que den diagnósticos más alentadores. La rebeldía se expresa a partir de la ira, rabia o agresividad ante la situación, se buscan culpables, se presentan cuestionamientos como el ¿por qué a mí? En la etapa de disociación el paciente hace un antes y un después de su vida a partir del diagnóstico, caracterizando su vida anterior como mejor a lo actual, e incluso se ve a la diabetes como un impedimento para cumplir las actuales expectativas de vida. En la tristeza o depresión el individuo se centra en lo perdido o lo que no se va a poder realizar, en su sufrimiento y por lo general no se vislumbra alternativas ni soluciones. Posteriormente viene la negociación en la cual se comienza a aceptar la nueva condición de vida, empieza a convenir o pactar cambios pero no en forma total y por último la adaptación en la que la persona y la familia acepta que se puede vivir con diabetes, se adoptan las pautas de tratamiento y el individuo se puede situar en su nueva condición<sup>5</sup>.

Cabe mencionar que las fases pueden no presentarse por igual e incluso en algunos procesos estar ausentes, pero aún así se puede lograr la aceptación de la enfermedad y así mismo habrá pacientes que no lo logren superar y no se adapten lo cual desgraciadamente presupone un inadecuado tratamiento y por ende una mayor probabilidad de complicaciones.

---

<sup>5</sup> *Ídem.*

A la par de los procesos emocionales se generan otros como los de *afrontamiento*, lo cual le da al individuo la capacidad de actuar ante lo que le está sucediendo, al respecto Lazarus<sup>6</sup> menciona que la persona realiza dos tipos de evaluación, en la primaria evalúa las repercusiones sobre ella y lo cual puede ser intrascendente o estresante. La evaluación secundaria es en la que valora los recursos que tiene para poder hacer frente y las posibilidades que tiene para controlar la situación, si es una persona que de entrada tiene altas expectativas respecto del control, se sentirá capaz de controlar la situación, y en el caso contrario podría sentirse perdido e intentará controlar la situación sin que se garantice el éxito.

Al emplear un afrontamiento directo se emplea de primera instancia la resolución de manera planificada, en segundo lugar intenta cambiar las causas de estrés, confronta la enfermedad dirigiéndose a resolver directamente el problema y por último busca un apoyo social, ya sea familia, amigos, pareja u otros. Cuando se genera un afrontamiento defensivo la persona intenta suprimir los efectos negativos que se generan al dar una solución a su situación<sup>7</sup>.

Las *creencias personales* juegan un papel importante en como la persona actuará ante su enfermedad ya que no siempre son bien aceptadas las consideraciones médicas y por lo tanto la puesta en marcha del tratamiento tiene sus dificultades. Por lo general...

“...las personas jóvenes no llevan a término conductas de cuidado de la salud sino a no ser que: a) tengan unos niveles mínimos de motivación y formación relevantes sobre la salud, b) se vean a sí mismos potencialmente vulnerables, c) vean la situación como amenazante, d) estén convencidos de la eficacia de la intervención, y

---

<sup>6</sup> Citado en *Ídem*.

<sup>7</sup> Daniel Figuerola, *óp cit.*

e) se vean pocas dificultades para poner en práctica la conducta de salud”<sup>8</sup>.

En relación a esto Israel Learman, considera que el individuo crea ciertas barreras psicosociales las cuales limitan o impiden el que adopten el plan terapéutico, por un lado se encuentran las actitudes y creencias que tenga el paciente y por el otro los factores psicosociales: en el primero se clasifican las expectativas de curación, la percepción de la facilidad o dificultad del tratamiento y la falta de convicción respecto de dicho plan. En el caso de los aspectos psicosociales se encuentran las situaciones de la vida del paciente que producen estrés, la aparición de nuevas complicaciones, la disponibilidad y calidad de apoyo social hacia el paciente por familia o personal médico, problemas psiquiátricos no relacionados con la diabetes y la preparación conceptual y metodológica del médico a cargo<sup>9</sup>.

De acuerdo a esto es probable que la persona con diabetes siga el tratamiento cuando este traiga consigo beneficios y las dificultades se puedan superar, cuando son conscientes de la gravedad del problema y el hecho de que son vulnerables ante ella y este conocimiento puede ser obtenido por medio de la educación diabetológica, sin embargo esto no garantiza la reflexión al respecto y hay ocasiones en que es necesario que se vean en un riesgo latente para reconocer su vulnerabilidad.

Cuando las personas con diabetes se enteran de la noticia también comienzan con un *proceso de atribución* en el que buscan las causas que lo llevaron a tener la enfermedad y estas explicaciones las pueden encontrar en sí mismos o en los demás, así como en eventos circunstanciales de los que fueron participes. Al respecto Daniel Figuerola comenta que la teoría del aprendizaje social de Rotter o locus of control basa su estudio en como las personas atribuyen las causas de lo que le sucede encontrando como primer punto el control externo/interno; en el

---

<sup>8</sup> *Ibid.*, p.272.

<sup>9</sup> Israel Lerman Garber, *óp cit.*

primero los logros y/o fracasos son debidos a factores ajenos a sí mismo, se le atribuyen al azar, el destino u otras personas y se les adjudica la responsabilidad de su control metabólico al equipo de salud, la tecnología, la familia u otros pero no en sí mismo, generándose una actitud de dependencia. En el caso del control interno la atribución es establecida en sí mismo, adoptando toda la responsabilidad y aunque se pensará que es lo mejor, también se generan actitudes desfavorables, ya que la persona se vuelve poco receptiva ante las indicaciones del exterior. Debido a esto es favorable que se ubique en un punto de equilibrio ya que así se podrá tener una conducta participativa, activa pero también se tomarán en cuenta puntos de vista diferentes al suyo<sup>10</sup>.

El estado de ánimo de una persona con diabetes por lo general se ve alterado, ya sea por los cambios biológicos propiamente o por las situaciones de vida en las cuales se encuentre, por lo que se tiene que estar alerta ante esto, sobretodo considerando que las emociones y la glucemia están íntimamente relacionadas. Sin embargo, hay que considerar que también se pueden presentar otras cuestiones más complicadas ya sea por la misma condición de diabético o por cuestiones ajenas, pero que aún así tiene incidencia respecto de los niveles de glucosa, tales casos pueden ser la presencia de afecciones psicológicas como la ansiedad o la depresión que suelen ser los más comunes y los cuales necesitan ser valorados y tratados en forma integral.

Entre los diversos cambios generados en el individuo, también se presentan los subjetivos, los cuales aunque no se puedan distinguir de inicio, tienen implicaciones importantes ya que pueden determinar el como el individuo se transformará a partir de los sucesos en su vida. Es en esta subjetividad donde los *significados* respecto de la diabetes surgen y son diferentes de acuerdo a la persona y su historia de vida, sin embargo según Daniel Figuerola, se han identificado principalmente cuatro: *de peligro*, en el cual la persona estará en alerta constante a su evolución pensando de forma constante en lo que le puede

---

<sup>10</sup> Daniel Figuerola, *óp cit.*

sucedan, las complicaciones que pueda presentar, en el entorno social (si lo aceptarán o lo rechazarán), entre otros; *de pérdida*, en el que el pensamiento se centra en una valoración del antes y el ahora, dándole mayor valoración al antes ya que se añora lo que se podía hacer; *de reto*, en el que la persona necesita comprobar lo que es capaz de hacer poniendo metas cada vez más altas; *de ganancia*, en este se ven los beneficios que ha traído la enfermedad, lo que ha ganado<sup>11</sup>.

Hasta el momento se ha expuesto lo que generalmente le sucede a una persona con diabetes en cuestiones psicosociales, lo que la ciencia en la búsqueda de la homogeneización y la universalidad nos dice que sucede, sin embargo considero erróneo pensar en que estas características se presentan en todos los diabéticos y de la misma manera, ya que no se podría reducir al paciente a meros cambios típicos.

Cada paciente tiene una historia, vive en una sociedad, contexto y cultura particular, lo cual ciertamente lo hace compartir escenarios y cuestiones típicas de la enfermedad con otros, pero adquiere un sentido único al ser la persona quien los experimenta y les da una significación propia, ligándose entonces lo social y lo individual. Por lo que el mejor escenario para poder conocer la diabetes es a partir del acercamiento con el paciente, del discurso elaborado sobre su padecimiento, es entonces donde se entiende la enfermedad en términos de experiencia y vivencia de los actores, en donde el bagaje teórico adquiere sentido.

Al hablar de significados no se entiende como algo estático, sobre todo al tratarse de una enfermedad crónica, puesto que a partir de los diferentes momentos o circunstancias de vida éstos pueden transformarse. Al respecto Kleinman<sup>12</sup> menciona que el sujeto crea una síntesis de significados biológicos, personales,

---

<sup>11</sup> Ídem

<sup>12</sup> Citado en por Rocío Tron Álvarez y Emily Ito Sugiyama, "La Experiencia de vivir con una lesión medular traumática: desde el análisis de la narrativa", *Psicología y Ciencia Social*, (México), vol. 6, no. 2, octubre del 2004, pp. 23-33.

familiares, culturales y al combinarse crean un todo coherente que le permite a la persona entender lo que vive y actuar ante esto. Es el proceso de socialización y experiencia aprendida en donde el individuo al hacerle frente a su enfermedad percibe, define, evalúa y atribuye significados así como causas, lo cual le permite relacionarse de una manera particular.

Lo anterior no solo nos deja con la perspectiva de la creación de significados, sino también da otro dato clave, el hecho de que es a partir de estas significaciones que la persona se relacionará con los demás de una forma particular, pasando del plano de lo subjetivo al de la acción.

A partir de esto se entiende que la creación de significados y el como actúa el individuo, no es estático sino que se va transformando, dependiendo de las circunstancias y experiencias, debido a que la persona es capaz de interpretar su mundo a partir de lo que ha vivido y de lo que vive creando nuevas perspectivas, pero... ¿éste cambio sucede en aislado?

El hombre tiene muchas características una de ellas es el de ser social, lo cual significa que por lo general nace, se desarrolla, convive, vive y comparte con otros, por lo tanto se deduce que estos significados son construidos en la vida relacional con los demás. De hecho Kenneth Gergen<sup>13</sup>, menciona que ante los desafíos del mundo en el que la individualidad parece perderse dentro de una sociedad tan compleja, se ha comenzado a crear una nueva conciencia: “la conciencia de la construcción”. Esto implica que si bien los significados son elaborados habitan en la subjetividad del individuo, surgen de la relación con los demás, por lo tanto los significados también son sociales ya que han sido construidos a partir de ese vínculo con los demás.

---

<sup>13</sup> Kenneth, Gergen J., *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*, España, Paidós, 1992.

De esta manera se coincide con Kenneth Gergen cuando comenta que la conciencia se crea y recrea en las diferentes relaciones sociales a las cuales se pertenece, lo cual no es súbito sino que va penetrando lenta e irregularmente en las fronteras de la conciencia y cuando se matiza la comprensión de uno mismo y las relaciones, se sufre un cambio de carácter cualitativo, de ésta forma ya no se podría definir al yo como esencia única e inmodificable, el individuo se convierte en una serie de manifestaciones relacionales<sup>14</sup>.

Si el individuo construye sus significados a partir de las relaciones que establece, los demás con que se relaciona también construyen sus propios significados, también se transforman a partir de lo vivido con este individuo, por lo tanto al hablar de un enfermedad como la diabetes se puede entender que el enfermo no solamente sufre transformaciones sino también su entorno, sus amigos, su familia, su pareja.

## 2.2 La familia

El individuo a lo largo de su vida forma parte de diferentes comunidades en las que entra en relación con los demás, uno de los primeros de los que se forma parte es de la familia, transitando constantemente de un yo separado a un yo conectado con otros<sup>15</sup>, puesto que a la vez que comparte con los otros va construyendo su individualidad y a la misma familia ya que es a partir de la interacción de sus miembros que se configura este núcleo social.

Siendo la familia una de las comunidades sociales en donde el individuo se relaciona con mayor frecuencia, este grupo adquiere una importancia primordial a la hora de presentarse una enfermedad como la diabetes, ya que al ser progresiva requiere la participación activa tanto del paciente como de los

---

<sup>14</sup> *Ídem.*

<sup>15</sup> Alexis Ibarra Martínez, "La Familia y sus creencias: relaciones y significados", en Luz de Lourdes Eguiluz, (compiladora) *Dinámica de la Familia. Un enfoque psicológico sistémico*, Editorial Pax, México, 2003, pp. 55-68.

profesionales de la salud, pero sobretodo de la familia ya que es vital en su control y tratamiento<sup>16</sup>.

Hay diversos trabajos en los que se incluye a la familia en el estudio de la enfermedad<sup>17</sup>, los cuales coinciden en la importancia que tiene la familia en la diabetes, considerándola como el principal apoyo y soporte, brindando afecto, solidaridad, cuidados, así como recursos económicos para solventar los múltiples gastos.

Eduardo L. Menéndez, por su parte elaboró un análisis detallado de la función que juega la familia en el proceso salud / enfermedad / atención, elaborándolo desde tres perspectivas: en la primera se refiere a la familia como una unidad descriptiva por medio de la cual se observa como sucede el fenómeno; en la segunda se le considera a la familia como una unidad explicativa, como un factor que propicia el surgimiento de la enfermedad y en la tercer perspectiva como una unidad de acción, retomando su intervención durante el proceso y visualizándola como una pieza fundamental en el tratamiento y control de la enfermedad<sup>18</sup>.

---

<sup>16</sup> Nancy Galván Medina y Claudia Flores Hernández, *Psicología de la salud: relación enfermedad crónica-hábitos saludables*, México, FES Iztacala, UNAM, tesis de licenciatura, 2003.

<sup>17</sup> Leticia Robles Silva y Francisco Javier Mercado Martínez, "Apoyo familiar y el cumplimiento médico en individuos con diabetes mellitus no insulino dependientes", en Catalina A. Denman, Agustín Escobar y otros (coordinadores), *Familia, salud y sociedad. Experiencias de Investigación en México*, México, Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, El Colegio de Sonora, 1993, pp. 310-349.

Leticia Robles Silva, Francisco Javier Mercado Martínez, Igor Martín Ramos Herrera, Elizabeth Alcántara Hernández y Nora Cristina Moreno Leal, "Las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara, México", en *Salud Pública de México*, (México) vol. 37, no.3, mayo-junio de 1995, pp. 187-195.

Isabel de la A. Valadez Figueroa, Ma. Guadalupe Aldrette Rodríguez y Noé Alfaro Alfaro, "Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II" en *Salud Pública de México*, (México) vol. 35, no.5, septiembre-octubre de 1993, pp.464-469.

Eduardo L. Menéndez, "Familia, participación social y proceso salud / enfermedad / atención. Acotaciones desde las perspectivas de la antropología médica", en Catalina A. Denman, Agustín Escobar y otros (coordinadores), *Familia, salud y sociedad. Experiencias de Investigación en México*, México, Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, El Colegio de Sonora, 1993, pp. 130-162.

<sup>18</sup> Eduardo L. Menéndez, *óp cit.*

La familia es entonces una entidad que está íntimamente relacionada con el proceso de la enfermedad de la Diabetes, sin embargo ¿en qué sentido se entiende esta relación?, como un apoyo solamente, reduciéndola a un sostén y no visualizándola como parte trascendental de la enfermedad, incluyéndose solamente como la ayuda para que el tratamiento salga a flote y no como parte del tratamiento, al igual que el enfermo es parte de la familia.

Si bien Eduardo L. Meléndez, elabora un estudio más allá del apoyo social, a mi considerar es necesario analizar también cuales son las incidencias que tiene sobre la familia el que la enfermedad pase a formar parte de su contexto social y de sus relaciones cotidianas, y así mismo cómo las relaciones generadas al interior de la familia pueden incidir en el control de la enfermedad. Esto pensado desde el punto de vista en que las interacciones sociales generadas en nuestro diario vivir dudablemente son lineales o causales, por lo que pueden tener múltiples incidencias sobre otros factores e incluso ser bi o multidireccionales.

Ya establecido el interés que se tiene sobre la familia, es necesario conocer lo que se entiende al mencionar este concepto que aunque bastante común, no hay un acuerdo general sobre lo que significa, ya que hay distintas disciplinas que la abordan y perspectivas teóricas que intentan definirla y explicarla a partir de sus postulados.

El problema de su indefinición no es nuevo ya que se inscribe en el curso de la historia y se va modificando con el paso del tiempo, siendo entonces la familia la institución social humana más antigua<sup>19</sup> y aunque no se tengan escritos desde el inicio de su desarrollo se han creado teorías de sus comienzos, una de ellas es la de la *promiscuidad original*, en donde se crea una escala evolutiva, obviamente influida por las ideas evolucionistas, en donde se colocaba a la promiscuidad

---

<sup>19</sup>Erich Fromm, "La historia natural de la familia", en Ruth Nanda Anshen (compiladora), *La Familia*, España, Ediciones Península, 1974.

sexual como el comienzo de la serie, seguía el matrimonio en grupo, la poliandria, la poligamia y finalmente la monogamia<sup>20</sup>.

La Monogamia se ve entonces como el eslabón más alto de la serie, visualizándola como el ideal, ¿tendría esta teoría vigencia actual?, estaría en duda, ya que es difícil hacer afirmaciones partiendo de la idea de que la familia evoluciona de forma unilineal y sobretodo el que la familia monogámica sea la culminación del desarrollo<sup>21</sup>. De hecho en la actualidad de la sociedad mexicana, la diversificación de familias se hace cada vez más grande, su composición es diferente, madres solteras, padres divorciados, reconstituidas, compuestas por homosexuales, entre otros. Por lo tanto éstas ¿dejan de ser una familia?, o solo se habla de familias diferentes o como menciona Berger y Berger<sup>22</sup> que en lugar de emplear el concepto de “familia” se debería aludir al de “*familias*” debido a las dificultades para lograr una definición aceptable, a la diversidad de formas familiares y a los actuales acuerdos alternativos de vida doméstica.

Otra cuestión polémica histórica sobre la familia es la tendencia de teorías hacia la universalidad, en las que se considera que esta unidad social sigue una evolución de forma unilateral asumiendo que todas las poblaciones del mundo siguen un mismo orden<sup>23</sup>.

Esta posición resulta polémica por el hecho de que en la actualidad hay innumerables pueblos que tienen diferentes estructuras familiares lo cual no necesariamente tienen que ver con estar atrasados en una evolución definida innatamente, sino con que cada población establece su sociedad, sus reglas, su cultura, sus propias estructuras familiares y no por ello carecen de valor, más bien el problema residiría en un pensamiento lineal en el que se cree que las cosas

---

<sup>20</sup> *Ídem*.

<sup>21</sup> Enrique Gracia Fuster y Gonzalo Musitu Ochoa, *Psicología social de la familia*, España, Paidós, 2000.

<sup>22</sup> Citado en *Ídem*.

<sup>23</sup> Enrique Gracia Fuster y Gonzalo Musitu Ochoa, *óp cit*.

tienen que suceder de la misma forma para todos y en todas partes del mundo aunque no compartan la misma civilización.

Una cuestión similar sucede con la tendencia a pensar en la forma familiar conyugal, nuclear y/o monogámica como la única y principal, pensándola incluso como la primer unidad funcional en la historia humana que se integró en las estructuras sociales, empleándola como criterio para delimitar la pertenencia de grupos sociales organizados, ya que este tipo de sistema le permitía un grado considerable de refinamiento y socialización. Su organización se basa principalmente en la complementariedad de tal forma que puedan satisfacer necesidades básicas, de alimento, refugio y comodidad, dependiendo mutuamente uno del otro<sup>24</sup>.

Este tipo de familia es el más estereotipado tradicionalmente e implica la presencia de un hombre y una mujer unidos en matrimonio, hijos en común y viviendo bajo un mismo techo, compartiendo un proyecto de vida en común y si bien se podría pensar que anteriormente el cumplir las necesidades básicas era suficiente, en la actualidad la creación de fuertes lazos como los de pertenencia al grupo, compromiso personal, afecto, reciprocidad, intimidad, dependencia, también caracterizan a este grupo social<sup>25</sup>.

Aunque este tipo de familia sea más “común” o el más estereotipado según la concepción popular, es difícil concebir la noción de que sea el ideal y desmeritar otros tipos de vinculación social, puesto que en este sentido las otras “familias” dejarían de serlo o tendrían un valor diferente a la nuclear cayendo en la tendencia a imponer solo lo que se considera correcto y no darle cabida a la diversidad la cual es una cualidad en la experiencia humana.

---

<sup>24</sup> Erich Fromm, *óp cit.*

<sup>25</sup> Alba Luz Robles Mendoza, “Formas y expresiones de la familia” en Luz de Lourdes Eguluz (compiladora), *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*, Editorial Pax México, México, 2003, pp.19-33.

Es tanta la diversificación de las formas familiares que se ha llegado a la necesidad de establecer una clasificación en la que coinciden algunos autores<sup>26</sup>: por los *elementos que la forman* y por la *composición*. En el primero se ubican las *familias nucleares*, de la cual ya se ha hablado anteriormente, ubicando una pareja casada y su descendencia, responsabilizándose de su crianza y socialización. Las *familias extensas* por su parte incluye a individuos de todas las generaciones ya sea de forma troncal (todos los hijos dejan el hogar excepto uno que es el que vive con sus padres, cónyuge e hijos) o de forma múltiple (hijos en convivencia). Este tipo de red social desempeña un importante apoyo familiar, ya que en el diario convivir se establecen redes de alianza sobre todo para padres que trabajan, dándole a los abuelos un papel fundamental y éstos a su vez se benefician en las enfermedades o la soledad, puesto que los hijos suelen ser un gran apoyo. Este tipo de relaciones familiares se presentan más a menudo cuando el nivel socioeconómico es menor, siendo de gran ayuda para aquellas familias que comienzan.

De acuerdo a su forma por *composición* se consideran los siguientes tipos: *De padres divorciados*, las cuales han ido creciendo en la actualidad, probablemente porque se ha dejado de juzgar como un fracaso o falla dando lugar a las *familias monoparentales* (las cuales pueden existir sin que haya necesariamente un proceso de divorcio), en las que hay dos generaciones mujer u hombre e hijos, una característica de este tipo de familias es cuando los hijos toman los roles de la pareja ausente como forma de protección y apoyo, siendo necesario la clarificación de reglas<sup>27</sup>.

Las *familias reconstituidas* son otra de las vertientes familiares y se genera cuando se une una pareja en donde al menos uno de los cónyuges proviene de una unión marital previa, e incluso ya se cuenta con hijos de la anterior convivencia. Este tipo de familia implica mayor complejidad en su adecuación ya que implica no solo a

---

<sup>26</sup> Ídem. y Silvia López Larrosa y Valentín Escudero Carranza, *Familia, Evaluación e Intervención*, España, Editorial CCS, 2003.

<sup>27</sup> Alba Luz Robles Mendoza, *óp cit.*

los progenitores sino a su progeñie previa y a los hijos que puedan tener en común<sup>28</sup>. Las *familias adoptivas* se basan sobre vínculos afectivos, involucráñdose múltiples factores en el establecimiento de sus relaciones, desde la edad de los pequeños adoptados, la edad de los padres cuando adoptan, el motivo de adopción, si existen hijos previos, los antecedentes familiares del menor entre otros, dificultando su constitución pero no determinando un buen o mal funcionamiento<sup>29</sup>.

Debido a la apertura sexual que se ha dado en los últimos tiempos, los *homosexuales* han dejado de tener un trastorno psicológico o de personalidad, para convertirse en personas con diferentes preferencias sexuales a las comunes, por lo tanto eso les daría la misma oportunidad que a los demás de poderse constituir en una familia. Este tipo de parejas viven por lo general en relaciones defensivas, limitantes y de uno a uno, ya que funcionan sobre expectativas poco realistas debido a su gran posesividad, viéndose envueltos en conflictos emocionales y dañinos, ocasionados principalmente por cuestiones financieras y por los vínculos con los familiares que no apoyan la relación. En cuestión de la progeñie hay quienes no desean tenerlos, otros debido a que la homosexualidad se ha iniciado después de unas primeras nupcias ya se cuenta con los hijos habidos en la anterior relación y en otro grupo asumen un derecho para vivir la experiencia de la reproducción<sup>30</sup>.

Se hacen referencia a otros dos tipos de formas familiares, que si bien no son tan comunes como las anteriores, no se le resta su valor y la posibilidad de su existencia; por un lado se encuentra la *comuna familiar*, que está formada por mujeres, varones e hijos en convivencia compartiendo derechos y responsabilidades haciendo uso colectivo de la propiedad y por lo general fuera de la relación monogámica tradicional, ya que no tiene que haber una relación contractual ni de exclusividad sexual. Por otro lado la *familia en serie* la cual se

---

<sup>28</sup> Silvia López Larrosa y Valentín Escudero Carranza, *óp cit.*

<sup>29</sup> Alba Luz Robles Mendoza, *óp cit.*

<sup>30</sup> *Ídem.*

forma por un varón y una mujer que han pasado por diferentes matrimonios adquiriendo varios esposos e incluso familias, aunque siempre permanece en una relación nuclear en cada etapa<sup>31</sup>.

Hasta el momento se ha abordado a la familia en términos generales, esbozando parte de su historia y de su constitución actual, sin embargo no se ha llegado a dar una definición de lo que es, debido probablemente a la complejidad que esto implica, ya que cada perspectiva teórica nos brinda lo que “creen” es la familia, lo cual no significa que sea erróneo o falso sino que en la medida en que cada una nos brinda una definición, esto se convierte en un mar de indefiniciones.

Por su parte Silvia López Larrosa y Valentín Escudero Carranza, se inclinan a "...definir a la familia como aquel grupo formado por dos adultos de distinto sexo y sus hijos o quizá incluyamos a, al menos, un adulto con sus hijos o cualquier otra combinación"<sup>32</sup>.

Si se aceptará esta definición como la definitoria para entender a la familia, se estaría cayendo en el sesgo de solo recurrir a una mera descripción por constitución, ¿cuántos son?, ¿quiénes son?, y sobretodo el de ponderar a la familia nuclear y monogámica, puesto que el incluir combinaciones familiares se da como una posibilidad no como algo del mismo valor que lo primero.

Viendo entonces otra posibilidad encontramos una definición de corte sistémico a quién Luz de Lourdes Eguiluz R. delimita de la siguiente manera:

“... nos referiremos a la familia como *sistema*, lo que implica explicarla como una unidad interactiva, como un “organismo vivo” compuesto de distintas partes de ejercen interacciones recíprocas. Del mismo modo, podemos considerar a la familia un sistema abierto constituido por

---

<sup>31</sup> Silvia López Larrosa y Valentín Escudero Carranza, *óp cit.*

<sup>32</sup> *Ibíd.*, p. 20.

varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento; cada parte del sistema se comporta como una unidad diferenciada, al mismo tiempo que influye y es influida por otras que forman el sistema"<sup>33</sup>.

Esta visión es bastante más completa que la anterior puesto ya no solo se basa en como se constituye en cuestión de sus miembros sino con los procesos que se suscitan al interior como la interacción constante dentro y fuera de la familia, las reglas de comportamiento y la influencia mutua generada en las personas que habitan en esta unidad. Sin embargo aún quedan algunos cabos sueltos, como el hecho de ¿cómo se construye la familia?, quién dice lo que es, ¿cómo se sabe que se está en una familia?, ¿por la descripción que nos dan los científicos?, o ¿por el uso común del concepto?, ó ¿por lo qué significa para cada persona la familia? , al respecto el construccionismo social podría ayudar a despejar tales dudas.

### *2.3 La familia desde una perspectiva construccionista*

En las ciencias sociales el estudio de la familia es un aspecto recurrente y su análisis se da según Pichon Riviére<sup>34</sup> en tres niveles; el primero es un nivel histórico-antropológico en el que se concibe a la familia como un sistema de relaciones interpersonales que se somete a múltiples determinaciones: culturales, sociales, económicas, geográficas, ecológicas, políticas, entre otras y sus principales funciones son la productiva y la reproductora. El segundo nivel es el que aborda la psicología social, en el que se ve a la familia como una estructura socializadora, a través de normas, valores y un sistema social de representación, convirtiéndose en una mediadora entre el sujeto y la organización social. Por último se encuentra a la familia vista desde una matriz de relaciones, red de vínculos y sistemas de interacción en los que se encuentran los sujetos.

---

<sup>33</sup> Luz de Lourdes Eguiluz R., "La familia según el modelo sistémico" en Luz de Lourdes Eguiluz (compiladora), *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*, México, Editorial Pax México, 2003, p.1.

<sup>34</sup> Pichon Riviére citado por Licencio, Javier. *La Familia, la Pareja y la Psicología social*, sin fecha. [www.Intitutocrisol.org/fppsa.doc](http://www.Intitutocrisol.org/fppsa.doc) Visitado [01 de Agosto del 2009]

Dentro de la psicología social se incluyen diferentes concepciones teóricas que ven a la familia desde un punto de vista muy particular y de acuerdo a los puntos que hace un momento se cuestionaba que faltaban en las definiciones sobre este concepto, es necesario recurrir a una forma distinta de ver la realidad, no como algo ya establecido, que está ahí para ser estudiado, esperando, sino como algo en constante construcción.

Una perspectiva que precisamente ofrece ésta posibilidad es el llamado “construccionismo social” a quien descrito como un movimiento inscrito en la posmodernidad que ha contribuido de forma cualitativa a entender la ciencia y construirla, puesto que su principal creencia radica en que “la realidad es una construcción socio-cultural”<sup>35</sup>.

De esta manera la familia, al ser parte de la realidad, es, por ende una construcción social y por lo tanto se nos invita a verla no como algo dado naturalmente sino como “un grupo que se construye en la interacción con sus miembros”<sup>36</sup>.

Esto implica concebir que en el diario vivir la familia se crea a través de la interacción de sus integrantes y al mismo tiempo crea y forma a sus miembros, todo en el marco de una cultura local, como menciona Raúl Medina “La familia es entendida, no como un fenómeno natural sino como un grupo en interacción que se construye en la práctica discursiva cotidiana de sus miembros y encuentra sentido en el contexto cultural e histórico donde pertenece”<sup>37</sup>.

Ya que se ha traído a alusión la práctica discursiva de la familia, el construccionismo social plantea al *discurso* como algo fundamental en la creación

---

<sup>35</sup> Raúl Medina Centeno, “Entre la Familia y la Persona: La Co-construcción de la Familia y la Persona “En” el discurso. Ontología, métodos e intervención Psicoterapéutica”, en *Simposio La Familia: un punto de encuentro de investigación especializada*, México, UNAM, 1995, p.35.

<sup>36</sup> Ídem.

<sup>37</sup> Ídem.

de la familia ya que éste se representa y construye cuando se habla de ella, cuando se describe, se cuestiona o se rechaza, por lo que al remitirnos constantemente, ya sea al concepto en sí, o a sus diferentes cuestiones se va construyendo la realidad familiar.

El discurso familiar, interpreta, representa y organiza las relaciones sociales empleando términos descriptivos que le ayudan a esta función, como hermano, hermana, padre, madre, entre otros, planteando entonces el mundo social a través de la interacción y el habla cotidiana, dejando de ser simples palabras para pasar a ser constitutivas de la realidad<sup>38</sup>.

Es así como el lenguaje se convierte en primordial ya que no se le entiende sólo como un instrumento de comunicación y descripción del mundo, sino que es una piedra angular en la construcción de la realidad local. Es a través de la conversación en donde nos convertimos en personas, ya que por medio de la socialización la conducta encuentra explicación, construyendo, reproduciendo y cambiando creencias, ideas, costumbres, conocimiento, lo moral, lo ético y estético, produciendo así la forma en que nosotros definimos nuestra propia identidad cultural<sup>39</sup>.

Este concepto se convierte entonces en básico para poder entender a la familia, al menos bajo esta mirada, ya que es a través de la palabra y/o lenguaje (en sus distintas modalidades), que el ser humano se comunica y expresa emociones, sentimientos, pensamientos y experiencias dándoles nombre y significándolas constantemente, transmitiéndolas a otros, generando así procesos sociales en los que se comparten tanto significados como acciones.

Otro concepto que ayudará a entender esta forma de conocimiento es el de *mundo cotidiano*, que en palabras de Enrique Gracia y Gonzalo Musitu "... es el

---

<sup>38</sup> Enrique Gracia Fuster y Gonzalo Musitu Ochoa, *óp cit.*

<sup>39</sup> Raúl Medina Centeno, *óp cit.*

mundo que nos es dado a través de nuestra percepción, es el mundo experiencial que las personas dan por supuesto, es el mundo real para las personas”<sup>40</sup>.

La familia forma parte de este mundo ya que se ésta en constante relación con el término y se utiliza a menudo en frases como *la familia tal...*, *mi familia*, *me siento como en familia*, lo cual no solo expresa una descripción de algo llamado familia sino una vinculación cotidiana con el concepto y la cual va desde lo individual hasta lo social, ya que si bien cada persona puede tener una concepción particular de lo que significa la familia, también es cierto que este conocimiento lo obtuvo a partir de su relación con los otros, por lo que en el mundo cotidiano se aprendió que la familia formaba parte de la realidad.

Se menciona que los significados se aprenden en la convivencia con los otros, pero ¿cómo sucede esto?, precisamente a través de un proceso llamado *intersubjetividad*, el cual entra en acción cuando nos referimos al mundo social, haciendo posible compartir pensamientos, sentimientos, formas de actuar, ya que el mundo no lo experimentamos en aislado sino en común con otras personas por lo que nuestro conocimiento de la realidad resulta de un complejo proceso de socialización caracterizado por la reciprocidad de perspectivas, poniéndolo en práctica desde el inicio de nuestras relaciones sociales, siendo el concepto de familia uno de los que construimos primero<sup>41</sup>.

El *repertorio de conocimiento o cuerpo de significados* por su parte, se refiere al recetario de significados de los que echa mano la gente para conocer y actuar ante la realidad, así como construirla de forma normal, racional e inteligible como lo es el mundo cotidiano<sup>42</sup>.

Probablemente este cuerpo de significados no es lógico desde una perspectiva filosófica o científica, pero si es lo suficientemente coherente para crear el mundo

---

<sup>40</sup> *Op cit.*, p171.

<sup>41</sup> *Ídem.*

<sup>42</sup> *Ídem.*

en el que vivimos, articulando significados subjetivos al comportamiento humano, ya que sería difícil comprender la conducta significativa si se separa el comportamiento y su significado asignado, es por ello que cualquier segmento de comportamiento humano se vuelve significativo socialmente.

El comportamiento humano es uno de los fenómenos más interesantes a estudiar, sin embargo cuando se separa de lo que mueve a la persona a actuar de tal o cual manera se pierde la esencia de dicho individuo relegándolo a movimientos mecánicos, automáticos o reflejos dados por su naturaleza biológica, por lo tanto es necesario rescatar al individuo de esta visión, dándole cabida a su subjetividad que forma parte de él y que hace que su conducta tenga un significado para él mismo y para los demás.

Esta forma más completa de entender a la conducta significativa no se queda solamente en la persona, sino que va más allá, ya que se mueve en diferentes contextos sociales y uno de ellos es la familia, entendiéndola entonces a partir de las acciones, teniendo como antecedente que para realizar una u otra acción se relaciona la subjetividad o intersubjetividad generada en ese núcleo social, teniendo sus acciones una razón de ser.

Se ha visto hasta el momento como el construccionismo social nos ofrece una mirada particular de lo que cotidianamente llamamos familia, así mismo se han ofrecido conceptos básicos que son necesarios para entender a este núcleo social, sin embargo es hora de adentrarnos un poco más en lo que construye a una familia, que es necesario para que esta surja como tal, como se forma no tanto por constitución de miembros sino por sus procesos relacionales.

## 2.4 Relaciones y significados

*“Nacemos y vivimos en relación con otros y de ahí surge el mundo de los significados, es decir, nuestras formas de conocer y actuar en el mundo, todo lo que consideramos importante, valioso o bueno”<sup>43</sup>.*

Al iniciar con esta cita queda claro el camino a recorrer en este apartado de relaciones y significados, dos cosas que si bien se podrían separar para una explicación, sería imposible hacerlo, puesto que en base de una se gesta la otra y viceversa. Es en el diario convivir que establecemos relaciones en los diferentes núcleos sociales y a la vez es en estos cuando los significados se van construyendo.

El tránsito entre el yo y el nosotros se da casi sin percibirlo, lo decimos sin caer en cuenta de lo que implica; el “yo” por una parte habla de la individualidad, de una forma de separación aunque sea momentáneamente y por otro lado está el “nosotros” que nos vuelve parte de una red de relaciones,<sup>44</sup> invitando a compartir no solo un espacio físico sino las propias subjetividades.

El pensar las relaciones en forma de redes resulta útil, ya que las éstas “pequeñas” o “grandes” (pareja-familia y cultura-sociedad, respectivamente), están entrelazadas y son inseparables, formando parte de una misma red, en la cual según Shotter <sup>45</sup> las personas construyen y hacen cosas juntas, dándole forma a sus vidas y al igual que Gergen<sup>46</sup> menciona que usan términos como *acción conjunta* y *coordinación* para referirse a los procesos ocurridos entre dos personas, pudiendo explicar con estos términos cualquier tipo de relación, desde una pareja, familia, vecinos, amigos entre otros, dándole a cada involucrado un rol

---

<sup>43</sup> Alexis Ibarra Martínez, *óp cit.*, p. 55.

<sup>44</sup> Alexis Ibarra Martínez, *óp. cit.*

<sup>45</sup> Citado en *Ídem*.

<sup>46</sup> Citado en *ídem*.

participativo, activo, con la responsabilidad que implica ser artífice de su vida y colaborador en la de las demás.

Este hacer cosas en conjunto, no solo se evoca a conductas motoras, como hacer un pastel o escribir un libro, sino que se habla de aspectos mucho más complejos y menos tangibles u observables (al menos de inicio), por ejemplo ¿cómo puedo crear el significado del amor?, de entrada se podría recurrir a nuestros pensamientos, a lo que nuestra psique dice que es el amor, sin embargo ¿qué proceso ha sucedido antes, para poder elaborar dicho significado?, en algún lugar lo aprendimos, tal vez, imitando, viendo, en una larga conversación con alguien sobre dicho tema, experimentándolo con la pareja, hijos, madre entre otros. Atendiendo a esto último se observará que las situaciones que se han citado involucran a otra u otras personas, ya sea directa o indirectamente, por lo que el significado no se crea en la subjetividad de la persona, sino en la interacción, en la relación con otros, es decir, su origen es social.

El interés por el significado recae en el hecho de que es a través de estos, que un grupo social puede llegar a la comprensión al entendimiento mutuo, haciendo posible su convivencia, creación y transformación de la misma sociedad. Es por medio del lenguaje en sus variadas expresiones, verbales o no verbales, como se puede generar la interacción entre dos o más personas, es lo que promueve un primer acercamiento que desemboca en interacción y generación de significados, es por ello que para el construccionismo social el lenguaje tiene un papel sumamente importante.

Como se observa parece imposible separar la relación de los significados, ya que una crea a la otra y viceversa, puesto que las palabras en aislado carecen de sentido, es solo en las relaciones en las que se crea en el significado. Pensemos en cualquier sonido que puedan emitir las cuerdas vocales de un bebé, carecen de sentido en primera instancia porque no puede evocar alguna palabra que sea coherente con el sistema social en el que vive, por lo que no es significativo, es

hasta que puede formar una que se abre la posibilidad de entendimiento verbal con alguien más, quien en su momento al escuchar dicha palabra comenzará a transmitir o crear un significado que puedan compartir tanto la persona como el bebé, por ejemplo el significado de *mamá*.

Esta vinculación entre la relación y el significado ha sido abordada por Kenneth J. Gergen<sup>47</sup>, el cual elabora planteamientos bastante sólidos, todo desde una visión social. El punto de partida es el quitar de una posición suprema al individuo, sustituyéndolo por la relación, entendiéndola como unidad fundamental de la vida social. Sin embargo ¿cuáles son las implicaciones de adoptar esta postura?, una de ellas sería el basar el análisis de los significados no en la “mente del individuo”, como algo intangible que hasta el momento nadie ha podido describir, metiendo en tantos embrollos a teóricos de distintas perspectivas, unos por un lado intentando explicar o descifrarla y otros por su lado negando su existencia.

Partiendo de la idea de que la relación es lo más importante ya que a partir de ella pueden surgir las acciones, lenguaje y sobretodo que pueden tomar una relevancia significativa, entonces la visión del ser humano se vuelca sobre la creación social, en tanto que es en una comunidad en donde participa, comparte, aprende, enseña, construye y se transforma continuamente, dando forma a sí mismo y contribuyendo a forjar la de los demás a su alrededor, por lo que la sociedad y el ser humano se construyen mutuamente.

Al eliminar al individuo de la primacía explicativa en el caso de los significados, se abre la posibilidad para una explicación relacional. Como primer punto se dice que las palabras por sí solas no logran comunicar, ya que solo parecen generar una relevancia significativa en el lugar que ocupan dentro de la interacción, es este intercambio el que la oportunidad de significar. Es en esta interacción donde surge

---

<sup>47</sup> Kenneth, J., Gergen, *Realidades y Relaciones. Aproximaciones a la construcción social*, España: Paidós, 1994.

la complementación, a la cual Kenneth J. Gergen<sup>48</sup>, describe como un proceso que permite complementar lo emitido por un primer interlocutor, y que en tanto no haya quien responda, permanece incompleto y por lo tanto no crea significado, necesariamente tiene que responder para que un significado se haga potencial, quedando expresados en una unión *acción-complemento*, solo en dicha complementariedad cumplen ambos su función.

Alexis Ibarra<sup>49</sup> nos habla de un rango de significados que el complemento puede otorgar a la expresión generada en un inicio, sin embargo este rango no es infinito, sino que dependen de múltiples factores relacionales previos a esa interacción, en otras palabras, el cómo hemos aprendido a actuar ante una u otra situación. Al respecto Kenneth J. Gergen<sup>50</sup>, menciona que este mecanismo actúa en polos opuestos, por un lado delimita como se puede responder ante la acción inicial y como no, la noción creada es que puede significar esto, pero no lo otro. Por ejemplo el color blanco, no lo podríamos significar como negro porque los hemos concebido como diferentes y opuestos, por lo que no se podrían empatar.

Si se es consciente que la función de la unión *acción-complemento*, es transitoria y contingente a lo que sigue, se es también consciente de que una interacción puede tener múltiples secuencias, en las que el complemento toma el lugar de la expresión inicial creándose cadenas en las cuales el significado se va construyendo y modificando. Teniendo en cuenta lo mencionado al respecto del rango en el que un complemento puede responder ante una expresión inicial, se puede decir que estas secuencias se van delimitando en cada respuesta que se va dando, reduciendo las posibilidades de acción del interlocutor, ya que se crea dirección en sus respuestas y se reducen las posibilidades de identidad y actuación del interlocutor<sup>51</sup>.

---

<sup>48</sup> *Ídem.*

<sup>49</sup> Alexis Ibarra Martínez, *óp. cit.*

<sup>50</sup> Kenneth, J., Gergen, 1994, *óp cit.*

<sup>51</sup> *Ídem.*

El significado o significados logrados en una interacción particular no se quedan inamovibles sino que están expuestos a su revisión y clarificación, ya que como seres sociales estamos en constante relación en otros contextos o situaciones similares se nos invita a la reflexión y re consideración de los significados, en otras palabras, “Los significados están sujetos a una reconstitución continua a través del dominio en expansión de la complementación”<sup>52</sup>.

El concepto de historia relacional, también nos ofrece la visión de que a lo largo de nuestra vida vamos haciendo cúmulo y transformación de significados que forman las historias personales, las cuales no solo se han construido en un momento o lugar específico sino a lo largo de múltiples interacciones en las que la persona se ha visto involucrada, ofreciéndole una gama de recursos a emplear en nuevas relaciones<sup>53</sup>. Sin embargo esta historia no equivale a seguir reglas fijas sino el ser un conjunto de circunstancias compartidas que permiten que nuestras acciones y expresiones tomen sentido, de tal forma que un encuentro nuevo, implica poner en juego dos historias, cada sujeto recurre a la suya, pudiendo en ese momento generar significados únicos, ya que no se suman sino que se da lugar a un proceso de comprensión de perspectivas generando características únicas de esta relación.

Las relaciones que generamos no se dan siempre de dos personas, por lo que es probable que en la cotidianidad tengamos que participar en relaciones de diferente tipo, amistosas, afectivas, laborales, entre otras, que tienen lugar en contextos particulares, con personas particulares que nos invitan constantemente a formar parte de grupos o comunidades.

El participar en un grupo no asegura el sentirnos parte de él, por lo que es necesario elaborar “un sentido de pertenencia”, que sobrepasa el sentimiento individual, ya que para formar una comunidad se necesita de un sentir compartido,

---

<sup>52</sup> *Ibíd.*, p. 323.

<sup>53</sup> Alexis Ibarra Martínez, *óp. cit.*

de tal forma de conjuntamente se establezca el grupo, por ejemplo “somos una familia”<sup>54</sup>. Esta forma social de ser de los grupos tiende a crear una forma particular de ver el mundo, como actuar ante él y como relacionarse con él y entre sí mismos, generando conductas y lenguaje únicos al interior del mismo, lo cual les facilita su comunicación y comprensión, lo cual no implica cuestiones de exclusividad, ya que la persona puede entrar y salir del grupo cuando el lo decida, aunque sea temporalmente, sin que deje de formar parte de él y por el contrario formar parte de otros grupos, considerándose a la persona como un punto de intersección de múltiples relaciones, manifestaciones locales e inmediatas de historias relacionales<sup>55</sup>.

Es entonces que al formar parte de un grupo se van generando múltiples relaciones y significados, es en el curso de la interacción de sus miembros que tanto relaciones como significados compartidos parecen tener cierta estabilidad ya que se van construyendo en la cotidianidad, siendo su creación casi imperceptible y su modificación constante. Sin embargo esto no parece mover la estabilidad de la familia, puesto que es parte de su diario vivir, pero que sucede cuando hay eventos drásticos en la vida familiar que mueven la homeostasis del grupo y de cada individuo que lo integra, la diabetes es un ejemplo claro, debido a los diversos cambios que trae consigo tanto a nivel paciente como a nivel familiar.

## *2.5 La Transformación familiar*

En apartados iniciales se mencionaban los principales cambios psicosociales que presenta de forma individual el paciente diabético y también se ha expuesto la naturaleza social del hombre, su convivencia y creación en grupos, como lo es la familia ya que es en éste en donde se desarrolla de primera instancia, donde aprende a relacionarse con el mundo del que ya forma parte, en donde experimenta emociones y afectos, por lo tanto al ser un vínculo social en donde

---

<sup>54</sup> *Ídem.*

<sup>55</sup> McNamee y Gergen, 1999, citados por *Ídem.*

la enfermedad también llega, es deducible entonces que también existen cambios a nivel familiar, que no se separan de lo que el individuo vive sino que se van construyendo mutuamente.

El pasar de una condición sana a una enferma de algún miembro de la familia, implica modificaciones no solo en un aspecto médico – biológico, sino también de psicológicos, de relación, de significados, entre otros, en donde también influye la edad del paciente, su forma de vida anterior al diagnóstico, creencias, religión, entre otros múltiples factores que complementan la complejidad del ser humano, sin embargo en la literatura encontramos que hay autores que hacen clasificaciones de lo que sucede con la familia, como Daniel Figuerola<sup>56</sup> el cual se centra principalmente en las actitudes emergentes en el ambiente familiar cuando un niño es el que se enfrenta con el diagnóstico de diabetes mellitus.

Un punto primordial en el diagnóstico de diabetes en edades tempranas es la actitud de los padres ante el hecho, ya que han de ser estos los que soportarán el choque emocional que significa afrontar una enfermedad crónica en un niño. Al igual que el enfermo, la familia pasa por un proceso de duelo, típicamente con las características señaladas en el proceso individual, sin embargo ambos procesos no suceden en aislado, sino que se relacionan y viven a la par<sup>57</sup>.

El hablar de actitudes parentales implica más allá de una forma de ser de los padres, ya que son éstos los que a través de su comportamiento le están mandando mensajes a su hijo del cómo afrontar la enfermedad y a diferencia de lo que se pensaría, los chicos aprenden más de dichas actitudes, que del conocimiento teórico que le pueda brindar el cuerpo médico. Es por ello que Daniel Figuerola, ha hecho una clasificación de las actitudes parentales más recurrentes, las cuales son: *Perfeccionismo*, en donde por muy bien que se hagan las cosas, siempre se puede hacer algo mejor, el nivel de exigencia es muy algo y

---

<sup>56</sup> Daniel Figuerola, *óp cit.*

<sup>57</sup> *Ídem.*

el padre solo se centra en los errores que comete el hijo. Esto puede traer consigo reacciones de rebeldía por parte del niño o llega a esconder sus errores por miedo a los castigos, sin embargo, puede responder de manera opuesta, siendo la sumisión la principal forma de relacionarse, comportándose conformista y obediente, generando así inseguridad en ellos. *La Indulgencia*, es el segundo tipo de actitud parental más frecuente, en el cual los padres se limitan a las reglas básicas evitando la toma de decisiones, considerando que la diabetes no es ningún impedimento para la realización de actividades diarias, no suelen corregir los errores del niño, ni poner límites ya que piensan que es suficiente con tener la enfermedad. Por consecuencia los niños actúan de acuerdo a su voluntad, ya que no hay ninguna supervisión de por medio. En el caso del *Proteccionismo*, se piensa al niño como débil por lo que hay que protegerlo y cuidarlo, mientras que los padres llevan exclusivamente la responsabilidad del tratamiento. Cuando el niño comienza a tener el mínimo de responsabilidad se busca cualquier error que cometa para que los padres reafirmen la idea que ellos deben seguir con el control del tratamiento. Como consecuencia los niños se retrasan en el aprendizaje de las conductas de auto cuidado, buscan la ayuda de los padres para todo y adoptan conductas gananciales. Por último la *Colaboración progresiva*, es una actitud parental en la que los padres reconocen que los hijos van a ir aprendiendo a hacer las cosas a partir de su desarrollo y en tanto se le permita hacerse participe de su tratamiento, por lo que se convierten en una guía. Se caracterizan por la paciencia y aceptan errores, recompensan conductas de autocuidado y les dan libertad para tomar decisiones. A consecuencia los niños adquieren autonomía y seguridad de manera progresiva<sup>58</sup>.

Por su parte Israel Lerman Garber<sup>59</sup>, menciona que la presencia de diabetes en adultos también tiende a alterar el núcleo familiar, sin embargo, las modificaciones con mayor éxito son aquellas en las que todos colaboran. Cuando el paciente diabético tiene mayor apoyo psicológico y práctico de algún familiar, está mejor

---

<sup>58</sup> *Ídem.*

<sup>59</sup> Israel Lerman Garber, *óp cit.*

preparado para enfrentar cualquier dificultad que se presente sobre la enfermedad ya que el apoyo en las diferentes esferas del tratamiento, como alimentación, ejercicio, medicación, facilita el afrontamiento. Este autor propone que si bien el apoyo es necesario y deseable, los familiares no deben absorber completamente la responsabilidad sobre el tratamiento, dejando al enfermo que tome el control de éste ya que esto promueve independencia, así mismo se debe evitar emplear la diabetes como un medio para obtener atención ya que esto dificulta tanto el tratamiento como las relaciones familiares.

Al respecto de dichas relaciones, se hace hincapié en que el factor primordial para poder llevar una relación exitosa, es la comunicación, en donde el paciente pueda discutir ideas y sentimientos con el miembro de la familia que más lo apoye para así buscar soluciones, por lo tanto la ayuda mutua para alcanzar el control de la diabetes, puede resultar en una relación más sana.

Hasta el momento se ha intentado dejar claro el interés que se tiene sobre el abordar la familia en un tema tan complejo como es la diabetes, sin embargo, solo se ha llegado a un abordaje literario en donde los teóricos nos dicen que es lo que sucede, por medio de estudios científicos y a las clasificaciones generales a las que se ha llegado a partir de esto. Empero es importante no solo dejarlo en este nivel, sino indagar también como se entiende y vive a la familia a partir del sentido común, ya que es un concepto creado socialmente en donde las personas tienen significados propios sobre la familia, los cuales comparte y crea con los demás, actuando en función de esto.

En vista que tanto el conocimiento científico y el cotidiano amerita su justa validez se considera necesario indagar a partir de la vivencia de una familia con la diabetes como condición de vida, analizando entonces cuales han sido las influencias tanto de la enfermedad a la familia como de la familia a la enfermedad, para lo cual es necesario delimitar en el capítulo siguiente la forma de acercarnos a estas experiencias.

### **CAPITULO 3. DESDE QUE PERSPECTIVA SE MIRA**

En el apartado anterior se ha puesto de manifiesto el interés de indagar en la vivencia de una familia cuyos integrantes en mayoría padecen diabetes, ¿cuáles han sido las influencias de la enfermedad a las relaciones familiares y éstas a la enfermedad?, sin embargo ¿a partir de dónde se elabora este acercamiento?, ¿a partir de dónde se elaboran los razonamientos que nos permiten un análisis de este fenómeno?, es necesario entonces, mostrar el marco de significados compartidos que nos permite entender la realidad que se va construyendo en el día a día y con el cual se trata de dar respuesta a estos cuestionamientos.

Raúl Medina menciona al respecto que:

“...cuando hablamos acerca de cualquier fenómeno psicosocial (nuestra personalidad, identidad, actitudes, emociones, o incluso de cualquier relación grupal como la familia), lo hacemos en el marco de significados compartidos, que encuentran su fuente, sentido y naturaleza en un orden moral histórico y culturalmente contextualizado”<sup>1</sup>.

La necesidad de tener un marco conceptual a partir del cual entender lo que denominamos como realidad, nace a partir de la inmensidad de interpretaciones que pueden surgir de un mismo hecho, en el cual se van generando discursos particulares que intentan dar una explicación al respecto, sin embargo éstas no siempre coinciden, por lo tanto, es necesario entrar en un discurso en el que se compartan significados que nos permitan tener un acercamiento a las experiencias de las personas.

---

<sup>1</sup> Raúl Medina Centeno, “Entre la Familia y la Persona: La co-construcción de la familia y la persona “En” el discurso. Ontología, métodos e intervención psicoterapéutica”, en *Simposio la familia: un punto de encuentro de investigación especializada*, México, UNAM, 1995, p. 54.

Pero ¿cómo escoger el paradigma teórico que permita acercarnos y dar cuenta de dichas experiencias?, esto no es tan fácil si se considera que estos marcos teóricos más allá de dar una explicación sobre lo que consideran es “la realidad”, es una forma de razonarla, de pensarla y al mismo tiempo de construirla, de acuerdo a los conceptos que van generando, es decir, no encuentran las cosas y las explican, sino que construyen lo que encuentran a partir de la elaboración de sus razonamientos ya que, si se pensará a partir de otro paradigma, al mismo hecho correspondería otra interpretación, por lo que todo se transforma dependiendo desde donde se le mire. En otras palabras...

“el paradigma vendría a ser una estructura coherente constituida por una red de conceptos a través de los cuales ven su campo los científicos, una red de creencias teóricas y metodológicas entrelazadas que permiten la selección, evaluación y crítica de temas, problemas y métodos, y una red de compromisos entre los miembros de una comunidad científica, todo lo cual implica una definición específica del campo de la ciencia correspondiente, y se expresa en una tradición orgánica de investigación científica”<sup>2</sup>.

En cada ciencia se gestan paradigmas diferentes, algunos son compartidos entre disciplinas, hay otros que han dejado de ser funcionales, en fin, entran en un proceso histórico social, cultural y económico de una comunidad particular, en el cual se involucra un punto importante de la cita anterior, una “red de creencias teóricas y metodológicas”, de la cual los científicos participan, involucrándose así en su constante transformación.

Dentro de la psicología se han ponderado distintos paradigmas teóricos a lo largo del tiempo, así como las formas de acercarse a los fenómenos, en este caso, a la

---

<sup>2</sup> Martínez, M., M., 1993, citado por Oscar A. Zapata, *La aventura del pensamiento crítico. Herramientas para elaborar tesis e investigaciones socioeducativas*, México, Editorial Pax, 2005, p. 24.

familia. Principalmente se pueden identificar tres, el positivista, el interpretativo y el crítico, los cuales representan también tres tipos de racionalidad<sup>3</sup>.

El positivismo por su parte tiene la meta de predecir, así como el control del mundo externo, proporcionando explicaciones de causa-efecto, de tal suerte que se piensa que al aprender la causa del comportamiento de tal o cual fenómeno, se podrá manipular el entorno para obtener los resultados deseados. Bajo esta óptica se enfatiza la operacionalización, la objetividad y la separación entre el observador y lo observado<sup>4</sup>.

Esta forma de pensar y actuar ante el mundo es denominado por Kenneth Gergen<sup>5</sup>, como pensamiento exógeno, el cual pondera la objetividad en el conocimiento de la realidad, cree que esta última se concibe independiente al observador, no permitiendo que los valores morales interfieran con los hechos, ya que se cree en la neutralidad. En el caso particular de la persona, la responsabilidad de ésta sobre su conducta recae en el exterior, dando respuestas de acuerdo a la manejabilidad del ambiente y el cómo responda se le califica como correcto o incorrecto dependiendo de los acuerdos científicos comunes.

Otro legado que por años ha determinado la forma de acercarse a la realidad bajo esta óptica es la idea cartesiano-newtoniana, que por un lado pondera un dualismo absoluto entre mente y materia, así como la necesidad de fragmentar la realidad en elementos separados y simples para un mejor estudio y por otro, en el caso de Newton, su principal aportación radica en el fenómeno de la causa y el efecto, lo cual no sólo se quedó en las ciencias naturales sino que se comenzó a emplear incluso para describir la conducta humana, reduciendo al hombre a una especie de robot y máquina que funciona por instintos o impulsos sin reconocer

---

<sup>3</sup> Enrique Gracia Fuster y Gonzalo Musitu Ochoa, *Psicología social de la familia*, España, Paidós, 2000.

<sup>4</sup> *Ídem*.

<sup>5</sup> Citado por *Ídem*.

valores, sentimientos, necesidades, imaginación, entre otras cosas que lo componen<sup>6</sup>.

Si a partir de cómo se entiende la realidad la persona establece una forma particular de acercarse a ella, entonces pensándola a partir de un paradigma positivista el único camino aceptable es el del método científico, viendo a la información que éste nos proporciona como una verdad irrefutable de la que no se debería dudar. Este método se describe como hipotético-deductivo, ya que se considera que la investigación científica comienza con una hipótesis en forma de leyes universales, lo cual permitirá comparar sus consecuencias deductivas con los resultados de las observaciones y experimentos<sup>7</sup>.

Este tipo de pensamiento y forma de actuar ante “la realidad”, nos da como resultado una forma mecanicista de actuar, viendo al hombre como mero respondiente ante el control externo, lo cual no significa que sea un error, sino que pareciera restarle su justa importancia, puesto que la complejidad de un individuo da lugar a experiencias relacionales, subjetivas, creativas, que con el positivismo se ven relegadas e incluso ignoradas por interferir en la ilusión de la objetividad que tanto se anhela. Afortunadamente se han creado diferentes perspectivas, las cuales rescatan la parte activa del ser humano como artífice de su propia historia.

Estas perspectivas se inscriben en el marco de un pensamiento endógeno en el que a diferencia del anterior, el conocimiento es producto del procesamiento de un agente individual que si bien recibe datos sensoriales suministrados por el ambiente, es capaz de interpretarlos y construir su significado por lo que el locus de acción se ubica dentro del individuo. En oposición a la neutralidad científica, este pensamiento plantea que los registros de la realidad no podrían tener el calificativo de correcto o incorrecto ya que lo registrado es una creación del observador, quedando claro que los hechos y el observador no pueden ser

---

<sup>6</sup> Luz de Lourdes Eguluz Romo, “Una alternativa epistemológica: Los métodos cualitativos en las ciencias sociales” en *Psicología Iberoamericana*, (México), vol. 5, no. 3, 1997, pp. 6-12.

<sup>7</sup> Oscar A. Zapata, *óp cit.*

separados ya que él mismo es parte de la construcción de dicha realidad. Esto entonces hace posible interpretaciones múltiples sobre un mismo hecho y mientras que para el pensamiento exógeno solo existe una verdad la cual se verifica o comprueba, para el endógeno estas diversas visiones son legítimas y deseables<sup>8</sup>.

Existen dos paradigmas que se insertan bajo la perspectiva anterior, por un lado la racionalidad hermenéutico-interpretativa y por el otro la racionalidad emancipadora o crítica. La primera se basa en una racionalidad interpretativa que intenta lograr una comprensión intersubjetiva de los significados y acuerdos mutuos sobre los mismos, encontrando que la explicación a esto “surge de la comprensión de las intenciones y las razones que se encuentran detrás de las acciones y las respuestas”<sup>9</sup>. Así mismo, desde esta perspectiva no se deja de lado a los investigadores ya que se reconoce su experiencia subjetiva y su conocimiento, así como de los demás participantes de la investigación puesto que ambos son copartícipes en reflejar e interpretar dicha experiencia. Finalmente en el caso de la racionalidad emancipadora, el objetivo a seguir del conocimiento es educar, ilustrar y emancipar, utilizándose para transformar las estructuras sociales opresivas buscando mayor justicia y libertad.

En las últimas décadas ha habido distintas perspectivas teóricas que se inscriben el marco de una filosofía interpretativa, tal es el caso de la fenomenología, la hermenéutica, la teoría crítica y la etnometodología, cuyas características en común permite presentarlas como una alternativa en conjunto, en primer lugar por la diferenciación que realizan entre las ciencias naturales y las ciencias sociales, en segundo lugar por la idea común sobre la construcción de la realidad y en tercer lugar por su preocupación de sus implicaciones prácticas del conocimiento y compromiso social<sup>10</sup>.

---

<sup>8</sup> Enrique Gracia Fuster y Gonzalo Musitu Ochoa, *óp cit.*

<sup>9</sup> *Ibíd.*, p. 158.

<sup>10</sup> *Ídem.*

¿Pero en qué consiste esta mirada?, al respecto Octavio Patiño menciona que el enfoque hermenéutico-interpretativo se define a raíz de un planteamiento fundamental y no muy complicado, "... en una narrativa vivencial, en un discurso sobre la existencia humana expresado desde el lugar del protagonista, en un discurso biográfico - por más precarios que estos sean - hay siempre una lógica que sirve como articulación a las expresiones de una subjetividad enclavada en un escenario social"<sup>11</sup>.

Es por ello que cualquier discurso es digno de un análisis interpretativo, puesto que está lleno de experiencias y vivencias únicas e irrepetibles enmarcadas en tradiciones históricas particulares, en donde el actor, envuelto en una permanente búsqueda de sentido de sus acciones construye significados y los re-construye convirtiéndose la vida humana en un proceso de interpretación narrativa continuo.

Uno de los teóricos que reivindicó a la ciencia social como interpretativa fue Weber, que con su concepto de -Verstehen- , es decir, la comprensión del significado, le dio una distinción a lo social, ya que constituyó un acercamiento a la comprensión e interpretación de los textos, lo que se conoce ahora como hermenéutica, sin embargo no sólo se basó en la interpretación del texto, sino también del pensamiento del autor llevándola a la vida social, puesto que los actos también son interpretables, como menciona Weber "La conducta humana 'significativamente interpretable' (la acción) es identificable mediante referencias a 'valoraciones' y significados. Por ello, nuestro criterio para una explicación causal solamente queda satisfecho con la explicación histórica de tal entidad"<sup>12</sup>.

A través de esta cita otra cuestión inherente a la acción humana queda al descubierto, "su cualidad histórica", como bien menciona Dilthey, "el hombre es un

---

<sup>11</sup> Octavio, Patiño García, *Sufrimiento, Identidad y acción comunitaria: una historia de vida*, México, FES Iztacala, UNAM, tesis de licenciatura, 2006, p. 38.

<sup>12</sup> Citado por Enrique Gracia Fuster y Gonzalo Musitu Ochoa, *óp cit.*, p. 161.

ser eminentemente histórico”<sup>13</sup>, puesto que el hombre y sus acciones se crean y recrean en el devenir del tiempo.

La fenomenología por su parte fue desarrollada por el filósofo alemán Edmund Husserl, teniendo como punto de partida la noción de Verstehen de Max Weber. Entre sus principales aportaciones se encuentra lo que se nombró, actitud natural, es decir, la actitud normal que tiene la gente frente al mundo, la cual por lo general no se cuestiona hasta que un elemento extraño irrumpe en el conocimiento que se tiene de él, haciendo revisar las creencias del mundo cotidiano. Es a partir de ésta actitud natural que surgen las categorías y construcciones del sentido común, las cuales hacen posible una interpretación del mundo ya que son los principales recursos con los que cuenta el hombre para interpretar sus acciones, captando motivaciones e intenciones de sí mismo y de los otros, lográndose un proceso llamado intersubjetividad a través del cual se llega a un realidad compartida desde las subjetividades individuales<sup>14</sup>.

Se entiende entonces que la fenomenología muestra interés por la forma en que los objetos adquieren sus significados, subrayando principalmente los principios cognitivos compartidos que se encuentran detrás de dicho significado. Sin embargo surge la etnometodología que si bien se preocupa por éste último, no se ocupa de los procesos cognitivos, sino de los procesos a partir de los cuales las personas logran construir dichas significaciones, es decir intenta dar cuenta de cómo se construye la realidad. En términos de Munné, “La etnometodología se presenta como el estudio de los métodos que la gente emplea al interactuar para que, a nivel psicosocial, la interacción sea posible y estable y a nivel sociológico, para que sea factible el orden social”<sup>15</sup>.

Continuando con la racionalidad emancipadora, hay dos corrientes teóricas que se pueden ubicar, los pensamientos feministas y el pensamiento crítico. Los

---

<sup>13</sup> Citado por *Ibíd.*, p. 162.

<sup>14</sup> *Ídem.*

<sup>15</sup> Citado por *Ibíd.*, p. 168.

primeros se dirigen a la reivindicación del papel de la mujer en el mundo, rechazando la sumisión ante el hombre, redirigiendo su constante ausencia en la historia del pensamiento social y político. Sin embargo el actuar de esta teoría no solo se queda en escritos de descripción y revisión del papel de la mujer, sino que promueve un proceso de transformación ya que no sólo se trata de conocer el mundo sino de cambiarlo, denunciando y haciendo públicos los problemas que afectan la vida de las mujeres, los cuales se consideran relacionados con la organización social, dando la oportunidad de mostrar las experiencias de las mujeres que se habían visto relegadas por las teorías dominantes<sup>16</sup>.

Una de las características del enfoque feminista es el reto que se han planteado al repensar la familia en tres supuestos que son comunes en la sociedad: en primer lugar la idea de la familia monogámica, en segundo lugar la idea de su carácter natural y biológico y en tercer lugar los análisis que se han enfocado en situar los ideales familiares en un lenguaje de roles y funciones. Así mismo pretende romper con la ideología de la familia como un lugar de relaciones afectuosas y armoniosas, que también constituye un contexto en donde tiene lugar la subordinación de la mujer.

Por su parte, la teoría crítica gira en torno a las formas totalitarias de poder, con un carácter sociopolítico y ético, ya que tratan de analizar a la persona en el medio social en el que está situado, tomando conciencia de las determinaciones históricas e ideológicas de sus acciones. La crítica ideológica se constituye entonces como una herramienta poderosa para minar la confianza depositada en instituciones como la ciencia, el gobierno, la educación, religión, entre otros, poniendo en duda la “verdad” o la “razón” que cada una defiende, mostrando que estas afirmaciones obedecen a intereses personales o de clase, por lo que no mantienen un status de “objetivas”, ya que están marcadas por creencias particulares o colectivas<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> Enrique Gracia Fuster y Gonzalo Musitu Ochoa, *óp cit.*

<sup>17</sup> *Ídem.*

Estos planteamientos nos dan como resultado una forma de acercarse a los hechos, o más bien de construirlos, menos normativa, poniendo su atención en los procesos subjetivos, intersubjetivos e interpretativos a partir de los cuales se construye la realidad, tanto a nivel individual como social, tomando en cuenta sus condiciones contextuales y sus trayectorias históricas, y es precisamente el construccionismo social, la corriente teórica que nos permite una vinculación de aportaciones de las corrientes de pensamiento anteriores, entre otras, dando la posibilidad de un acercamiento a los hechos, más completa.

Dichas aportaciones se construyen como los ejes de una forma diferente de acercarse a la realidad y re-crearla; una fundamental proviene de la teoría de la acción y es la forma de referirse a la persona, ya que se le mira “como un agente propositivo, capaz de autodirigir su conducta, dotado de racionalidad práctica e implicado en actividades de construcción y de desciframiento de significados”<sup>18</sup>.

De esta manera la visión del hombre es diferente a la tradicional, devolviéndole su capacidad creadora, reflexiva, la responsabilidad sobre sus actos e intenciones, lo cual es la base de la acción, definida como “todas aquellas conductas que están dotadas de intencionalidad y significado” (Pág. 89)<sup>19</sup>, remitiendo al concepto de conducta a referir sólo a las manifestaciones corporales de la acción o a movimientos mecánicos, por lo que de ahora en adelante será oportuno hablar de acciones y no sólo de conductas.

Ya que se trae a escena al concepto de significados, cabe destacar que también será uno de los pilares de este trabajo, puesto que las significaciones que elaboramos son las que determinan el resultado que producirá la acción, puesto que el éxito o fracaso de cualquier acción dependerá del significado que se haya

---

<sup>18</sup> Tomás Ibáñez, *Psicología social Construccionista*, México, Universidad de Guadalajara, 1994, p. 89.

<sup>19</sup> *Ídem.*

logrado vehiculizar<sup>20</sup>. Por lo tanto significado y acción mantienen una estrecha relación, ya que se gestan entre ambas y se dan sentido uno al otro por lo que nuestro abordaje tendrá que ir en esa dirección, analizando ambos a la vez.

A partir de la visión dialéctica, se retoman tres aspectos relevantes; la naturaleza relacional de los objetos, su carácter procesual y su carácter evolutivo. En primera instancia se entiende como naturaleza relacional, la no aceptación de dicotomías (por ejemplo subjetivo-objetivo), en el sentido de percibir las ajenas una concepción de la otra, sino entender su definición a partir del otro, sin separarlas, visualizándolas como constituyentes, dejando claro que cualquier objeto de pensamiento se puede considerar relacional.

Sin embargo estos objetos de pensamiento, llámense como se llamen, no son estáticos, sino que continuamente se transforman, se crean y recrean teniendo una cualidad histórica, conformando su significado en el transcurso de diferentes tiempos y lugares, el presente, el pasado y el futuro se articulan entre sí para poder darle sentido al objeto. Las experiencias anteriores nos dan la posibilidad de emplear recursos ya obtenidos para recrear significados en la experiencia actual, en miras de lo que vendrá, ya que la constitución de quiénes somos no se da a partir de solo un aquí y un ahora, sino que es resultado de una historia cuyo significado es particular a partir de la existencia actual y el cual probablemente sería diferente en otro momento o en otro lugar.

La experiencia y sus significados no suceden en aislado, sino que están configurados a partir de una serie de características que le dan origen, es lo que llamamos “contexto” el cual se entiende como una totalidad organizada que da pie al análisis de la actividad humana, ya que esta no se puede entender con independencia de su entorno cultural y de su contexto socio histórico de significados y de relaciones en que tiene lugar. Cabe mencionar que dicha totalidad obedece también al principio relacional, puesto que el contexto existe

---

<sup>20</sup> *Ídem.*

debido a los actos que se constituyen en él y estos últimos al contexto que los genera<sup>21</sup>.

La construcción de la realidad y el carácter relacional de los objetos de pensamiento son dos características principales del marco construccionista y es precisamente en este carácter relacional en donde se inscribe un teórico que nos proporciona sus planteamientos epistémicos, teóricos y de autoanálisis, que serán fundamentales para el análisis de la experiencia de esta familia. Al personaje que se refiere es Pierre Bourdieu, el cual estuvo orientado sobre cuestiones culturales y simbólicas de la sociedad.

Su principal aportación y en la cual se apoya su teoría son dos conceptos: *campo* y *habitus*; en el caso del primero se habla de una instancia mediadora entre lo social e individual, entre la estructura y la superestructura por ejemplo el campos económico, político, científico y artístico, los cuales se componen por dos elementos, por un lado se encuentra el capital común que se compone de dos: el capital simbólico y el económico y por el otro la lucha por su apropiación<sup>22</sup>. En otras palabras, estamos ante un conjunto de relaciones objetivas e históricas, ancladas en ciertas formas de poder, en un espacio de conflicto y competencia.

El análisis sociológico resultado de lo anterior deriva en el estudio de la dinámica interna de cada campo y de las relaciones que se establecen entre éstos.

En esta mediación surge el otro concepto básico de su teoría, el *habitus*, el cual permite explicar estas relaciones, en otras palabras...

“el *habitus* es un proceso por medio del cual lo social se interioriza en los individuos y permite que las estructuras objetivas concuerden con las subjetivas. Estos sistemas de *habitus* configuran esquemas básicos

---

<sup>21</sup> *Ídem.*

<sup>22</sup> Oscar A. Zapata, *óp cit.*

de percepción, pensamiento y acción en la conducta de los sujetos, los gustos y las necesidades son el producto de las elecciones que generan los habitus, si bien éstos son generados por estructuras objetivas, al operar desde el interior de los sujetos, establecen relaciones de sentido inconscientes”<sup>23</sup>.

Mediante esta internalización que el sujeto elabora de todas las estructuras externas del sistema concreto de relaciones sociales, éste genera una lógica práctica que le permite interpretar y actuar en función de esto, respondiendo de acuerdo a lo que se espera de él en cada situación.

Bourdieu brinda también una concepción de la “realidad social”, rescatando posturas de otros dos teóricos, Marx y Weber; recupera la noción de que la realidad social es un conjunto de relaciones de fuerzas sociales entre las clases sociales y que es un conjunto de relaciones de sentido para legitimar su actuar en donde en el devenir de la dominación social se le da toda la fuerza de la razón al más fuerte implicando una “violencia simbólica” ya que impone significaciones de “hacer creer o hacer ver”, para que los dominantes asuman su situación<sup>24</sup>.

Debido a que existen dos aspectos de la experiencia que es necesario analizar: campo y habitus, Bourdieu nos presenta dos momentos analíticos en la investigación: la primera fase se denomina objetivista u objetividad de primer orden, en la cual se reconstruye la estructura de las relaciones independientes de la conciencia, voluntad, intencionalidad de los actores y en una segunda fase, llamada subjetivista u objetividad de segundo orden, el investigador intenta captar las representaciones, percepciones y vivencias de los actores, lo cual dará la oportunidad de explicar y comprender la realidad social que tengamos delante<sup>25</sup>.

---

<sup>23</sup> *Ibíd.*, p. 47.

<sup>24</sup> *Ídem.*

<sup>25</sup> *Ídem.*

### *3.1 Estrategia Metodológica*

Los conceptos de campo, habitus y objetividad de primer y segundo orden, nos dan cuenta de que las relaciones que establecemos y las configuraciones hechas a partir de nuestra interacción con el entorno son en diferentes niveles, por un lado el de la relación práctica y por el otro en un nivel cognitivo, lo cual no significa que estén separadas, sino que una constituye a la otra, al mismo tiempo que nos da una forma de acercamiento metodológico a la experiencia de la familia que en este trabajo nos acontece.

En primera instancia es necesario establecer el campo o los diferentes campos que en los cuales está inscrita la familia, respondiendo a diferentes cuestionamientos como; ¿cuál es la situación económica que presentan?, ¿cuál es la composición familiar?, ¿qué tipo de relaciones familiares existen?, ¿qué jerarquías se pueden encontrar al interior de la familia?, ¿cuál es la historia familiar referente a la diabetes?, ¿cuáles han sido las situaciones más relevantes que se han presentado en relación a la diabetes?, entre otros. Las respuestas ante esto nos proporciona la posibilidad de establecer el contexto en el que ésta situada esta familia, las relaciones que se establecen al interior y su interdependencia de otros campos. En un segundo momento se tiene que recurrir a un análisis de segundo orden, en el cual se planteen cuestionamientos sobre significados, razones, motivos, entre otros que llevan a los actores a establecer ese tipo de relaciones. En un tercer momento es necesario situar el análisis sobre el objetivo que ha guiado este trabajo, ¿cómo han influenciado las relaciones familiares el hecho de tener a la diabetes como un habitante en su cotidianeidad y si las relaciones familiares han influenciado también a la enfermedad?, para lo cual se recurre también a un análisis de carácter procesual, puesto que para dar respuesta a este cuestionamiento la temporalidad resulta un factor importante, ya que al ser una enfermedad crónica sus significados se crean y recrean constantemente.

Lo anterior muestra la labor a hacer en los momentos analíticos que plantea Bordieu, para el análisis de las experiencias obtenidas, sin embargo falta mostrar un momento previo, es decir, el primer acercamiento con la familia, ¿cómo se planteó la obtención de la información?, ¿cuál fue el eje que guió los diálogos contruidos que sustentan este trabajo?

Se planteó elaborar una serie de entrevistas semiestructuradas, debido a que no se pretendía dar una rigidez a las experiencias, sino más bien dar un eje que sirviera de base para dar cuenta del objetivo en cuestión, dicho eje temático estuvo constituido por los siguientes aspectos: el planteamiento de la situación familiar (roles, jerarquías, economía, historia, antecedentes de la enfermedad en la familia, situación actual respecto de la enfermedad para los integrantes de la familia, entre otros), significaciones respecto de la diabetes, antes y después de su aparición, significaciones respecto de la familia, antes y después de la diabetes, las relaciones contruidas en la familia antes de la enfermedad y durante ésta.

Para cubrir los aspectos antes mencionados se llevaron a cabo siete entrevistas en un ambiente natural, tres de las cuales se hicieron en conjunto y las restantes individualmente con cada miembro de la familia, ya que si bien el acercamiento era a la familia, las significaciones se crean tanto a nivel individual como colectivo.

Las experiencias a las cuales nos ha permitido acercarnos este planteamiento son bastas, así como el análisis que se ha llevado a cabo, sin embargo el momento de presentarlas tendrá lugar en el siguiente capítulo, el cual se enriquece de las vivencias de los actores, las cuales dan sentido a ésta labor.

## **CAPÍTULO 4: INFLUENCIAS CO-CONSTRUIDAS ENTRE FAMILIA Y DIABETES**

El presente capítulo tiene como objetivo, dar respuesta al planteamiento que ha motivado a la realización de ésta indagación, el identificar y analizar las influencias existentes de la diabetes en la familia y de ésta en el control de la enfermedad, para lo cual se contó con un grupo familiar cuya condición particular fue el tener a la diabetes como habitante de su cotidianidad, abriendo tiempo y espacio para acceder a sus experiencias vividas en el andar con la diabetes. Para lograr lo anterior es necesario dar cuenta en primera instancia del campo según Bordieu<sup>1</sup>, es decir, de los distintos escenarios donde se entreteje la red de relaciones que da lugar a las vivencias llenas de significaciones, que corresponde al concepto de Habitus, manejado por el mismo autor.

De esta manera se han elaborado siete categorías de análisis, que permiten mostrar las vivencias de esta familia y por lo tanto se han organizado de manera que muestren, ¿quién es la familia?, ¿cómo se constituyen?, ¿cuáles son las vinculaciones de este grupo social con otros?, ¿cómo se mueven las relaciones al interior de la familia?, ¿cuáles son los eventos antecesores a la aparición de la enfermedad?, ¿cómo se vivió el diagnóstico de la enfermedad?, ¿qué significaciones se han elaborado, respecto de la enfermedad y del propio grupo social? y por último ¿cuáles han sido las influencias co- construidas entre enfermedad y familia?

### *4.1 ¿Quién es la Familia?*

Matilde, Paulina, Katia y José, es el nombre de los cuatro integrantes de este núcleo, a quién denominan “familia”:

---

<sup>1</sup> Oscar A. Zapata, *La Aventura del pensamiento crítico. Herramientas para elaborar tesis e investigaciones socioeducativas*, México, Editorial Pax, 2005.

*K: ... "mi familia, los que vivimos aquí, mi tío, mi abuelita, mi mamá y yo..."*

Matilde cronológicamente es la más grande con 70 años, se dedica principalmente al hogar y es madre de Paulina, José y otros cuatro hijos que no comparten la vivienda. Paulina por su parte tiene 50 años, es empleada federal en una secundaria, madre de una chica adolescente, Katia, con 15 años y dedicada a la escuela y por último José que es el único de la familia que no padece diabetes, fuera de él ésta es una condición que comparten y que las convierte en una familia única, con tres generaciones cuya característica es tener la misma enfermedad.

Las diferencias constantes en los conceptos de familia nos llevan a un conflicto, ¿cómo se ha definido a este núcleo social como una familia?, para esto las concepciones clásicas de las familias tradicionales, nucleares se quedan cortas al intentar definir al grupo que forman Matilde, Paulina, Katia y José. Si bien, todos provienen en un inicio de una familia conyugal, las propias transformaciones de estos núcleos han dado origen a esta familia, la cual se define así misma, como bien se observa en los comentarios de Katia.

La ciencia es muy dada a elaborar clasificaciones en todo aquello que estudia y la familia no podía ser una excepción, se pueden encontrar familias nucleares, extensas, monoparentales, reconstituidas, monogámicas, poligámicas, el problema surge cuando se intenta ubicar a éste grupo solo en una categoría. En éste caso particular y siguiendo lo que menciona Silvia López Larrosa y Valentín Escudero Carranza y Alba Luz Robles Mendoza<sup>2</sup>, en este grupo social se pueden encontrar dos familias monoparentales conviviendo a la vez o en términos más generales una familia extensa, en la que el apoyo entre los miembros ha sido una constante desde su constitución, en la crianza de Karla, en los negocios familiares y en la enfermedad.

---

<sup>2</sup> Silvia López Larrosa y Valentín Escudero Carranza, *Familia, evaluación e intervención*, Madrid, Editorial CCS, 2003.

Alba Luz Robles Mendoza, "Formas y expresiones de la familia" en Luz de Lourdes Eguluz (compiladora), *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*, Editorial Pax México, México, 2003.

Volviendo al concepto de familia, entendemos a este grupo así, debido al involucramiento de varios factores; habitan en el mismo lugar, comparten lazos consanguíneos, son un conjunto organizado de personas que se ligan entre sí con reglas de comportamiento, interacciones constantes dentro y fuera de su grupo<sup>3</sup> y un aspecto que es fundamental, se consideran así, lo cual es importante desde el punto de vista de la experiencia de los actores, de lo que viven y como lo viven, significándose de esa manera en su diario vivir, construyéndose como tal en el día a día, nombrándose “familia”, creando vínculos afectivos, logrando ser parte algo.

Entendiendo a la familia como un grupo social el cual cuenta con diversos integrantes que interactúan entre sí, también se entiende que existen una especie de divisiones, lo que en la teoría sistémica denominan como subsistemas<sup>4</sup>, es decir, las unidades que conforman la familia tienden a comportarse también diferenciadamente de las otras, por ejemplo puede hablarse de un subsistema conyugal, fraterno y parental, aunque en este caso se encuentra que la mayor parte de las relaciones establecidas corresponden a un subsistema parental, se encuentra también de un subsistema fraterno creado por Paulina y José, mientras que se carece de subsistemas conyugales.

Es a través de estas vinculaciones que las funciones de la familia se desempeñan, ya sea la perpetuación de la especie, la interconexión psicoafectiva, sustento económico, transmisión de valores, creencias y costumbres, apoyo en el desarrollo de habilidades<sup>5</sup>, entre otros, pero al mismo tiempo es por medio de éstos que se genera una diferenciación entre los miembros ya que se asignan roles, tareas, se imponen reglas de comportamiento que permiten su funcionamiento y se imponen jerarquías, las cuales resultan de la administración

---

<sup>3</sup> Andolfi 1984 en Rage, 1997, citado en Alba Luz Robles Mendoza, *Ibid.*

<sup>4</sup> Luz de Lourdes Eguiluz, "La familia según el modelo sistémico" en Luz de Lourdes Eguiluz (compiladora), *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*, México, Editorial Pax México, 2003, pp. 1-17.

<sup>5</sup> Luz de Lourdes Eguiluz, *Ibid.*

del poder entre los miembros<sup>6</sup>. Matilde es la figura principal dentro de la familia y es quién ejerce el mando sobre los miembros restantes, no en su totalidad ya que económicamente Paulina y José son individuos independientes, aunque habitan en la casa de su madre por el apoyo que ésta les brinda, a la primera con la crianza de su hija y al segundo proporcionándole espacio para su negocio y trabajando en él. El mayor control se observa sobre Katia, ya que al ser la más pequeña obedece a tres figuras de poder, su abuela, su madre y su tío, quienes establecen los límites y las reglas a seguir, a pesar de estar pasando por una etapa de insubordinación propia de su desarrollo.

#### *4.2 La familia en relación con otros contextos*

Estos cuatro individuos son los encargados de conformar ésta familia a través de sus interacciones constantes, sin embargo, sus relaciones no se ven reducidas solo a este grupo social, sino que están en constante vinculación con otros contextos que lo van enriqueciendo y transformando. Este movimiento constante entre grupos se da ya sea como colectivo o cada individuo, formando parte de relaciones fuera de la familia, transitando constantemente entre uno y otro pero sin perder su conexión ni su esencia.

De su constante relación con el mundo que las envuelve, se pueden distinguir principalmente ocho contextos ya sean físicos, relacionales o simbólicos: el primero corresponde a la ubicación espacial en donde se crea la familia, que es la casa donde habitan y el departamento de Paulina, en el segundo se encuentra el contexto laboral de ésta última, el tercero el contexto educativo en donde se desenvuelve Katia, en el cuarto se ubica el aspecto espiritual, posteriormente la vinculación con los diferentes profesionales de la salud que son necesarios para la atención de la Diabetes, en un sexto lugar las instituciones de salud como el

---

<sup>6</sup> Orietta Mendizábal y Bismarck Pinto, "Estructura Familiar y Diabetes" (Bolivia), en *Ajayu*, vol. 4 no. 2, 2006, pp. 191-211.

<http://www.ucb.edu.bo/PublicacionesAjayu/volumen%204.2/articulos3/Art%20C3%ADculo%20Mendizabal%20Fin.pdf>. Visitado [04 de agosto del 2010].

ISSSTE, la Asociación Mexicana de Diabetes, incluyendo también programas televisivos, correspondencia de laboratorios, publicaciones como revistas o libros respecto de la enfermedad, las relaciones sociales establecidas con grupos de diabéticos y por último las interacciones con la familia extensa.

El contexto laboral, el educativo y el hogar, se han conjugado para generar el espacio en el que se mueve la familia, por un lado la cercanía del trabajo de Paulina con su departamento la han motivado a dividir su tiempo de estancia en la casa de su mamá, pasando en ésta última los fines de semana o cuando tienen alguna cita médica, por otro lado la cercanía de la escuela de Katia con la casa de su abuela y el querer esconderla de su padre biológico ha generado que ésta resida con Matilde, sin embargo se considera la vivienda de ésta como el escenario de las relaciones entre la familia, ya que es aquí donde la mayoría de éstas tienen lugar incluso con Paulina, puesto que la comunicación telefónica es constante.

La espiritualidad en la familia está definida colectivamente por una creencia en “Dios”...

*P: “... por fe somos creyentes, pero no tenemos ninguna religión”*

cuya imagen corresponde al dios venerado predominantemente en la cultura occidental, *Cristo*, aunque no es necesario que pertenezcan a alguna religión en específico para desarrollar la creencia de su existencia en él, sino como se denominan “creyentes”, es decir, creen en la existencia de dios, pero no se alinean a una institución religiosa particular.

De esta manera desarrollan su espiritualidad, lo cual les es útil en una variedad de formas, ya que les proporciona seguridad, consuelo, sociabilidad y autojustificación<sup>7</sup>, contribuyendo al bienestar individual. Aunque esto no da por

---

<sup>7</sup> Allport GW y Ross MJ, 1967, citados en: Teresa L. González Valdés, " Creencias religiosas y su relación con el proceso salud- enfermedad" en *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, vol. 7, no. 2, marzo del 2004, pp-19-29.

hecho que se dé un bienestar grupal, ya que, no todos coinciden en las creencias, Katia en particular hace mención, sobre su postura ante dios “Yo soy atea”. Dicha posición puede deberse al proceso de duelo que vive a partir de su enfermedad, en el que el coraje lo vuelca sobre aquellos que considera culpables de su situación, en este caso dios ya sea al dotarlo de la posibilidad de adjudicar situaciones, enfermedades, cosas, o por omisión, es decir, por dejar que esto le sucediera.

Los profesionales de la salud y las instituciones en los cuales se encuentran constituyen otros contextos de relación de la familia, ya sea de cada individuo o colectivamente, los cuales han formado parte de su vida desde el momento mismo del diagnóstico, en la actualidad y en un futuro, considerando también que se pueden incluir más dependiendo del estado de salud de los actores, ya que con las complicaciones que se pudieran suscitar hay una mayor participación de médicos u otros. En primera instancia se ubica el médico general o familiar como se denomina en instituciones públicas, que tienden a ser la primera persona con la cual se tiene contacto, posteriormente y de acuerdo a los accesos que brinda el ISSSTE, pueden acceder con un endocrinólogo y/o terapeuta en caso necesario. Sin embargo la familia ha buscado otras opciones de atención, información y preparación, ya que han acudido a la Asociación Mexicana de Diabetes, en la cual han tenido la posibilidad de otros servicios como el endocrinólogo pediatra para Katia, nutriólogos, preparación teórico-práctica en cursos y talleres para conocer la enfermedad y el saber cómo atenderla, así mismo se han involucrado en programas televisivos y se han vinculado con laboratorios farmacéuticos que les brindan información acerca de la diabetes.

En dichas instituciones se les ha brindado la oportunidad de la preparación, de la educación, ya que se han dotado de la asesoría necesaria sobre los diversos aspectos que competen a la enfermedad, como la dieta, el ejercicio, lo cual supone que han obtenido el apoyo para crear nuevas conductas que promueven

hábitos saludables, motivación, logrando en los diferentes espacios expresar dudas, comentarios, sentimientos y emociones ya sea de forma individual con los médicos, terapeutas, educadores, o de manera grupal en los cursos y talleres de los que han participado, logrando lo que se denomina una *educación en diabetes*<sup>8</sup>.

Por último, pero no menos importante, se encuentran las relaciones sociales en las cuales se ubican dos: las que se establecen con la familia extensa, la cual incluye tíos, primos, sobrinos, abuelos, entre otros y las que han surgido a raíz de la enfermedad, es decir, los grupos de diabéticos de los cuales nuestros actores han tomado parte, encontrando un lugar de desahogo, de compartir experiencias entre iguales, que los sitúa en un mismo nivel de comprensión, pero también de ejemplos a seguir, de impulso, de fuerza y de acción ante la diabetes.

#### 4.3 Relaciones Familiares

Hasta el momento se ha presentado a la familia en cuanto a su composición y estructura, ¿qué hacen?, ¿dónde viven?, ¿con quiénes se relacionan?, sin embargo es hora de adentrarnos en sus interacciones, ¿cómo son sus relaciones?, ¿cuáles son las funciones que desempeñan los miembros?, ¿cuáles son los roles asignados, aceptados y/o compartidos?, lo cual nos dará cuenta en un momento posterior, de cómo esto, al conjugarse con la aparición de la diabetes y los significados creados al respecto originan aquellas influencias recíprocas entre enfermedad y diabetes que son relevantes para la presente investigación.

En esta familia se pueden identificar seis tipos diferentes de relaciones entre los actores, *Matilde – Katia*, *Matilde – Paulina*, *Matilde – José*, *Paulina – Katia*, *Paulina – José* y *Katia – José*, hay momentos en los que se juntan tres personas, formando combinaciones como, *Matilde – Katia – Paulina*, *Matilde – Paulina – José*, *Matilde – José – Katia* y *Paulina – José – Katia*, así como escenarios en

---

<sup>8</sup> Kilo Charles, *Controle su diabetes*, México, Uteha Norvega Editores, 1997.

donde están los cuatro, *Matilde – Paulina – José – Katia*. Dicha multitud de relaciones pueden intercambiarse en el constante ir y venir de las actividades cotidianas.

Es necesario realizar una breve descripción de cada uno de estos tipos de relación, puesto que será necesario referirlos cuando la diabetes entre en escena, ya que el establecimiento de una relación particular puede influir en cómo se lleve a cabo el vínculo con la enfermedad.

La relación *Matilde – Katia*, está constituida biológicamente por abuela y nieta, respectivamente, aunque afectivamente y simbólicamente entre ellas se ha creado un vínculo parental<sup>9</sup>, ya que Karla visualiza a Matilde como su madre, la cual ha cumplido con las funciones de crianza, como un apoyo a Paulina, quién ha trabajado desde que su hija estaba pequeña.

Dichas funciones se han evocado al cuidado de Katia, educación, transmisión de valores, costumbres y sobretodo en el proveerla de afecto y amor, lo cual se ve favorecido con las características personales de Matilde, como la pasividad, la cual es muy valorada por Katia, ya que evitan confrontaciones y gritos. El vínculo afectivo entre ambas se fortalece por la convivencia diaria, ya que viven juntas, dejando a Paulina al margen, cumpliendo funciones de proveedora e intentando compartir el rol de madre con Matilde, lo cual crea conflictos, no entre Matilde y Paulina, sino entre ésta última y Katia, ya que prefiere el trato que le brinda su abuela al de su madre.

Alba Luz Robles Mendoza, menciona que “la presencia de otras figuras de cuidado diferentes de la madre o padre biológicos desarrolla en el menor una pluralidad de ideologías que puede confundirlo al intentar marcar los límites y adoptar los roles familiares que tendría que mantener”<sup>10</sup>, de tal manera que el

---

<sup>9</sup> Luz de Lourdes Eguiluz R. *óp. cit.*

<sup>10</sup> Alba Luz Robles Mendoza, *óp.cit*, pp. 21-22.

compartir las funciones de madre entre Matilde y Paulina ha creado en Katia un rechazo constante hacia los límites, reglas y cuidados que su madre biológica pueda darle, puesto que su situación le permite elegir entre el cuidado de ambas figuras parentales, aquella con la cual se siente más cómoda y le genera mayores beneficios.

De ésta forma la relación *Paulina - Katia* puede caer en dos subsistemas, el parental y el fraterno, por un lado el primero por las funciones antes descritas y el segundo por la forma de relacionarse. El subsistema fraterno comienza a crearse inconscientemente desde que nace Karla al ser registrada con los apellidos de su madre, lo cual actualmente sirve como referencia a decir “somos hermanas” y el hecho de querer esconderla de su padre biológico orilló a Paulina a hacerla pasar por hija de Matilde.

A partir de esta interrelación de factores, comienza a gestarse una relación fraterna entre ambas, caracterizada por constantes confrontaciones, peleas, lo cual es producto de una constante comparación entre ambas, principalmente con el tema de la diabetes, es decir Katia se equipara con su madre, visualizándola como una igual y dando por tanto la posibilidad de rechazar sus reglas en tanto ella no lo haga primero, es muy común en su relación las frases como “¿por qué tu si y yo no?”, dándose entonces una lucha de poder constante.

En este continuo devenir de una relación conflictiva y negociante entre Katia y Paulina, influyen diversos aspectos, el primero, la comparación entre pares o iguales, como se mencionó anteriormente, en segundo lugar la etapa de desarrollo en la que se sitúa Katia, adolescencia, edad de cambios emocionales y físicos y una búsqueda de consolidación del sentido de integridad e identidad corporal y en la que de acuerdo con el perfil psicosocial de un adolescente diabético, es más probable que vivan un sentimiento de injusticia y rebeldía por esa lucha constante entre la toma de decisiones de su enfermedad y tratamiento y el continuo control

de sus padres<sup>11</sup>. Los problemas parentales surgidos, se intensifican debido al proceso comunicacional generado entre madre e hija.

Entre Paulina y Katia se ha creado un círculo regenerativo<sup>12</sup> en el que una discusión conduce a una pelea, es decir, no existe una conciliación y ninguna cede. Por lo general estas discusiones comienzan con bromas u honestidad brusca, intentando en un inicio mantener una comunicación viable, sin embargo alguna termina molestándose por comentarios como:

*K: ¡Ah y creo que también se va a quedar coja!  
P: ¡Hay Cállate, vale!*

En este intento de comunicación se agrade, haciendo referencia a las posibles complicaciones de la enfermedad (pie diabético), estos mensajes también se caracterizan por un nivel alto de coraje de Katia hacia Paulina, debido a una historia relacional de peleas, confrontaciones constantes e incluso golpes, problemas a los que no les han dado solución.

Este círculo, en conjunto con otros factores crea lo que se denomina “mala comunicación” en la que “las personas utilizan sistemas inapropiados de interacción en los que no expresan sentimientos y están basados en altos niveles de coraje, por sentimientos que no han sido expresados en el momento y de la forma correcta. En estos procesos de comunicación uno “lanza piedras” para dañar al otro, como el silencio, la honestidad brusca, los recuerdos de eventos negativos o dolorosos, las referencias negativas a familiares, burlas acerca de áreas sensibles o debilidades personales e insultos”<sup>13</sup>. Por lo tanto no satisfacen el propósito principal de la comunicación, el compartir significados para afirmarnos, reconocernos y recibir lo que invariablemente se necesita a lo largo de la vida:

---

<sup>11</sup> M.J. Martínez Chamorro, I. Lastra Martínez y C. Luzuriaga Tomás, “Perfil psicosocial de niños y adolescentes con diabetes mellitus”, en *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León, (España)*, vol.42, no. 180, 2002, pp.114-119.

<sup>12</sup> José Carlos Rosales Pérez, “Comunicación y familia” en Luz de Lourdes Eguiluz R. (compiladora), *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*, México, Editorial Pax México, 2003, pp.35-54.

<sup>13</sup> López Navarro, 2000, citado en *Ibíd.*, p. 51.

amor y afecto. Lo cual ambas pueden sentir recíprocamente pero no se lo hacen partícipe, ni por medio de palabras, ni de acciones, lo que genera que Katia busque en otras relaciones, de lo que carece con su madre.

Se ha mencionado ya, que en la relación con Matilde, Katia ha encontrado afecto y una figura materna y en el caso de la relación *José – Katia*, ésta última ha desarrollado simbólicamente una sustitución de su padre biológico, construyendo con su tío un vínculo parental desde que ella era pequeña. Ambos comparten vivencias, conversan, se aconsejan, se entienden, generando un alto nivel de confianza, del cual se carece en las otras dos relaciones.

De esta manera José de ha convertido en un apoyo moral para Paulina, fungiendo como el padre de Katia, convirtiendo la relación *José – Paulina* en un vínculo mediado por la participación de Katia y Matilde. Si bien, en mayor medida la relación *Katia- José-Paulina* está determinada por el apoyo brindado hacia la crianza de la menor, también se ha constituido una especie de triangulación<sup>14</sup>, ya que según refiere Patricia, José y Katia se han unido contra ella cuando se trata de implementar la normatividad sobre los alimentos que Katia puede consumir, ocasionando conflictos entre Paulina y José.

En el caso de las relaciones *Matilde – José y Matilde – Paulina*, se caracterizan por apoyo mutuo ya sea en vivienda, negocios, familia, enfermedad, haciendo partícipes a la familia extensa con las cuales comparten actividades como la atención a Matilde, su manutención económica, visitas al médico, seguimiento del tratamiento, estableciendo en lo general una comunicación mínima entre hermanos, a diferencia de la que cada uno establece con su progenitora, ya que en su mayoría Matilde lleva una relación favorable con sus hijos.

---

<sup>14</sup> Se refiere a las relaciones duraderas formadas por dos personas en contra de otra del grupo, ocasionando problemas entre los miembros. Dicho concepto es manejado por Minuchin en el año 1983, citado por Luz de Lourdes Eguiluz R. óp cit.

Por último, falta describir y analizar las relaciones generadas como colectivo, de las cuales existen dos más relevantes, en primera instancia se encuentra la más frecuente *Matilde – Katia – José*, quienes comparten mayor tiempo, puesto que su cotidianidad transcurre en su mayoría en la casa de Matilde y el negocio de José. Los procesos comunicacionales establecidos entre ellos, carece en su mayoría de conflictos, transcurriendo su vida en conciliación constante a pesar de los pequeños problemas que se pueden generar en el diario convivir.

La relación *Matilde – Katia – Paulina*, es completamente diferente a la anterior, ya que la interacción entre Katia y Paulina, con la lucha constante por el control de las restricciones, prohibiciones, tratamiento, entre otros, genera confrontaciones, en las que Matilde toma el rol de mediadora, intentando bajar la intensidad de las peleas entre ambas, ya que se debe considerar que cuenta con el respeto de ambas, lo cual le permite reprenderlas y conversar con ellas sobre lo inadecuado de sus actos.

Por último es necesario especificar que Katia es la figura dentro de la familia, con mayor centralidad<sup>15</sup>, puesto que tienen un mayor espacio emocional en todo el grupo social y en la relación que establece con cada integrante de la familia, las conversaciones y las actividades que se desempeñan en la familia giran en su mayoría en torno a ella, así como las discusiones, esto puede ser justificado en un inicio por ser la persona con menor edad dentro de la familia, a quién se busca cuidar, proteger y atender, lo cual se ha profundizado a raíz del diagnóstico de diabetes.

Hasta el momento se ha buscado mostrar la situación familiar, su composición, contextos y la red de relaciones que se entreteje al interior del grupo, y en algunos casos se ha mencionado la diabetes como parte de su cotidianidad, sin embargo, es necesario entrar por completo a mostrar la enfermedad desde que comienza a figurar en sus vidas, lo cual representa un vistazo en la temporalidad de los

---

<sup>15</sup> Este concepto también es manejado por Minuchin en 1983, *Ídem*.

sucesos, ya que los cambios que pueden surgir en una condición particular necesitan de un referente, de un antes y un después, así como las acciones realizadas en el presente pueden tener sus osificaciones en el pasado o en lo que vendrá, es decir, en un futuro, lo cual en esta enfermedad es relevante ya que lo que se hace o deja de hacer puede tener sus raíces en las causalidades de la enfermedad o en las posibles complicaciones de la misma, así como del presente, es decir, es un conjunto de factores que pueden explicar el comportamiento que se tiene con la diabetes. Por tal motivo es necesario comenzar a exponer a la diabetes desde sus orígenes, es decir, desde los antecedentes familiares, así como de los eventos de sus historias que se pueden significar por los autores como causales de su padecimiento.

#### *4.4 Antecedentes de la Enfermedad*

Dentro de este rubro se consideran como antecedentes, aquellos factores previos a la enfermedad que puedan incidir en su aparición ya sea uno o la conjunción de varios, incluyendo los hereditarios en un primer plano, principalmente aquellos con línea directa, abuelos, padres o hermanos el cual es el caso de Paulina y Katia, ya que la primera por parte de su padre existe su abuela y en segunda instancia, Katia con línea con su abuela paterna y con su madre.

En el caso de Matilde no hay una línea clara de factores hereditarios, sin embargo se han encontrado dos eventos causales según su propia significación. El primero es una larga historia de violencia intrafamiliar con su ex marido, lo cual le llevó a un padecimiento de quince años, dolores en la vesícula, siendo en una operación de emergencia en donde se percata por primera vez de la diabetes.

En Katia se interrelacionan distintos factores desencadenantes, los hereditarios, sus malos hábitos alimenticios, falta de ejercicio, obesidad resultante de las dos anteriores y eventos estresantes.

*P: "...a lo mejor fue esa situación que tuve con la niña que la golpeé, se espantó, la traté como si fuera lo más vil. Ahí fue donde se desarrolló la diabetes, se espantó la niña y creo al año o a los tres meses fue cuando le dio la diabetes o pudo haber sido la mala alimentación que le di a la niña o los golpes que yo le di a la niña..."*

Biológicamente, existe un desequilibrio en la glucosa cuando un tipo de eventos de esta magnitud se presentan, Ernesto Aguilar Guzmán<sup>16</sup>, incluso menciona que para la generación de la enfermedad contribuyen dos factores, por un lado la condición hereditaria y por otro un factor desencadenante, entendido como un sobreesfuerzo para el organismo, ya sea un factor físico agotador o un agente de tensión fisiológica, como la obesidad, tensiones emocionales agudas, alcoholismo y/o farmacodependencia, intervención quirúrgica o algún episodio de la vida sexual o de desarrollo del individuo. De esta manera se observa que en el caso de los tres actores, las condiciones necesarias han estado presentes para la aparición de la enfermedad, por un lado el aspecto hereditario mostrado en Paulina y Katia, obesidad en ésta última y las tensiones emocionales que se muestran en las tres, Matilde por una larga historia de violencia intrafamiliar, Katia por las peleas y golpes a los que ha sido expuesta y en Paulina la noticia del saber a su hija en la condición de diabética.

Es difícil pensar que un solo evento es el que ocasiona la enfermedad y se ha mencionado anteriormente que la diabetes es heterogénea en las variables que originan su desarrollo, sin embargo debido al discurso popular sobre los sustos o espantos a los que se adjudica la causalidad de la enfermedad, sin que se considere que la diabetes probablemente ya existía aunque compensada y que con este tipo de eventos esa estabilidad de rompa haciéndola notable, es frecuente que se ubiquen en eventos singulares o personas, culpas o responsabilidades respecto de la diabetes.

---

<sup>16</sup> Ernesto Aguilar Guzmán, *Cartas a un diabético. Cómo prolongar una vida Saludable*, México, Trillas, 1990.

Esto es lo que ha sucedido en la relación Paulina – Katia, puesto que el evento estresante en que Paulina golpeó a Katia y que se ha considerado por los actores como un detonante para la diabetes, se ha convertido también en un motivo de rechazo hacia Paulina, ya que al ser ella quién propicio tal situación, entonces también se convierte en culpable del padecimiento de Katia. Tal conflicto ha sido un problema no resuelto, por lo que en los constantes conflictos que tienen surge como un recuerdo doloroso para ambas y gestador de otros problemas, creándose un círculo recursivo de discusiones.

#### *4.5 La diabetes en escena*

La antesala de la enfermedad ha sido expuesta y está claro que responde a una multitud de factores para que pueda ser desarrollada o al menos así se ha comportado en el caso de nuestros tres actores, que entre los antecedentes familiares, los hábitos alimenticios, los eventos estresantes, se ha gestado el camino hacia la diabetes, dando como resultado el inevitable momento de la noticia “tiene usted diabetes”, que lleva a la persona a incluir en su vida una condición que probablemente no tenía prevista y que le invita a transformar su vida o que incluso ocasiona un shock emocional difícil de superar, preguntándose ¿qué es la diabetes?, ¿cómo se trata?, ¿me voy a morir?, entre otros cuestionamientos no menos importantes.

Dentro de la familia se pueden ubicar tres momentos específicos de diagnóstico y se tendrá a bien referir de acuerdo a la temporalidad en que fueron suscitados. El primero en presentarse fue el de Katia, el cual fue el de mayor impacto emocional para toda la familia, pues como ser posible el hecho de que una enfermedad de adultos pueda instalarse en una pequeña, en donde generalmente se asocia la salud.

Entre los síntomas que presentó Katia para su diagnóstico fue de entrada una bulbo vaginitis, que la llevó a la realización de estudios médicos que dieron la dolorosa noticia de padecer diabetes, pues estaba muy elevada.

*P: "...329 de azúcar y puede tener un coma diabético y ahí me asuste yo, me puse bien mala, el rato que estuve aquí le vine avisar a mi mamá que iba a internar a la niña y ya fue cuando yo lloré y lloré y sola (lloraba), porque no tenía el apoyo de su padre ni nada, me fui con mi niña al hospital para que la trataran y le bajaran el azúcar y mi mamá también ya hasta meses después me dijo, sabes que también yo tengo diabetes, pero ¿por qué?, no sé porque pero yo también tengo diabetes, pero nunca me dijo que fue por la impresión de que le dije que la niña tenía diabetes".*

El impacto emocional fue fuerte para Patricia al saber a su hija enferma y un con riesgo latente incluso de muerte, agravándose al verse sola afrontando una situación de tal magnitud. Karla por su parte intenta comprender que es lo que le está sucediendo.

*K: "...me dijeron que yo tenía diabetes, y yo no que es eso, yo creía que era algo así como el sida o el cáncer, ¿y qué es eso?, ¿cómo se trata?, ¿me voy a morir?, dije no estoy muy joven para morir (riendo), cuando el doctor me explicó, me dijeron no eso no es nada de morir o de tratar de sobrevivir, simplemente es de controlarse, tratar de no comer dulces, refrescos, algo que contenga dulce o grasa, es nada más un control, no es difícil, siempre y cuando sepas como controlarte, pues yo dije bueno y es que había tenido un amigo que uno de sus familiares también tenía diabetes y ese familiar ya no tenía pies, ojos, ya no veía, y yo decía no quiero quedar como ese señor, fue una de las cosas por las que me asuste más, me preocupe más por mí, porque yo no sabía que era tener diabetes".*

En estos dos relatos se muestra un distinto modo de proceder, mientras Paulina fluctúa entre la tristeza y la impresión, Katia entre el miedo y la confusión, el primero no solo por lo que le está sucediendo, sino por lo que vendrá, por lo que podría sucederle, visualizando su persona e incluso su vida comprometida ya que al carecer de información y experiencias cercanas al fenómeno no entiende exactamente lo que le ocurre, además de que por el momento biológico en el que ocurrió, se le considera a un niño más vulnerable ante las enfermedades puesto que aún no ha desarrollado los mecanismos protectores de los adultos que resultan de diferentes experiencias de la vida<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> Israel Lerman Garber, *Atención integral del paciente diabético*, México, Mc Graw Hill Interamericana, 1998.

Los sentimientos presentados en ellas son consistentes con los presentados en un estudio cuyo objetivo era indagar los sentimientos en mujeres con diabetes tipo II después del diagnóstico, mostrando similitud en el miedo, la confusión, la tristeza, presentando otros como rabia y susto, lo cual en su conjunto aumenta la vulnerabilidad al estrés, depresión y ansiedad<sup>18</sup>. El ser partícipes de una misma especie nos dota de la posibilidad de compartir reacciones emocionales ante eventos como estos, sin embargo al ser personas diferentes la historia de vida y relacional es distinta por lo que también influye en cómo se considere el evento. Paulina al enterarse de que padecía diabetes, tuvo menos reacciones de este tipo, la tristeza o melancolía, la rabia y la confusión fueron inexistentes según su relato, debido a que ya contaba con la experiencia de tener una hija y una madre diabéticas, sabía qué hacer, sabía cómo proceder, estaba envuelta ya en el mundo de la diabetes, era diabética sin serlo.

Pareciera ser que la aparición de la diabetes en Matilde, hubiese pasado inadvertida, pues de hecho así sucedió, la noticia de saber que su nieta tenía diabetes y el saberla en una posición de vulnerabilidad, constituyó un factor desencadenante para que la diabetes que había mantenido compensada se hiciera notar y fuera declarada formalmente como diabética y aunque se tenían indicios de que probablemente la padecía desde una operación de emergencia en la que la glucosa estaba alta decidió no tomarla en cuenta, hasta que sucedió lo de Katia, la enfermedad se hizo lo bastante evidente como para seguirla negando. Sin embargo no se los notificó a Paulina ni a Katia, debido al sufrimiento que estaban viviendo por el recién diagnóstico de la pequeña, fue hasta meses después que se enteraron, pasando a ser parte también de sus vidas sin mayores sobresaltos emocionales, exceptuando uno, el sentimiento de culpa, que se produjo en Katia, al sentirse responsable de la diabetes de su abuela, sin embargo

---

<sup>18</sup> Denise Siqueira Péres, Laércio Joel Franco y Manoel Antonio dos Santos "Los sentimientos de las mujeres después del diagnóstico de diabetes tipo 2, *Rev Latino-am Enfermagem*, (Brasil), vol. 16 no. 1, enero-febrero del 2008. [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/es\\_15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/es_15.pdf). Visitado [26 de mayo del 2009].

al pasar del tiempo lo ha significado de una forma distinta, siendo consciente de que ella no intervino en la generación de la diabetes, simplemente lo que le sucedió produjo que se hiciese notar.

A partir del mismo instante del día del diagnóstico, en la vida de los actores comienzan a presentarse transformaciones, en un inicio manifestadas por diversas reacciones emocionales, para dar paso a los cambios prácticos, es decir, el modo de vivir.

Ya Katia en su narración anterior da un primer vistazo de los cambios que debían suscitarse en su vida, la alimentación, pilar básico del tratamiento, se eliminan alimentos principalmente los altos en azúcares, grasa y sodio y se racionan los alimentos indicándole cuanto tiene que consumir de cada uno, haciendo una dieta cuantitativa, lo cual va de la mano con la activación física, necesaria para optimizar el funcionamiento de los medicamentos suministrados y de la insulina.

Estos dos aspectos si bien son considerados los más relevantes para un buen control, también pueden ser los más perjudiciales, ya que dependen del actuar del ser humano, el cual al estar dotado de libre albedrío considera hacer lo más oportuno para sus intereses y prioridades. Cuando éstos están basados en un buen estado de salud a largo plazo, llevar el régimen alimenticio no es por lo general tan complicado, no en cambio cuando el interés recae en el placer momentáneo de ingerir “lo prohibido”, ya que los alimentos restringidos son los más valorados por las personas diabéticas y a los cuáles estaban acostumbrados.

El seguir con el régimen de alimentación y activación física, también se vincula con las relaciones que se han establecido en la familia y obedece en ocasiones a aspectos que se escapan de la voluntad humana y en otros están enraizados en ésta precisamente, sin embargo este punto de análisis será más prudente abordarlo con posterioridad ya que en el que fluctúan las influencias entre la familia y el control de la enfermedad.

Por otro lado los cambios que fueron inevitables, al menos para asegurar la sobrevivencia, fue el hecho de comenzar a ser partícipe de un nuevo mundo, el médico, participando de visitas periódicas con profesionales de la salud, al igual que exámenes médicos regulares, automonitoreo y la constante medicación que de esto resulta.

A la par, se vieron incluidas en experiencias educativas sobre diabetes, formalmente denominada educación diabetológica<sup>19</sup>, esta tuvo lugar en asociaciones dirigidas al tratamiento de la diabetes, asistiendo a diversas actividades en donde entendieron la enfermedad ¿por qué sucedía?, ¿qué es lo que podían hacer?, formando parte de un mundo discursivo completamente diferente al que estaban acostumbradas o como señala Kenneth Gergen han creado un sistema de significación convirtiéndose en expertas sobre el tema y elaborando discursos que difícilmente una persona ajena al grupo familiar o no familiarizada con el tema comprendería<sup>20</sup>, siendo Katia la más ávida en este aprendizaje siendo incluso la encargada de transmitir el conocimiento a las demás integrantes de la familia.

Esta enfermedad, según comentan los actores se conoce como “la muerte silenciosa” y esto se debe a que puede pasar desapercibida por algún tiempo, sin embargo tarde o temprano se hace presente y desafortunadamente en ocasiones cuando ya ha dañado al organismo, tal es el caso de Paulina quién a pesar de tener un diagnóstico reciente comienza a padecer neuropatía diabética<sup>21</sup>, lo cual le afecta todas sus terminaciones nerviosas particularmente en sus pies, en el que las sensaciones se están viendo alteradas, ocasionado por un lado por los niveles altos de glucosa y por otro por el hábito de fumar arraigado desde años atrás, conjugándose también otras enfermedades como un padecimiento de la columna

---

<sup>19</sup> Kilo Charles, *óp. cit.*

<sup>20</sup> Kenneth J. Gergen, *Realidades y Relaciones. Aproximaciones a la construcción social*, España, Paidós, 1994.

<sup>21</sup> María Collazo, Clavell (editora), *Guía de la Clínica Mayo sobre tratamiento de la diabetes*, México, Intersistemas, 2002.

y tumores vaginales, siendo de las tres la más afectada en cuestión salud, transformando aún más su estilo de vida, ya que en asociación con sus otros padecimientos, le cuesta trabajo caminar, pierde sensibilidad, aumentando el riesgo de accidentes en los pies, por ejemplo quemaduras o heridas.

Las transformaciones en el plano psicológico suscitadas en el individuo diabético no suceden únicamente en el momento del diagnóstico, sino que lo van acompañando en su travesía con la enfermedad, influyendo en la adaptación a su nueva vida, de tal manera que se gesta un proceso de duelo ante el significado de pérdida por el padecimiento de la enfermedad. Daniel Figuerola<sup>22</sup> hace mención de seis etapas: la primera la negación, siendo una de las respuestas emocionales más habituales y se caracteriza por la incredulidad del evento o se niega lo que está pasando, haciendo uso de frases como “esto no me puede estar pasando a mí”. La segunda fase es la de rebeldía, rabia o revuelta,<sup>23</sup> en la que la agresividad es la característica primordial, extendiéndose hacia el personal de salud, amigos y familia, buscando culpables de su situación actual. La etapa de disociación es la subsecuente, haciendo una valoración entre el antes y el después considerando principalmente aquello negativo que le ha dejado la diabetes. Posteriormente sobreviene la tristeza o depresión, ubicándose en lo que no será posible hacer, haciendo la melancolía más profunda. La etapa previa a la aceptación, es conocida como negociación en el que el paciente se muestra dispuesto a negociar y a pactar los elementos del tratamiento. Por último la anhelada aceptación en el cual se comprende que se puede seguir viviendo con la enfermedad cumpliendo con ciertas pautas de comportamiento, que se irán modificando paulatinamente.

El que existan seis fases mostradas en éste orden no implica que su existencia en la vida de los actores sea igual, ya que puede haber diferencia entre los casos, en las etapas, puesto que todo depende del proceso de cada individuo. El caso de Katia, Paulina y Matilde, es un claro ejemplo, mientras la última ha logrado

---

<sup>22</sup> Daniel Figuerola, *Diabetes*, España, Masson, 2003.

<sup>23</sup> Nombrada así por Denise Siqueira Péres, *óp cit.*

aceptar su enfermedad reorganizando su vida de acuerdo a las limitaciones propias de la Diabetes y manteniendo sus niveles de glucosa óptimos, Katia y Matilde teniendo en promedio el mismo tiempo de diagnóstico lidian en el día a día por controlar su enfermedad, sin embargo distan de ello debido entre otras cosas a sus respuestas emocionales respecto a la enfermedad, que no les permite aceptarla y adecuar su vida a su condición.

Katia se sitúa mayormente en una etapa de rebeldía, puesto que se muestra agresiva, principalmente con su madre a quién ya ha calificado como la culpable directa de su situación al igual que a la figura simbólica de dios. Así mismo se encuentra disociando sobre las pérdidas que ha vivido considerando ventajas y desventajas, ubicándose en un camino prometedor hacia la aceptación y reorganización de su vida en base a las restricciones y limitaciones de la Diabetes.

Paulina no se muestra enojada con nadie a causa de su enfermedad, no la niega, pero aún se encuentra dificultosamente alejada de transformar su vida de acuerdo a la condición diabética, sus acciones e inacciones respecto de la enfermedad la ubican en trasgresiones del tratamiento médico y obviamente con un control inadecuado de su enfermedad.

Si bien este proceso emocional se vive y supera de forma personal por cada actor no es infrecuente que suela requerirse una intervención psicológica que los apoye a sobrellevar la situación, sobre todo tratándose de niños o jóvenes con diabetes, ya que se convierte en un "proceso abierto e inacabado" <sup>24</sup> debido a su cronicidad, se presentan nuevas crisis que obligan al paciente a enfrentarse a situaciones diferentes y estresantes como las específicas a la enfermedad, el estrés emocional que agrava los síntomas clínicos, hospitalizaciones, modo de responder ante las complicaciones, confrontación con elecciones terapéuticas significativas,

---

<sup>24</sup> Aquilino Polaino Lorente y Jesús Gil Roales Nieto, *Psicología y Diabetes Infantojuvenil* España, Siglo Veintiuno Editores, 1994.

fracasos ante una respuesta terapéutica deseable e intervenciones urgentes ante una muerte inminente, por lo que la atención hacia los factores psicológicos se vuelve sumamente importante.

Si bien el proceso emocional que viven los actores determina parte de sus acciones al ser inevitable y necesario, entran en juego otros escenarios como el subjetivo y el relacional en donde se construyen aquellos significados a partir de los cuales el actor interacciona con su mundo los cuales construye en la relación diaria ya sea con la familia, con los compañeros de trabajo, con los médicos, no se puede ser tan lineal ni causal al considerar la experiencia humana, por lo que es necesario dilucidar cuales han sido los significados construidos dentro de la familia que nos permitan entender sus acciones.

#### *4.6 Significaciones respecto de la familia y diabetes*

En las diferentes relaciones en las que el individuo incursiona, se va construyendo la subjetividad, es decir, aquella parte del ser humano que no puede ser observada pero que forma parte de él y que es el motor de sus acciones o no acciones, es aquello que se interioriza y a partir del aprendizaje previo y actual la persona crea nuevos significados de lo conocido, ya que las significaciones no son estáticas, sino que se van transformando a partir de la historia relacional de los individuos así como de la intersubjetividad establecida con otros actores.

Siendo entonces las significaciones promotoras de la acción del hombre, es primordial poner atención en este aspecto, ya que lo que hagan o dejen de hacer, las personas están enclavadas no solo en un escenario social como el político, económico o médico, sino en el mundo subjetivo de la persona y por lo tanto es necesario recurrir a dicho aspecto, para comprender el porqué de su actuar, entendiendo como significado un concepto definido preeminentemente en términos de significación individual o de la simbolización interna del mundo

externo aunque su origen no sea dado en este plano sino en la intersubjetividad experimentada en el mundo social<sup>25</sup>.

Se tuvo a bien indagar sobre dos ejes principales dentro de la experiencia familiar, por un lado las significaciones referentes al grupo social en cuestión y por otro aquellas construidas sobre la diabetes. Si bien la narración ofrecida es individual, hay que recordar que todo significado tiene su origen en las relaciones sociales, es ahí en donde se conoce el mundo, donde se tiene acceso a un infinito recetario de conocimiento y de significados.

Katia, por su parte concibe a la familia similar a un grupo de amigos, caracterizándose por un lazo sanguíneo, sin embargo adentrándose en su discurso se encuentran más diferencias como el respeto que existe entre los miembros familiares, ya que según su concepción, no es posible entablar el mismo tipo de relación porque "lo piensas más", es decir, existe un límite en lo que puedes compartir o la manera en que se comparten experiencias el cual no es físico, sino de características subjetivas, morales.

Paulina da otro aspecto importante en su significación de la familia, la unión y aunque en el caso de la familia extensa se carece de ella, en el vínculo que ellas forman, la mantienen desde el nacimiento de Katia y se ha profundizado a causa de la enfermedad gestándose en este aspecto un punto de unión que las invita a compartir una condición y estar pendientes del actuar de los demás miembros de la familia. Otras características familiares son la sinceridad, el cual se puede catalogar como una especie de honestidad brusca<sup>26</sup>, puesto que al ser francos comunicativamente hablando tienden a herir y lastimar al otro, así como la relación entre ambos.

---

<sup>25</sup> Kenneth J. Gergen, *óp. cit.*

<sup>26</sup> López Navarro, citado en José Carlos Rosales Pérez, *óp. cit.*

Las definiciones de los actores permiten ver una concepción de familia sumergida en las relaciones interpersonales gestadas al interior del núcleo, siendo esta parte la característica primordial de su grupo social, así mismo elaboran una diferenciación respecto del mundo, es esto, pero no aquello, le dan características particulares como lazos sanguíneos, unión, sinceridad, y respeto.

La visión interna de la familia recurre a los elementos dados en los vínculos sociales a los que han tenido acceso, sus sistemas de interacción y su historia les da la facultad de hablar de un concepto tan referido por muchos y analizado por tantos, pero quién mejor que ellos para decir lo que significa su familia. Al respecto la comunidad científica también proporciona herramientas para dilucidar este concepto ya que el ver a la familia desde y como una red de relaciones, vínculos sociales y sistemas de interacción es solo una forma o un nivel para abordar el concepto, ya que hay que considerar también que está determinado por múltiples determinaciones externas, culturales, económicas, geográficas, ecológicas, políticas, entre otras. Así mismo hay que considerar su función socializadora en la que se convierte en un vínculo entre el individuo y la sociedad, transmitiendo valores, normas y un sistema social de representación<sup>27</sup>.

Es a partir de este sistema de interacciones sociales, en el que la convivencia con la diabetes se hace posible, es aquí en donde la enfermedad se instala en seguida del individuo, sino es que al mismo tiempo y es a partir de esa vinculación en relación con otros escenarios como el médico, que se comienzan a gestar las significaciones referentes a la enfermedad.

En la medida en que la diabetes es una enfermedad crónica, a lo largo de la travesía con ésta, el significado elaborado puede cambiar, transformarse tanto como cambie su vinculación con la enfermedad. De entrada existe una significación transmitida por las comunidades de personas diabéticas y que parece

---

<sup>27</sup> Pichon Rivière en Javier Vicencio, *La Familia, la Pareja y la Psicología social*, sin fecha. [www.Intitutocrisol.org/fppsa.doc](http://www.Intitutocrisol.org/fppsa.doc) Visitado [01 de Agosto del 2009]

tener validación en los hechos y en el temor del futuro "muerte silenciosa", es el sinónimo que se le ha dado a la diabetes debido a las múltiples complicaciones, como dice Matilde " de diabetes no te vas a morir, sino de las complicaciones", como daños cardiovasculares, oculares, angiopatías, nefropatías, neuropatías, que merman la calidad de vida y comprometen la existencia, haciéndolo de una manera paulatina y silenciosa, es decir, de no realizarse exámenes médicos periódicos, el daño puede hacerse notar hasta que es irreversible. De esta forma significan la enfermedad como una muerte lejana, pero certera y que de no llevar el régimen de tratamiento adecuado su vida no promete ser muy satisfactoria.

La familia ha tenido la oportunidad de crear y recrear distintas significaciones respecto de la diabetes, sin embargo no es compartida de manera homogénea y a pesar de tener un punto de conexión entre los actores, cada uno ha vivido y significado con particularidades su proceso salud-enfermedad.

*M: ¿Para ti, que significa la enfermedad en tu vida?*

*K: Pues muchas cosas, más malas que buenas, porque me quito todos mis privilegios.*

*Buenas porque sé cómo puedes evitar que te corten un dedo que se te vayan cayendo los dientes o simplemente quedar ciega y pues llevas una dieta, hace que adelgaces, eso sí, son más malas que buenas.*

*K: Además de los dulces, les digo a mis amigos que tengo diabetes y ¡chu!, haz de cuenta como si se esfumarán.*

Los significados fluctúan entre lo social y lo particular, mientras se comparten rasgos con otros diabéticos como el visualizarlo como una pérdida, ya que lo experimentado por Katia es consistente con otros estudios<sup>28</sup> en los que los pacientes visualizan numerosas pérdidas con la diabetes, de la salud, de las relaciones personales, de capacidad física, actividades de recreación, entre otras, también muestra diferencias respecto de las otras integrantes de la familia quienes han envuelto su significado en lo intelectual y no tanto en lo emocional.

Es común que se le considere a la presencia de la diabetes como una pérdida, pues transgrede el curso natural de la vida y la homeostasis de la persona,

---

<sup>28</sup> Denise Siqueira Péres y otros *óp. cit.*

concibiéndose limitantes para llevar una vida "normal" o al menos igual a la que se llevaba antes del diagnóstico. Este significado no solo se enclava en la percepción del individuo sino que tiene su fundamento en la vida del paciente con cambios reales en su vida, enfocando su atención en el antes y el ahora, comparando lo que podía hacer y lo que no.

La pérdida de relaciones sociales otro punto clave a considerar dentro de las preocupaciones del paciente ya que si bien las que se forman al interior de la familia se pueden hacer más fuertes, las establecidas con amigos pueden disolverse por la ignorancia o miedo sobre o ante la enfermedad optando por alejarse y dejando al paciente carente de este tipo de relaciones, las cuales son más valoradas durante la etapa de adolescencia de Katia. Así mismo en este alejamiento se fundamenta otra creencia de pérdida, esta vez ubicada a futuro, el perder la oportunidad de tener una relación de pareja y una familia.

Katia en este momento de su enfermedad se encuentra elaborando significados de pérdida, sin embargo comienza a crear los de ganancia, en los que según Gemma Peralta<sup>29</sup> comienzan a comprender que gracias a la enfermedad han conseguido otras cosas, como la posibilidad de evitar complicaciones y el adelgazamiento. Esta visualización de desventajas y ventajas promete los inicios de la etapa de aceptación de la enfermedad según el proceso de duelo, en el que si bien se reconocen las limitaciones también se comprende que se puede vivir con la enfermedad siempre y cuando se adapte al nuevo estilo de vida a las pautas de tratamiento.

Se mencionaba anteriormente que hay pacientes que se envuelven en procesos intelectuales para dar cuenta de lo que la diabetes significa en su vida, tal es el caso de Paulina quién desde el inicio de la relación con la enfermedad se involucró en actividades educativas con la finalidad de conocer la enfermedad y en esa medida ayudar a su hija, logrando así “dominar las emociones aflictivas

---

<sup>29</sup> Citada en Daniel Figuerola, *óp. cit.*

causadas por el padecimiento”<sup>30</sup> siendo tal su involucramiento que no le fue posible expresar un significado respecto de la enfermedad ajeno al discurso médico.

En Paulina la pérdida se ha establecido principalmente en su condición de salud, ya que las neuropatías han generado cambios en su vida, dificultándole actividades tan cotidianas como el caminar, lo cual asociado con otros padecimientos dificultan más sus tareas, así mismo surge el miedo hacia el futuro, hacia las limitaciones que le genere la enfermedad y el miedo a morir en soledad.

Matilde genera su significado a partir de la información que los demás le proporcionan, se deja llevar, cuidar, informar ya sea por sus hijos o nietos, por lo que referente al significado de la enfermedad reproduce aquello que le ha sido comunicado en base al discurso médico, sin hacer alusiones a emociones o pensamientos en tanto sea su propio proceso de enfermedad al que refiera, ya que al hablar de Katia, el sufrimiento, dolor y fuerte impacto emocional surge en toda conversación, lo cual comparte con Paulina, ya que en la diabetes de Katia han recaído las mayores aflicciones vividas en la familia, así como las mayores pérdidas significadas.

Es entonces que a partir de estos significados principalmente de pérdida, es que nuestros actores actúan respecto de su enfermedad, vinculándose con el apoyo mutuo y la unión con la que caracterizan su núcleo familiar, sin embargo no se puede considerar que esto sea todo aquello que explica en porque de sus acciones, ya que se funden un sinnúmero de aspectos para explicar cada acción, cada quehacer de cada individuo, por lo que hay que dilucidar detenidamente en aquellos aspectos que nos interesan, en particular las influencias que existen entre la familia y la diabetes y viceversa, ya que ambas se vinculan en el día a día y probablemente en este vínculo se puedan encontrar aquello que incide en las transformaciones familiares y en las dificultades o facilidades para acatar un tratamiento.

---

<sup>30</sup> Daniel Figuerola, *óp. cit.*, p.164.

#### *4.7 Influencias co-construidas entre diabetes y familia*

Ya se han mencionado hasta el momento los principales cambios que la enfermedad ha producido en la vida de los actores desde su constante vinculación con profesionales de la salud, instituciones médicas, administración de medicamentos, exámenes médicos de rutina hasta los procesos psicosociales como el proceso de duelo vivido por la pérdida de la salud a casusa de la diabetes. Sin embargo hay puntos que no han sido clarificados y que se evocan principalmente a los cambios comportamentales de la familia a causa de la enfermedad y el cómo las relaciones familiares han influido en el control de la diabetes.

Un cambio de inicio fue el comportamiento en Paulina hacia Katia cuando se presentó el diagnóstico, ya que dirigió la mayoría de su actuar a la preservación de la vida de su hija procurando seguir estrictamente el control médico señalado, restringió la alimentación de la niña drásticamente y se volvió responsable de todos los aspectos del tratamiento; monitoreo, medicación, alimentación, consultas, favoreciendo con esto que Katia visualizara un antes y un después completamente diferente a raíz del diagnóstico de la enfermedad. De esta forma se convirtió en el proceso más difícil de superar, ya que no solo se tenía que transformar el estilo de vida sino aceptar que la enfermedad habitaba en la familia y en el integrante más vulnerable, un niño.

El trato hacia Katia fue diferente en comparación a los fuertes regaños cotidianos previos a la noticia de su enfermedad, el actuar de Paulina se torno más amable, procurando en todo momento el bienestar de la niña “fue más cariñosa”, expresa Katia denotando lo agradable que era esa situación para ella, sin embargo el tiempo y la adaptación al nuevo régimen de vida, visualizando que las afecciones no son inmediatas y que llevando el tratamiento adecuado no se compromete la existencia, generó que este actuar se transformara, dirigiendo su atención a

verificar que Katia siguiera el régimen de tratamiento puesto que era momento de transferir las responsabilidades hacia la persona en donde se gesta la diabetes.

El haber pasado a Katia las responsabilidades de su tratamiento se convirtió en una difícil fase por superar ya que se conjugaron una serie de factores como el cambio de ambiente familiar. Al comenzar a vivir con su abuela los límites se relajaron pues no son tan rígidos como con su madre, por lo tanto se favorecen transgresiones continuas a su tratamiento en alimentación, monitoreo y aplicación de insulina. Otro factor es la etapa de desarrollo que vive Katia, ya que de acuerdo con Daniel Figuerola<sup>31</sup>, durante esta etapa los chicos que han sido diagnosticados años atrás tienden a abandonar las pautas de tratamiento, transgreden las normas dietéticas y la administración de insulina. Todo esto da como resultado un descontrol prominente en la diabetes de Katia en el cual no solo ha tenido acciones de omisión en el tratamiento sino de franca rebeldía que provocan voluntariamente situaciones de riesgo, como el consumo de seis caja de chocolates, lo cual motivó a su médico a canalizarla al servicio de psicología de su institución médica.

De acuerdo con Aquilino Polaino Lorente y Jesús Gil Roales Nieto<sup>32</sup>, el niño que sufre de diabetes insulino dependiente se ajusta muy difícilmente al régimen de vida que exige su enfermedad. Esto es todavía más frecuente en el caso de la diabetes juvenil para lo cual se han dado explicaciones simplistas y lineales como el cansancio del régimen, la cronicidad de la enfermedad y otros más complejos como las relaciones que el niño o joven establecen con sus padres y/o los médicos, ya que en la medida que sean convenientes se desarrollarán actitudes paternas más favorables que a su vez tenderán a optimizar la eficacia del tratamiento.

---

<sup>31</sup> Daniel Figuerola, *óp. cit.*

<sup>32</sup> Aquilino Polaino Lorente y Jesús Gil Roales Nieto, *óp. cit.*

Es precisamente en estas actitudes parentales en donde se enclava una clasificación ofrecida por Daniel Figuerola<sup>33</sup>, en donde muestra entre las más frecuentes el perfeccionismo, la indulgencia, el proteccionismo y la colaboración progresiva, en donde esta última se convierte en un ideal para lograr que el joven adolescente se adhiera exitosamente al tratamiento, sin embargo la relación que han establecido los actores tiene sus particularidades.

*“P: luego estoy peleándome con ella, estoy agarrándome del chongo con ella porque deberás que no se inyecta, no se toma el medicamento, no quiere ir al médico, no quiere, no quiere hacernos caso, no quiere hacer ejercicio...”*

*K: Tú tampoco (digiriéndose a su mamá), y nadie te dice algo.*

*P: Yo camino todos los días, de la casa...*

*K: Yo también camino todos los días de aquí a la parada del camión”.*

*“K: ...no me llevo bien con ella, me repite y me repite ¡hay como me deshago de ella”.*

Estos breves fragmentos muestran el tipo de relación que madre e hija han construido, la cual tiene sus antecedentes previos al diagnóstico, minimizándose durante el primer año de la enfermedad los cuales ya han sido comentados. En el momento en el que Katia entra a la adolescencia y sucede la transición de responsabilidades a la joven es cuando comienzan a gestarse las mayores dificultades relacionales, puesto que Paulina se convierte en un vigilante ávido en cuanto el cumplimiento del tratamiento, enraizadas en su rol de madre, en el que se visualiza como la encargada del bienestar de su hija procurando su salud con la esperanza de una maduración emocional que a su vez la hará capaz de llevar adecuadamente su control.

Luz de Lourdes Eguiluz R.<sup>34</sup> señala que durante esta etapa se deben flexibilizar las normas, delegando responsabilidades a los hijos ya que estos aprenderán a tomar sus propias decisiones y asumirán la responsabilidad de sus acciones, sin embargo en este caso esta transición no ha sido satisfactoria puesto que está acompañada de un continuo monitoreo sobre lo que la adolescente hace o deja de hacer, lo que está bien y lo que está mal, lo que le hace daño o no, lo que puede

---

<sup>33</sup> Daniel Figuerola, óp. cit.

<sup>34</sup> Luz de Lourdes Eguiluz R., óp. cit.

comer o beber, convirtiéndose en limitaciones constantes que en conjunto con la relación que ambas llevan, dan como resultado situaciones generadoras de estrés, el cual ha influenciado la diabetes en dos direcciones, la primera que es directamente sobre la glucemia y la segunda que es indirecta, es decir, influenciando las acciones de Katia sobre su enfermedad.

Al respecto hay autores<sup>35</sup> que señalan al estrés como uno de los factores emocionales más importante en el control de la diabetes, puesto que actúa sobre la glucemia directa e indirectamente. El primer efecto se produce a través de la movilización de hormonas como adrenalina, cortisol, entre otras, que ante la presencia de una situación de estrés o amenaza genera alteraciones en el metabolismo de la glucosa y por lo general el aumento de la misma.

El efecto indirecto tiene lugar cuando interfiere con las acciones que la persona lleva a cabo para cumplir su tratamiento, de tal modo que el individuo, realiza acciones que tienden a perjudicar su salud como comer excesivamente, fumar y/o beber, buscando solucionar sus problemas convirtiéndose en una franca dificultad para el plan terapéutico.

En Katia se han generado estos dos efectos, por un lado ante los problemas presentados con su madre, la glucosa tiende a subir en comparación cuando no están en convivencia, lo cual es reconocido por los aceros y han hecho algunas modificaciones en sus relaciones ya que Paulina ha optado por restringirse del núcleo familiar.

En el caso del efecto indirecto es aquel que ha traído mayores conflictos, no solo en los parámetros de la glucemia sino en las relaciones familiares, puesto que se

---

<sup>35</sup> Francisco Xavier Méndez Carrillo y Marina Beléndez Vázquez, "Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención", en *Anales de psicología*, (España) vol. 10, no. 2, 1994, pp. 189 -198. <http://revistas.um.es/analesps/article/view/29671>. Visitado [26 de mayo del 2009].

crea una especie de recursividad en donde los conflictos generan subidas de glucosa y el mal control, problemas familiares.

Katia ha optado por transgredir voluntariamente su tratamiento a causa de las constantes prohibiciones que su madre impone y la permanente vigilancia que ha instaurado sobre su persona y su actuar, ha omitido dosis de insulina, automonitoreos de glucosa y ha elegido ingerir alimentos dañinos a su salud como refrescos, dulces, grasas, entre otros, con la finalidad directa de perjudicar a Paulina, para "hacerla enojar", expresa Katia. Lo cual puede ser explicado desde la visión de la culpabilidad, ya que esta última considera a su madre como la culpable de su enfermedad por los antecedentes familiares genéticos y por los eventos estresantes a los cuales ha sido sometida por Paulina, como peleas o golpes, considerándolos como eventos desencadenantes de la diabetes.

Es también oportuno decir que en conjunto con sus problemas familiares, Katia está intentando minimizar la gravedad de su enfermedad a partir de las transgresiones constantes a su tratamiento, lo cual según algunos autores<sup>36</sup> se denominan estrategias de evitación, provocando la mínima adherencia a su plan terapéutico y por ende maximizando sus problemas con la glucemia elevada.

Otro aspecto que afecta tanto el control de Katia como el de Paulina es la continúa comparación que la joven realiza de las dos formas de llevar la enfermedad, puesto que al visualizarla simbólicamente como una igual en jerarquía (hermana) y en el padecimiento, la lleva a estar pendiente de los errores o transgresiones cometidas por Paulina, utilizándolas como un ejemplo de lo que ella pide y no realiza, dándole la oportunidad de debatir sus órdenes, puesto que de acuerdo a su irresponsabilidad sobre sí misma, carece de valor moral para reprenderla y más aún para considerar transformar sus acciones en base a lo que su madre solicita.

---

<sup>36</sup> *Ibíd.*

Resumiendo un poco, el control de la diabetes de Katia se ha relajado principalmente por cuatro factores, el cambio de domicilio, la transferencia de responsabilidades, la etapa de desarrollo y la relación con su madre, sin embargo en el proceso de Paulina han tenido cabida otros aspectos que influyen en sus transgresiones a su tratamiento. En principio su medicación es menos estricta pues no es insulino dependiente, sino que solo es necesaria la administración de hipoglucemiantes orales que le ayudan a bajar sus niveles de glucosa, lo cual necesita complementar con alimentación y ejercicio.

El régimen de Paulina se basa en la ingestión de su medicación, exámenes regulares y visitas al médico, sin embargo le falta complementar su tratamiento con aquellos pilares que dependen en mayor medida de su actuar, de auto limitarse o de realizar acciones más saludables. Sus acciones se convierten en “intentos”, “intenta dejar de fumar”, “intenta caminar más”, “intentar comer más sano”, “intentar no tomar refresco”, que si bien la restringen mínimamente no son suficientes para mantener su glucemia en cifras normales, enclavándose en una constante negociación en la que convenía con ella misma sobre lo que puede ingerir, cuánto, cuántos días aunque esto no convenga a su estado de salud. Este actuar es común al hablar de una fase de negociación dentro del proceso de duelo correspondiente a una pérdida y aunque haya logrado ser consciente de la enfermedad que padece, de las implicaciones que tiene el no llevar el tratamiento adecuado pues ha llevado una vasta formación diabetológica desde el diagnóstico de Katia, dista de transformar su mundo de acuerdo a las exigencias que la diabetes demanda.

Según el Modelo de creencias de la salud (MCS) referido por Daniel Figuerola:

“... la personas jóvenes no llevan a término conductas de cuidado de la salud a no ser que: a) tengan unos niveles mínimos de motivación y formación relevantes sobre la salud; b) se vean a sí mismos potencialmente vulnerables; c) vean la situación como amenazantes; d)

estén convencidos de la eficacia de la intervención, y e) vean pocas dificultades para poner en práctica la conducta de salud”<sup>37</sup>.

De lo anterior el mismo autor señala que es más probable que una persona con diabetes siga su tratamiento si éste le proporciona beneficios y no son insuperables las dificultades, que sean conscientes de la gravedad de la enfermedad, así como de su vulnerabilidad, lo cual en conjunto generará que los actores cumplan mejor las indicaciones médicas.

Al intentar analizar con este modelo lo que sucede con Paulina, se cae en la cuenta de que este actor tiene un nivel mínimo de motivación puesto que sus enfermedades colaterales absorben más su atención al generarle molestias de manera inmediata desde el inicio de su padecimiento, por lo que la diabetes al carecer de síntomas que comprometan severamente su calidad de vida, al menos de entrada, no resulta tan relevante su pronta atención. Otro aspecto que pudiese mermar la ya poca motivación es el hecho de vivir sola, lo cual de acuerdo con el mismo autor, en las personas que viven solas y carecen de un entorno social de apoyo, el estado de ánimo es negativo y no logran mantener un control eficaz.

Si bien Paulina cuenta con su madre e hija principalmente y se pueden considerar como dos fuentes de apoyo, el cual ejercen al estar pendientes continuamente una de la otra sobre alimentación, medicación, sobre el estado de salud, llamándose por teléfono o en la convivencia diaria, también es de considerar que los constantes conflictos relacionales con su hija, en la cual las discusiones son frecuentes y se hace uso de bromas sobre el carente estado de salud de Patricia y honestidad brusca sobre sus malos hábitos, así como la comparación constante entre un control y otro, disminuyen la motivación de Paulina puesto que su percepción sobre lo que los demás digan o hagan es negativa, interpretando un constante juicio sobre sus acciones tanto de sus familiares como de los profesionales médicos, “siempre nos regañan”, son el tipo de frases que utiliza

---

<sup>37</sup> Daniel Figuerola, *óp. cit.* p. 272.

para describir sus interacciones con los médicos tratantes, por lo que todo esto en conjunto minimiza la motivación de Paulina por llevar un adecuado control. A lo cual también se relaciona la constante frustración en la que vive esta mujer, puesto que se adjudica la responsabilidad no solo de su tratamiento sino del de Katia, ya que no ha logrado que su hija se adapte a su condición diabética, ante este fenómeno se crea nuevamente una relación recursiva entre influencias, ya que el mal control de su hija le genera frustración, y al mismo tiempo este sentimiento genera un curso más accidentado en la enfermedad de su hija.

En cuanto a los beneficios y los costes del tratamiento lo primeros son pocos en comparación con los segundos, puesto que implica eliminar aquellos hábitos más arraigados y dañinos para sus situación actual, como el consumo de refresco y cigarro, los cuales sigue consumiendo aún después del diagnóstico y aunque su consumo sea menos, aún está presente. A estos costes del tratamiento también se relacionan las dificultades valoradas así por Paulina para llevar a cabo acciones que favorezcan su control. El primer punto a considerar son las influencias negativas que ejerce en ella el contexto laboral en el que se mueve por tres aspectos principales: la dificultad de encontrar alimentos saludables, la incitación de compañeros de trabajo para continuar fumando y el estrés ocasionado por la relación laboral conflictiva con su jefa, ya que su subordinación la lleva a evitar tener confrontaciones directas con dicha figura, generando sentimientos de impotencia y coraje los cuales intenta minimizar con la ingesta de alimentos inadecuados para su condición, "comiendo me calmo la ansiedad, me calmo los nervios", son frases que emplea Paulina sobre esta situación, mostrando que ha empleado el comer como una forma de minimizar esos sentimientos o como una estrategia de afrontamiento<sup>38</sup> la cual tiende a ser una solución momentánea puesto que tiene mayores repercusiones negativas sobre su salud.

El acto de comer que Paulina realiza se ve matizado por el constante estrés en el que vive convirtiéndolo en una acción muy compleja, puesto que no es solo ingerir

---

<sup>38</sup> Francisco Xavier Méndez Carrillo y Marina Beléndez Vázquez, *óp. cit.*

nutrientes sino que se ve vinculado con significaciones, emociones y sentimientos<sup>39</sup>, además de su connotación cultural en la que la vinculación social no se entiende sino es a través de la comida, o su sustituto, la bebida, ya que toda acción social dentro de la población mexicana esta matizada por la alimentación, por lo que una limitación al respecto implica límites en la posibilidad de vincularse con otros, sintiéndose aislados y generando a su vez acciones agresivas como comer en exceso, sentimientos de ira, tristeza, como le ha sucedido a los actores.

La segunda dificultad encontrada por Patricia es su carente estado de salud lo que le imposibilita realizar actividades tan cotidianas como caminar, cocinar, obligándola a consumir alimentos fuera de su hogar y el poder hacer ejercicio minimizándose aún más el poco control de su tratamiento.

La situación de Paulina respecto de su enfermedad y de acuerdo a los tópicos mencionados por Daniel Figuerola, se puede decir que este actor encuentra más costes que beneficios y las dificultades la superan según su propia percepción, escasa motivación y el no verse vulnerable ante la diabetes, aspecto que podría transformarse al comenzar con complicaciones, como lo es el pie diabético ocasionado principalmente por sus niveles altos de glucemia y sus hábitos nocivos como fumar, los cuales probablemente se vean modificados al ver realmente la gravedad de la diabetes.

Matilde por el contrario ha llevado su glucemia en buen control puesto que no ha visualizado ninguna dificultad para emprender acciones saludables lo cual se ve favorecido por tres aspectos: el primero es una historia de vida en la que siempre ha optado por restringir su alimentación, en aquellos alimentos que le generan malestares inmediatos o que no son de su agrado, como aquellos con demasiadas

---

<sup>39</sup> Denisse Siqueira Péres, Manoel Antônio dos Santos, Maria Lúcia Zanetti y Antônio Augusto Ferronato, "Dificultades de los pacientes diabéticos para el control de la enfermedad: sentimientos y comportamientos" en *Rev. Latino-am Enfermagem (Brasil)* vol. 15 no. 6 noviembre-diciembre del 2007. [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/es\\_07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/es_07.pdf). Visitado [19 de octubre del 2009].

grasas o hábitos como fumar o tomar bebidas alcohólicas, el segundo aspecto son las intervenciones quirúrgicas o accidentes que también la han obligado a mantener regímenes similares a los de la diabetes, por lo que las restricciones alimenticias no han implicado ningún coste al adaptarse a su nueva condición, y en tercer lugar el apoyo recibido de la familia extensa, como en el aspecto médico, ya que le proporcionan medicamentos, vitaminas, monitores y procuran brindar atención comunicativa a Matilde ya sea vía telefónica, con visitas regulares y haciéndola parte de sus vidas, convirtiéndose en un clima de unión, apoyo y solidaridad, motivándola a actuar de una forma adecuada respecto de su enfermedad ya que como menciona Daniel Figuerola, las personas que cuentan con una red de apoyo social mantienen con más continuidad las pautas de tratamiento.

Matilde llega a expresar frases como “uno se acostumbra”, denotando la aceptación de la enfermedad y la adaptación a un nuevo estilo de vida, visualizándolo no como una dificultad para realizar su vida sino como algo tan natural que pareciera que no existiera, pues mantiene niveles de glucosa tan normales de acuerdo con los parámetros médicos que la hacen pensar incluso en una cura.

Al respecto algunos Denise Siqueira y colaboradores<sup>40</sup> nos dicen lo siguiente:

*“El diabético vive en busca de su sentido por su condición, para construir su ser diabético. Dependiendo de los significados que pueda construir y de la posición que adopte en relación a la enfermedad, estará más próximo a la aceptación genuina de su condición, asumiendo identidad social de un sujeto con enfermedad y una actitud más responsable frente a sus controles”.*

---

<sup>40</sup> Denise Siqueira Péres *óp. cit.*

En esta medida Matilde se ha construido como un diabético responsable frente a su enfermedad, la cual acepta y asume, actuando en función de ello, y si bien se debe a una labor personal de auto control, también se encuentran vinculados otros factores como el económico, puesto que sus familiares le han dado la solvencia necesaria para hacer frente a los gastos que implica una enfermedad crónica, el acceso a los servicios de salud y por último el aspecto relacional, puesto que su familia la ha cobijado de apoyo y solidaridad respecto de su condición.

La diabetes es una enfermedad compleja en las causas que la generan, en los tratamientos, en los hábitos que se transforman y en las influencias sobre el control ya sean que beneficien o perjudiquen al paciente, es por ello que en cada paciente se viven situaciones y experiencias diferentes, se significan de forma particular y social a la vez, es por ello que cada uno tiene la posibilidad de gestar una condición única en su relación con la diabetes y su familia. La familia que ha permitido el acceso a sus experiencias ha creado un vínculo único antes y después de la enfermedad en la que viven, comparten, apoyan, pelean, y tantas otras acciones que llevan a cabo, que les dan la oportunidad de vivir su diabetes en conjunto como una sola entidad.

## CONCLUSIONES

El acercamiento que se ha elaborado a la experiencia familiar con la diabetes, ha dado la oportunidad de conocer a la familia desde su composición, jerarquías, funciones, roles, contextos de interacción, hasta su vinculación con la diabetes desde el momento mismo del diagnóstico. Podría considerarse un largo camino, sin embargo éste ha dado la oportunidad de mostrar una forma de vida particular y cómo es transformada a partir de su relación con la enfermedad crónica.

La modificación que tiene lugar cuando se presenta la diabetes implica cambios desde actividades básicas como el comer, caminar, hasta las difíciles tareas de la auto administración de medicamentos o insulina, automonitoreo, exámenes de rutina, estilo de vida, relaciones familiares, entre otros.

Paralelamente a este proceso personal de cambio, se van generando transformaciones de carácter relacional entre los miembros de la familia que están estrechamente relacionadas a la misma noción de la enfermedad, ya que al deberse a una enfermedad crónica la significación de la diabetes tiende a modificarse debido a las diferentes circunstancias vividas, como el diagnóstico, la presencia de alguna modificación en el tratamiento, etapas de desarrollo, entre otras, lo cual afecta el actuar del grupo social como entidad o unidad.

En el diagnóstico de Katia, la atención de todos los integrantes de la familia vuelca sobre ella, puesto que la enfermedad se había instalado en la personificación de la salud y bienestar de una niña convirtiendo este proceso en particular en el más difícil de superar por el grupo familiar, debido al mayor impacto emocional, otorgándole a la niña la figura central de las relaciones en la familia. Puesto que las acciones tomadas en torno a su persona se enraizaban en querer preservar su estado de salud evitando ponerla en riesgo, esto generó mayor amabilidad y cariño de su madre respecto de Katia, el cual es mencionado y significado por los actores como un cambio positivo de la enfermedad, al igual

que otras ventajas como el adelgazamiento, mejor nutrición, evitación de problemas odontológicos y complicaciones propias de la enfermedad.

La visualización de estos aspectos positivos de la enfermedad, se han dado a partir de vivir procesos de pérdida respecto de la salud; estas tres personas si bien han compartido la enfermedad, cada una ha llevado de forma un tanto personal un proceso de carácter subjetivo, que se encuentra permeado por los otros integrantes en tanto el conocimiento y significados compartidos, cada una ha experimentado en tiempo y forma distintos, etapas como la negación, rebeldía, disociación, tristeza o depresión, negociación y aceptación<sup>1</sup>, se ubican en diferentes estadios, generándose vinculaciones particulares con la diabetes, ya que mientras Matilde goza de los beneficios de un control adecuado, Paulina y Katia se confrontan día a día en el afán de lograr cifras de glucemia adecuadas, comparándose continuamente en el cumplimiento o incumplimiento del tratamiento, logrando crear relaciones influyentes sobre el control de su enfermedad.

La relación generada entre diabetes y familia está configurada desde la creación misma de las relaciones familiares (aún antes de la presencia de la diabetes), en las que Paulina y Katia en lugar de crear un lazo parental, han creado uno fraternal, lo que da la posibilidad de confrontar, juzgar y comparar. Paulina, en un intento de lograr retomar la figura de poder compartida con Matilde en cuestión de la crianza de Katia, vigila, reprende, castiga y señala los defectos de su hija, creándose entonces una relación potencialmente estresante, que está afectando el control de la diabetes en dos modalidades, directa e indirectamente; en el primer caso ante esta situación de estrés la glucosa en Katia tiende a subir drásticamente, mientras que en Paulina tiende a disminuir, por lo que la movilización de hormonas tiene repercusiones directamente sobre el comportamiento de la enfermedad.

---

<sup>1</sup> Daniel Figuerola, *Diabetes*, España, Masson, 2003.

Indirectamente se suscitan tres eventos importantes, el primero en Katia, quién realiza transgresiones al tratamiento voluntariamente, con el mero objetivo de perjudicar a su madre, ya sea comiendo y tomando bebidas azucaradas en exceso, lo cual se gesta en la noción de la “culpabilidad”, recayendo en Paulina la responsabilidad de la enfermedad de Katia o al menos considerado así por ésta última. En el segundo se ubica la relación recursiva gestada entre las relaciones familiares y el control del tratamiento, puesto que a mayores conflictos relacionales entre madre e hija se incrementa el descontrol de ambos tratamientos, los cuales a su vez motivan los constantes conflictos debido a las transgresiones voluntarias del plan terapéutico o la omisión de conductas favorables a su salud.

En tercer punto se encuentran los efectos en Paulina, quién al verse distanciada espacialmente del contexto familiar por propia voluntad, pues se valora como una persona potencialmente estresante y ha decidido alejarse de su madre e hija para beneficiar el estado de salud de Katia, se ve a sí misma envuelta en un sentimiento de soledad no solo en cuestión física sino también en comprensión y afectos provenientes principalmente de su hija y aunque describan estar al pendiente una de la otra, el verse sola ha gestado una baja motivación para llevar a cabo el tratamiento.

El control de la diabetes de Paulina se ve influenciado negativamente también por factores ambientales, particularmente los laborales, en los que encuentran fuentes de estrés, como la relación conflictiva con su jefe, en donde al no poder expresar directamente sentimientos como coraje, enojo, recurre a otras estrategias poco benéficas, como el comer y fumar en exceso, así como ingerir bebidas con exceso de azúcares, no adecuadas a su condición diabética, que si bien proporcionan una forma de afrontar sus problemas, tienen repercusiones a corto y largo plazo sobre su enfermedad.

En Paulina se conjugan diversos factores para su descontrol generalizado, en un inicio la falta de motivación generada de las circunstancias familiares y la situación

laboral estresante, sin embargo no sólo es un agente respondiente hacia las circunstancias del contexto, sino que su responsabilidad como un agente activo, recae en el análisis que elabora de su situación particular, en la que observa más costes que beneficios y se percibe poco vulnerable ante la diabetes, por lo que opta por los beneficios inmediatos de las transgresiones al tratamiento y no por aquellos a largo plazo que implican limitaciones y restricciones.

Dentro de las relaciones familiares pareciera que sólo se puede dar un panorama desalentador, al menos en esta familia, viendo a este grupo como un gestador de conflictos y por ende una influencia negativa para la condición diabética, sin embargo la contraparte la brinda Matilde, quién ha mantenido desde sus inicios, un adecuado control del padecimiento, llegando al grado de considerar la posibilidad de una cura, sin embargo lejos de lo fantasioso que esto pudiera ser, estos resultados se deben a la conjugación de diversos factores; a) una historia de vida carente de hábitos inadecuados para la salud, como fumar, beber, comer en exceso, ingerir grasas, exceso de azúcares, entre otros; b) la capacidad de auto control que tiene sobre su persona, para restringirse y limitarse de acuerdo a la normatividad del tratamiento; c) la carencia de fuentes de estrés y d) las relaciones familiares de unión, apoyo (moral, económico, atención, acompañamiento) y solidaridad que sus hijos han gestado alrededor suyo, en el que la *familia extensa*, (considerada así en este análisis), se ha ocupado de Matilde en diferentes aspectos y situaciones a pesar de la relación distante entre los hermanos.

Es notoria entonces la influencia de la familia en el control de la enfermedad, ya sea con aspectos negativos o positivos, directa o indirectamente, es decir, incidiendo sobre los niveles de glucosa o interviniendo en el actuar de las personas en pro o contra de su plan terapéutico. Así mismo se observa que la diabetes, con su inclusión en la vida de los actores, es suficiente para transformar todo un estilo de vida, puesto que las limitaciones y restricciones de esta enfermedad son bastas y necesarias para un adecuado control, por lo que es

necesaria una transformación en los hábitos de la persona y del entorno familiar, a menos de que este régimen ya se haya llevado a cabo o con similitudes, lo cual no implicaría un cambio forzoso sino un mantenimiento de la forma de vida.

Se encuentra también que en esta relación particular entre familia y diabetes, existe una co-construcción de influencias, puesto que los cambios en el estilo de vida generados por la diabetes han ocasionado cambios en la relación familiar, principalmente entre Katia y Paulina, quienes han construido una relación conflictiva y estresante que a su vez gesta dificultades directas e indirectas para un adecuado control, dándose una relación recursiva en donde sería necesaria una transformación, con el objetivo de lograr una mejor relación familiar y por ende un mejor estado de salud para todos los actores involucrados.

¿Qué es necesario para lograr esta transformación? De entrada podría pensarse que la educación diabetológica que han buscado es suficiente, sin embargo no ha sido así, puesto que el conocimiento que han adquirido ha sido en términos médicos, convirtiéndose así en unas expertas en el tema de acuerdo a su condición de enfermas, sin embargo se ha carecido del apoyo a los aspectos psicosociales del paciente y de la familia, los cuales son necesarios dentro de los procesos educativos en diabetes, como bien menciona Daniel Figuerola en los siguientes tres puntos:

- “1.- El apoyo social y el bienestar emocional son factores esenciales para conseguir un autocuidado eficaz.
- 2.- Las actuales normas para el cuidado de la diabetes no incluyen métodos aprobados para el tratamiento de los temas psicosociales.
- 3.- El resultado del tratamiento de la diabetes puede mejorarse combinando el apoyo psicosocial específico con el cuidado médico adecuado”<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> *Ibíd.*, p. 275.

Es entonces necesaria la participación de profesionales en psicología dentro de los procesos educativos en los que los pacientes son partícipes, puesto que un manejo integral de los diversos aspectos que se afectan con la diabetes, podría generar un mejor control de la misma y un mejor estado de salud y calidad de vida en los pacientes.

Recordando la narración de Katia, ella hace mención de la canalización a servicios psicológicos dentro de su institución pública de salud, logrando cambios a nivel personal, como la reducción en sus ingestas de azúcares, como chocolates y/o dulces, por lo que el autocontrol al respecto se ha beneficiado, sin embargo la problemática relacional que presentan al interior de la familia y que está perjudicando el control terapéutico de la enfermedad no se ha atendido.

A partir de las necesidades vistas en este grupo familiar y de las carencias observadas en la atención respecto de la diabetes, se proponen dos puntos a abordar en próximos acercamientos teóricos-prácticos y en la atención a los pacientes: a) mayor inclusión de los temas psicosociales en los procesos de educación en diabetes y la participación del paciente y familiares, como ocurre en los casos de diabetes infantojuvenil, en los que la participación de su familia es sumamente importante. En este aspecto es necesaria la promoción de cambios a nivel institucional, ya que nuestros actores han buscado opciones de preparación en asociaciones debido a la carencia de procesos educativos en las instituciones públicas, ya que en éstas últimas se “aprende sobre la marcha”, ¿qué es la diabetes?, ¿qué medicamentos se tienen que tomar?, ¿para qué sirven?, ¿qué complicaciones existen?, desafortunadamente este último cuestionamiento se ve resuelto cuando las nefropatías, neuropatías, angiopatías, cardiopatías, entre otras, se establecen en la persona y considerando que más de 70 millones de personas en nuestro país cuentan con derechohabencia al sistema de salud público nacional<sup>3</sup> y que la cifra de diabéticos va en aumento, es de vital

---

<sup>3</sup> “Información nacional por entidad federativa y municipios”, *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*, 2010.

importancia, por un lado la prevención y por el otro mejorar la atención al diabético, no sólo en medicación, hospitalización, consulta externa, sino en la preparación y en la educación en la que se les muestre cómo vivir saludablemente con su enfermedad y cómo sortear las vicisitudes que se presentan y que perjudican el control de su enfermedad, manteniendo como prioridad mejorar su condición de vida y prevenir complicaciones, evitando los grandes costes económicos, sociales, familiares, emocionales, entre otros, en donde la diabetes muestra su influencia.

En el caso en el que el conocimiento sobre los temas psicosociales abordados en los procesos educativos no sean suficientes para dar solución a las problemáticas relacionales dentro de la familia se puede recurrir al segundo punto de esta propuesta, b) la atención terapéutica familiar desde la noción de la construcción.

Esta orientación se basa en la premisa de “la construcción social de la realidad (enfermedades)”, idea que organiza el proceso de la terapia familiar, entendiendo la problemática manifestada como una construcción socio-cultural, cuyo instrumento en creación es el lenguaje en conversación<sup>4</sup>.

Es a partir del intercambio comunicacional que las relaciones toman sentido, la conversación permitirá comprender el por qué y para qué de la estructura y secuencias relacionales en una familia, empleándolo como un instrumento de cambio, ya que al transformarse la visión que se tiene del mundo, también se modifica el actuar en él.

Se entiende la terapia como una “danza de historias” en donde cada actor tiene una que contar, enganchándose una con la otra, puesto que al no vivir en aislado, se configuran con implicaciones mutuas que quedan al descubierto en el proceso

---

<sup>4</sup> Raúl Medina Centeno, “Entre la Familia y la Persona: La Co-construcción de la familia y la persona “En” el discurso. Ontología, métodos e intervención psicoterapéutica”, en *Simposio La Familia: un punto de encuentro de investigación especializada*, México, UNAM, 1995, p.59.

conversacional, dando la posibilidad de crear nuevas alternativas de ver el mundo y actuar<sup>5</sup>.

Raúl Medina plantea que al centrarse en el proceso y el diálogo de la terapia familiar organizada a partir de premisas construccionistas, se podrían plantear los siguientes términos en los que se crea la terapia:

- “1) La terapia se entiende como un proceso conversacional.
- 2) La conversación terapéutica tiene que llevarse a cabo en el marco del diálogo y no de la persuasión.
- 3) Terapeuta y cliente, a través del diálogo, se funden para crear un contexto terapéutico. Ambos son parte de un mismo sistema simbólico.
- 4) El problema que el cliente trae a terapia se sitúa en la intersubjetividad, en la conversación, por lo que el cambio se produce a través de la conversación, del diálogo, de la co-creación de nuevas palabras, narrativas o historias.
- 5) El diálogo y conversación terapéutica requiere un involucramiento activo por parte de todos los protagonistas.
- 6) El entendimiento compartido en el diálogo facilita el cambio.
- 7) En este contexto de diálogo aparece en el constante verse en el otro, un espiral reflexivo entre cliente y terapeuta, facilitando con ello el cambio<sup>6</sup>.
- 8) Y por último, el contexto terapéutico, es un contexto en que tanto clientes y equipo terapéutico se co-responsabilizan de lo que construyen”<sup>7</sup>.

De esta manera la terapia organizada desde el construccionismo se muestra como una forma de hacer terapia respetando las premisas culturales de las personas, poniendo especial atención en sus narraciones y significados a partir de los cuales

---

<sup>5</sup> *Ídem.*

<sup>6</sup> Hoffman, 1992 citado en *Ibíd.*, p. 60.

<sup>7</sup> Raúl Medina Centeno, *óp cit.*, pp. 60-61.

actúa y se relaciona, generando un diálogo respetuoso desde la posición de la “ignorancia”, es decir, no anteponiendo los conocimientos teóricos, sino la problemática, co-creando así nuevos significados y una nueva forma de ver y actuar en el mundo.

La creación de grupos educativos en diabetes, con la inclusión de los temas psicosociales y la utilización de la terapia desde una perspectiva construccionista son dos alternativas de trabajo ya sea desde la investigación o desde la práctica, lo cual se ha tenido a bien mencionar debido a la problemática vista desde la familia, desde aquellas influencias existentes entre la diabetes y la familia, desde sus necesidades y con la finalidad de brindar posibilidades de cambio, de transformación, que promuevan una mejoría en el bienestar de ésta familia y de otras que puedan vivir situaciones similares.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Guzmán, Ernesto. *Cartas a un diabético. Cómo prolongar una vida saludable*, México, Trillas, 1990.
- Álvarez Tron, Rocío y Emily Ito Sugiyama. "La Experiencia de vivir con una lesión medular traumática: desde el análisis de la narrativa", *Psicología y Ciencia Social*, (México), vol. 6, no. 2, octubre del 2004, pp. 23-33.
- Barba Boada, Montse, Rosa Mas Frigola, Mercé Miró Anglada y M. Rosa Vida Martí. "Ficha Farmacológica. Antidiabéticos orales" en *Rev. Mult. Gerontol*, vol. 14, no.3, 2004, pp.190-182.  
[http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2004\\_3/fichafarmacologica.pdf](http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2004_3/fichafarmacologica.pdf).  
Visitado [09 de septiembre del 2008]
- Collazo Clavell, María (editora). *Guía de la Clínica Mayo sobre tratamiento de la diabetes*, México, Intersistemas, 2002.
- Díaz Nieto, Laura Sergio Galán Cuevas y Gustavo Fernández Pardo, "Grupo de autocuidado de diabetes mellitus tipo II" en *Salud Pública de México*, (México), vol. 35 no. 2, marzo-abril de 1993, pp. 169-176.  
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/106/10635207.pdf> Visitado [18 de octubre de 2007]
- Eguiluz R., Luz de Lourdes. "La familia según el modelo sistémico" en Luz de Lourdes Equiluz (compiladora), *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*, México, Editorial Pax México, 2003, pp. 1-17.
- Eguiluz Romo, Luz de Lourdes. "Una alternativa epistemológica: Los métodos cualitativos en las ciencias sociales" en *Psicología Iberoamericana*, (México), vol. 5, no. 3, 1997, pp. 6-12.

“Estadísticas a propósito del día Internacional de las personas de edad”,  
*Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México, 2004.*

Figuerola, Daniel. *Diabetes*, España, Masson, 2003.

Galván Medina, Nancy y Claudia Hernández Flores, *Psicología de la salud: relación enfermedad crónica-hábitos saludables*, México, FES Iztacala, UNAM, tesis de licenciatura, 2003.

González Valdés, Teresa L. " Creencias religiosas y su relación con el proceso salud- enfermedad" en *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, vol. 7, no. 2, marzo del 2004, pp.-19-29.  
<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html>. Visitado [08 de agosto del 2010]

Gracia Fuster, Enrique y Gonzalo Musitu Ochoa. *Psicología social de la familia*, España, Paidós, 2000.

Gergen Kenneth J. *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*, España, Paidós, 1992.

Gergen Kenneth, J. *Realidades y Relaciones. Aproximaciones a la construcción social*, España: Paidós, 1994.

Higashida Hirose, Bertha Yoshiko, *Ciencias de la salud*, México. Mc Graw Hill, 1996.

Ibarra Martínez, Alexis. “La familia y sus creencias: relaciones y significados”, en Luz de Lourdes Eguiluz (compiladora), *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*, México, Editorial Pax México, 2003, pp. 55-68.

- Ibáñez, Tomás. *Psicología social Construccionalista*, México, Universidad de Guadalajara, 1994.
- Información nacional por entidad federativa y municipios”, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2010.
- Kilo, Charles. *Controle su diabetes*, México, Uteha Norvega Editores, 1997.
- Lerman Garber, Israel Atención integral del paciente diabético, México, Mc Graw Hill Interamericana, 1998.
- Linton, Ralph. “La historia natural de la familia”, en Anshen Ruth Nanda(compiladora), *La Familia*, España, Ediciones Península, 1974.
- López Larrosa, Silvia y Valentín Escudero Carranza. *Familia, Evaluación e Intervención*, España, Editorial CCS, 2003.
- Martínez Chamorro, M. J, .I. Lastra Martínez y C. Luzuriaga Tomás. “Perfil psicosocial de niños y adolescentes con diabetes mellitus”, en *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León, (España)*, vol. 42, no. 180, 2002, pp. 114-119.
- Méndez Carrillo, Francisco Xavier y Marina Beléndez Vázquez, “Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención”, en *Anales de psicología*, (España) vol. 10, no. 2, 1994, pp. 189 - 198. <http://revistas.um.es/analesps/article/view/29671>. Visitado [26 de mayo del 2009].
- Mendizábal, Orietta y Bismarck Pinto, "Estructura Familiar y Diabetes" (Bolivia),

en *Ajayu*, vol. 4 no. 2, 2006, pp. 191-211.  
<http://www.ucb.edu.bo/PublicacionesAjayuvolumen%204.2articulos3Art%C3%ADculo%20Mendizabal%20Fin.pdf>. Visitado [04 de agosto del 2010].

Menéndez, Eduardo L. "Familia, participación social y proceso salud / enfermedad / atención. Acotaciones desde las perspectivas de la antropología médica", en Catalina A. Denman, Agustín Escobar y otros (coordinadores), *Familia, salud y sociedad. Experiencias de investigación en México*, México, Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, El Colegio de Sonora, 1993, pp. 130-162.

Medina Centeno, Raúl. "Entre la familia y la persona: La co-construcción de la familia y la persona "En" el discurso. Ontología, métodos e intervención psicoterapéutica", en *Simposio la familia: un punto de encuentro de investigación especializada*, México, UNAM, 1995, pp. 51-62.

Navarro Campos, Roberto, Diana Torrez y Elia Nora Arganais Juárez. "Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la ciudad de México", en *Cad. Saúde Pública*, (Brasil), vol.18, no.5, 2002, pp. 1271-1279.  
[www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=pid=s0102311x2002000500019](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=pid=s0102311x2002000500019). Visitado [10 de noviembre del 2009].

Ortega González, Carlos. "Diabetes y embarazo", en Cuauhtémoc Vázquez Chávez y otros (Eds.), *Diabetes. Sistema de Actualización Médica en Diabetes*, 2da. Edición, México, Intersistemas, 2005, pp.155-164.

Patiño García, Octavio. *Sufrimiento, Identidad y acción comunitaria: una historia de vida*, México, FES Iztacala, UNAM, tesis de licenciatura, 2006.

- Polaino Lorente, Aquilino y Jesús Gil Roales Nieto. *Psicología y diabetes infantojuvenil*, España, Siglo Veintiuno Editores, 1994.
- Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud, Secretaría de Salud, México, 2007.
- Riveros, Angélica, Jackeline Cortazar Palapa, Fernando Alcazar L. y Juan José Sánchez Sosa. "Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales" en *International Journal of Clinical and Health Psychology*, (España) vol. 5 no. 3, septiembre de 2005, pp. 445-462. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/337/33705302/33705302.html>.  
Visitado [05 de septiembre del 2006].
- Robles Mendoza, Alba Luz "Formas y expresiones de la familia" en Luz de Lourdes Equiluz (compiladora), *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*, Editorial Pax México, México, 2003, pp.19-33.
- Robles Silva, Leticia y Francisco Javier Mercado Martínez. "Apoyo familiar y el cumplimiento médico en individuos con diabetes mellitus no insulino dependientes", en Catalina A. Denman, Agustín Escobar y otros (coordinadores), *Familia, salud y sociedad. Experiencias de investigación en México*, México, Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, El Colegio de Sonora, 1993, pp. 310-349.
- Robles Silva, Leticia Francisco Javier Mercado Martínez, Igor Martín Ramos Herrera, Elizabeth Alcántara Hernández y Nora Cristina Moreno Leal, "Las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara, México", en *Salud Pública de México*, (México) vol. 37, no.3, mayo-junio de 1995, pp. 187-195.

Rosales Pérez, José Carlos “Comunicación y familia” en Luz de Lourdes

Eguiluz R. (compiladora), *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*,

México, Editorial Pax México, 2003, pp. 35-54.

Sanmartí, A. M. *Lo fundamental en diabetes*, Doyma, España, 1991.

Schor, Isaias y Saul Senderey. *Vivir como diabético. Guía práctica para una vida*

*plena*, Argentina, Celsius, 1996.

Siqueira Péres, Denisse, Manoel Antônio dos Santos, Maria Lúcia Zanetti y

Antônio Augusto Ferronato, “Dificultades de los pacientes diabéticos para el control de la enfermedad: sentimientos y comportamientos” en *Rev. Latino-am Enfermagem (Brasil)* vol. 15 no. 6 noviembre-diciembre del 2007. [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/es\\_07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/es_07.pdf). Visitado [19 de octubre del 2009].

Siqueira Péres, Denise, Laércio Joel Franco y Manoel Antonio dos Santos.

“Los sentimientos de las mujeres después del diagnóstico de diabetes tipo 2, *Rev Latino-am Enfermagem*, (Brasil), vol. 16 no. 1, enero-febrero del 2008. [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/es\\_15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/es_15.pdf). Visitado [26 de mayo del 2009].

*Tapia Conyer, Roberto, Oscar Velázquez Monroy, Agustín Lara Esqueda, Heriberto Vera Hermosillo, Jana Cruz Sánchez Montes, Rosa Aurora Jiménez y Juan Carrillo Toscano, “Guía Técnica para capacitar al paciente con diabetes”, Secretaría de Salud, México, 2004.*

Valadez Figueroa, Isabel de la A., Ma. Guadalupe Aldrette Rodríguez y

Noé Alfaro Alfaro. "Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II" en *Salud Pública de México*, (México) vol. 35, no.5, septiembre-octubre de 1993, pp.464-469.

Vicencio, Javier. *La Familia, la Pareja y la Psicología social*, sin fecha.  
[www.Intitutocrisol.org/fppsa.doc](http://www.Intitutocrisol.org/fppsa.doc) Visitado [01 de Agosto del 2009]

Zapata, Oscar A. *La aventura del pensamiento crítico. Herramientas para elaborar tesis e investigaciones socioeducativas*, México, Editorial Pax, 2005.