



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

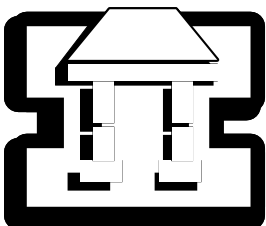
**FACTORES MAS FRECUENTES QUE INFLUYEN PARA QUE
SE MANIFIESTE LA DIABETES: UN ANÁLISIS DESDE EL
ENFOQUE PSICOSOMÁTICO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
M A R T H A J U A R E Z C H A P A R R O**

**ASESORA:
DRA. MARGARITA RIVERA MENDOZA**

**DICTAMINADORES:
DRA. OLIVA LÓPEZ SÁNCHEZ
DR. SERGIO LÓPEZ RAMOS**



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO

2007



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.

Solo aquello que conduce al paciente más allá de si mismo y de la confusión con su ego contribuye a la curación.

C.G. Jung.



Agradecimientos

- Quiero agradecer en primer lugar por la oportunidad de vivir, a los autores de mis días: Dios y mis padres.
 - A la **Asociación Mexicana de Diabetes** por el apoyo brindado para la realización de este trabajo.
 - A los pacientes entrevistados por su enseñanza y su tiempo.
 - A mis asesores de tesis: Margarita Rivera Mendoza, Oliva López Sánchez y Sergio López Ramos, quienes sin saberlo me encaminaron en esta nueva forma de trabajo personal y profesional.
 - A mon ami le Monsieur Docteur Gérard Guasch Sauvard por su gran ayuda y comprensión.
 - A mis amigas y hermanas, a mis amigos y hermanos, en especial a mi hermano Francesco:
“PACO, ESTA ES POR LOS DOS”
- Y a todos aquellos que en mayor o menor medida contribuyeron en el logro de esta labor.

¡ Gracias!

ÍNDICE

INTRODUCCION	8
CAPITULO I. DESCRIPCION DE LA DIABETES MELLITUS Y SUS CAUSAS MAS FRECUENTES	12
1.1 Historia de la Enfermedad	12
1.2 Descripción de la Diabetes	16
1.2.1 Definición	16
1.2.2 Síntomas	17
1.2.3 Tipos de Diabetes	19
1.2.3.1 Diabetes Tipo 1	19
1.2.3.2 Diabetes Tipo 2	20
1.2.3.3 Diabetes Asociada o Secundaria	20
1.2.3.4 Diabetes Gestacional	21
1.2.3.5 Intolerancia a la Glucosa (azúcar)	22
1.2.4 Complicaciones de la Diabetes Mellitas	22
1.2.4.1 Complicaciones Agudas	23
• Hipoglucemia.	
• Hiperglucemia	
• Cetoacidosis	
• Coma Hiperosmolar	
1.2.4.2 Complicaciones Crónicas	25
• Arteriosclerosis	
• Retinopatía	
• Nefropatía Diabética	
• Neuropatía	

1.2.5	Tratamiento	32
1.2.5.1	Dieta	33
1.2.5.2	Medicamentos	35
1.2.5.3	Ejercicio	36
1.2.5.4	Instrucción del Paciente	38
1.2.5.5	Revisión Periódica por el Médico	42
1.2.6	Lo que Ocurre en el Cuerpo	43
1.3	Factores más Frecuentes que Provocan la Diabetes	46
1.3.1	El Papel de la Herencia	49
1.3.2	Alimentación Inadecuada	52
1.3.2.1	La Importancia de la Alimentación	52
1.3.3	Obesidad	57
1.3.4	La Influencia del Ambiente	60
1.3.5	La Falta de Actividad Física	63
1.3.6	Otras Causas de Diabetes no tan Comunes	65

CAPITULO II. LA DIABETES DESDE EL PUNTO DE VISTA

PSICOSOMÁTICO

68

2.1	Padecimientos Psicosomáticos	68
2.1.1	Crónica sobre los Padecimientos Psicosomáticos	69
2.2	La Familia y la Sociedad en la Construcción de los Padecimientos	73
2.2.1	Aspecto Familiar	74
2.2.2	Ambiente Psicosocial	78
2.2.3	Aspectos Socioculturales	81
2.3	Conflictos Emocionales y Diabetes	82
2.3.1	Depresión	83
2.3.2	Estrés y Diabetes	84
2.3.3	El perfil del Diabético	88
2.3.4	Otros Aspectos Emocionales Involucrados	91

2.4	De Acuerdo a la Teoría de los Cinco Elementos ó Cinco Movimientos	94
CAPITULO III. DESARROLLO DE LA INVESTIGACION		106
3.1	Objetivos	106
3.2	Metodología	106
3.3	Procedimiento	108
3.4	Resultados	110
3.5	Conclusiones	164
BIBLIOGRAFÍA		168
ANEXO		

RESUMEN

El presente trabajo se enfoca al tema de la construcción del padecimiento conocido como Diabetes Mellitus, haciendo un análisis desde la perspectiva psicosomática.

Inicialmente se hace mención de algunos antecedentes históricos del padecimiento desde la más lejana antigüedad, hasta nuestros días.

De igual modo, se hace una descripción de las características de la enfermedad, mencionando los tipos de diabetes que existen, los síntomas más frecuentes que presentan los pacientes, las complicaciones que se pueden manifestar a corto o a largo plazo y por supuesto se indica en que consiste el tratamiento.

Puesto que el objetivo del trabajo es identificar cómo se construye la diabetes, se describen los factores más frecuentes que influyen para que se manifieste este padecimiento, como son: La Herencia, La Autoinmunidad, Los Virus, La Alimentación Inadecuada, La Obesidad, La Influencia del Ambiente, La Falta de Actividad Física, y tomando en cuenta que se enfatiza el punto de vista psicosomático, se habla de uno de los factores más importantes: **Los Estados Emocionales**, los cuales al no saberse manejar, pueden también provocar diabetes.

Se llevó a cabo una investigación entrevistando 30 pacientes diabéticos, efectuando un análisis cualitativo de los datos recabados. Esta metodología estuvo apoyada por el enfoque teórico conocido comúnmente como "Método de la historia de vida" que como su nombre lo dice, trata de recabar los más datos posibles sobre la historia personal del individuo. Encontrándose que la mayor parte de los entrevistados, presentan uno o varios de los factores ya mencionados como frecuentes para que se manifieste la diabetes. Por lo que se concluye, que este padecimiento es construido a lo largo de la vida considerando la predisposición genética, el ambiente psicosocial, y el manejo de las emociones, siendo estas, una pieza clave en la formación no solo de la diabetes, sino de cualquier padecimiento que aqueje a los humanos, a los que afortunadamente cada vez más se les empieza a ver como seres integrales, completos, dejando de lado la concepción que se tenía, la concepción del Homoduplex.

INTRODUCCION

A medida que el tiempo transcurre, se puede observar que, el ser humano de nuestra época, vive en una sociedad que le demanda en forma constante respuestas que le permitan adaptarse a las exigencias de la vida moderna. Es común que tales demandas superen la capacidad del individuo para satisfacerlas, lo cual está en relación con ciertos factores como la edad, la salud y la preparación intelectual, con el nivel de experiencias, con los valores aprendidos y sobre todo con la forma en que son manejados por el sujeto. Si estos factores resultan insuficientes a las demandas, los efectos se manifiestan de múltiples maneras, algunas personas muestran principalmente síntomas físicos cuando están sometidos a un estrés excesivo, otros muestran síntomas menos precisos y se quejan de molestias emocionales como: depresión, ansiedad, angustia, etc., los dolores de cabeza leves, el insomnio y la indigestión son sencillamente las primeras señales físicas de que el ritmo de vida actual está enfermando al cuerpo (Blas, 1998).

Cuando se habla de alteraciones, se hace referencia a la mayor parte de las enfermedades que existen debido a estos desequilibrios, se podría hacer una lista enumerándolas todas, sin embargo, este trabajo centrará su atención en las alteraciones glandulares o endocrinológicas, particularmente en el padecimiento denominado y conocido como Diabetes.

Para comprender mejor en que consiste este padecimiento es necesario hacer un recorrido a través del primer capítulo donde de manera general se explican los aspectos descriptivos de la diabetes. Diabetes significa una concentración alta de azúcar (glucosa) en la sangre a causa de una falta absoluta o relativa de insulina. De igual manera, es importante saber que la diabetes no es una sola enfermedad sino varias. Los diabéticos se agrupan en dos grupos principales.

Diabetes Tipo 1 (dependientes de insulina). Personas que dependen de las inyecciones de insulina para vivir, ya que no tienen una producción adecuada. Este tipo de diabetes es el más grave y afecta principalmente a niños y adultos jóvenes.

Diabetes Tipo 2 (no dependientes de insulina). Esta forma de enfermedad afecta casi siempre a personas mayores de 30 años de edad. De ordinario no requiere inyecciones de insulina y frecuentemente controlan su enfermedad siguiendo cuidadosamente una dieta para diabéticos, o bien tomando uno de los múltiples medicamentos disponibles en la actualidad (kilo, 1997).

Se ha observado que, orinar con frecuencia, tener mucha sed, mucha hambre, o pérdida de peso, son algunos de los síntomas más frecuentes y característicos de las personas que están a punto de ser diagnosticadas como diabéticas o que ya lo son. Sin embargo aún con la presentación de algunos de los síntomas, mucha gente no sabe que ya tiene el padecimiento, y llega a suceder que quienes ya lo saben no se cuidan como debieran, lo que provoca que se presenten las complicaciones de la enfermedad. Las complicaciones se clasifican en agudas y crónicas, las agudas pueden presentarse repentinamente: hipoglucemia, hiperglucemia, cetoacidosis, coma hiperosmolar.

Las crónicas, que se presentan en varios años (dependiendo del control de la glucosa): arteriosclerosis, retinopatía, nefropatía y neuropatía; sobre las que se hablará con más detalle (Aguilar, 1990).

Un aspecto de vital importancia para este padecimiento es el TRATAMIENTO. Por lo que: Educadores en Diabetes, Médicos y Nutriólogos, coinciden en que el tratamiento adecuado para los pacientes diagnosticados debe incluir el cumplimiento de las siguientes recomendaciones: *La Dieta*, como la piedra angular del tratamiento, ya que como se podrá observar en este apartado, la utilización de un régimen dietético que sea elaborado para las necesidades individuales del paciente, dará la oportunidad de que este continúe más fácilmente su dieta, obteniendo controles glucémicos óptimos que retardarán las complicaciones (Hernández, 2004).

Medicamentos, estos deben seleccionarse en función del tipo de diabetes, función renal, presencia de complicaciones y actividad física del paciente. Para los pacientes con diabetes tipo 1, el tratamiento médico consiste en la administración de insulina. Las dosis de insulina deben pretender en todos los pacientes la normalización de la glucemia. De igual modo, para los pacientes con diabetes tipo 2, las pastillas le ayudarán a producir más insulina y/o aprovecharla mejor.

El Ejercicio es muy recomendable ya que es uno de los procedimientos preventivos y terapéuticos más importantes en la atención de la diabetes. El médico debe considerar los riesgos del ejercicio. Debe ser adecuado para el paciente y no debe realizarse si su glucosa está por arriba de 200mg/dl (Lerman, 1998).

La Instrucción del Paciente, es otro punto importante en el tratamiento, ya que la meta es que el paciente se perciba a sí mismo como el principal responsable de su padecimiento, es decir, darle las herramientas necesarias para que sepa las instrucciones básicas como son los automonitoreos de su nivel de azúcar en sangre a través de los chequeos diarios, si el paciente se compromete con su cuidado personal es seguro que disminuyen las entradas de urgencia a los hospitales.

Así como se ha descrito la parte que le toca al paciente, de igual modo, debe haber una *Revisión Periódica por el Médico* donde el objetivo principal es el de llevar un mejor control de los niveles de glucosa del paciente a través de los estudios pertinentes cuando se considera necesario (Manzano, 1998).

Finalmente en este capítulo y de acuerdo al título de este trabajo se describen los factores más frecuentes que influyen para que se manifieste la diabetes como son: El papel de la Herencia, La Alimentación Inadecuada, La Obesidad, la Influencia del Ambiente y la Falta de Actividad Física.

Por lo que toca al capítulo II, se habla de la Diabetes causada por Estados Emocionales. Se analiza la génesis de este padecimiento desde el enfoque psicosomático, empezando con un bosquejo histórico sobre la evolución de la medicina psicosomática, donde se menciona la definición propuesta por Kolb (1977) : Las reacciones que se incluyen bajo el título de Trastornos Psicofisiológicos viscerales y del sistema nervioso autónomo comprenden los padecimientos que con más frecuencia se denominan “Trastornos Psicosomáticos”, que son las alteraciones que afectan a los órganos de la economía interna o de la función instintiva, o la imagen corporal como un todo.

Se habla también de la influencia tan marcada de la familia y la sociedad sobre el individuo, de factores emocionales como la depresión y el estrés y su relación con el inicio de la diabetes. Por último se explica este padecimiento de acuerdo a la teoría de los cinco elementos.

El desarrollo de la investigación realizada se describe en el capítulo III, donde se hace referencia a los datos obtenidos de treinta pacientes entrevistados, que han sido diagnosticados como diabéticos. Tomando en cuenta el método de la historia de vida, ya que esta parte del antecedente de que los individuos reflejan los grupos sociales a los que han pertenecido y toda la cultura, mitos, valores, etc. en los que ha transcurrido su existencia. Todo esto con la intención de identificar en sus estilos de vida, los factores que propiciaron su diabetes.

Como se puede observar, todo lo referente al tema de la diabetes, su relación con la psicología y con los padecimientos psicosomáticos, resulta muy interesante, por lo que la meta de este trabajo se enfoca en su análisis, esto nos lleva a hacernos la siguiente pregunta: Cuáles son los factores más frecuentes que influyen para que se manifieste la diabetes y cuál es el origen de este padecimiento desde la perspectiva psicosomática?, preguntas que a lo largo del presente trabajo se irán esclareciendo.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS. Y SUS CAUSAS MÁS FRECUENTES

1.1 BREVE BOSQUEJO HISTÓRICO SOBRE LA DIABETES

La diabetes con su enorme importancia humana, social y médica, tiene una historia larga, cuyos comienzos se remontan a la más lejana antigüedad, fue claramente reconocida y definida en tiempos de Galeno y Areteo.

En 1873, el arqueólogo y novelista alemán George Ebers, excavando en las ruinas de Luxor, tuvo la suerte de dar con un papiro de cerca de veinte metros de longitud lleno de inscripciones jeroglíficas. Ebers retorna a Alemania con su precioso hallazgo, lo estudia pacientemente y después de muchos esfuerzos logra descifrarlo por completo. El papiro, escrito hacia el año 1553 antes de Jesucristo, contiene una síntesis de todos los conocimientos médicos del antiguo Egipto. De su autor solo se sabe que nació en Heliópolis, que ejerció el sacerdocio en templos del dios Imhotep y de la diosa Iris y que gozó fama de médico eminente. El papiro habla de enfermos que adelgazan, que tienen hambre continua, que orinan muchísimo y que se sienten atormentados por una sed enorme, indudablemente, el misterioso sacerdote observó y supo describir la forma grave de diabetes, la juvenil. Para su tratamiento aconsejaba una pócima hecha con grasa de ternera, cerveza, hojas de menta y sangre de hipopótamo, junto con invocaciones a Isis, a Anubis y a Osiris y ofrendas a Imhotep. Es seguro que el paciente seguía igual, es decir, bebiendo, orinando, adelgazando y debilitándose para acabar muriendo en breve plazo.

Los médicos Hindúes, por otra parte, describen en libros que datan del año 600 a de JC. La existencia de unos enfermos que padecen sed, adelgazan rápidamente, pierden fuerzas y emiten una orina que atrae a las hormigas por su sabor dulce.

Avanzando en el tiempo, hasta el año 70 de nuestra era no es posible dejar de mencionar a un médico griego de Capadocia, conocido con el nombre de Areteo, quién refiriéndose a este padecimiento dijo lo siguiente: “ La diabetes es una enfermedad espantosa, pero por fortuna, no muy frecuente, que se caracteriza por la fusión de la carne y de los miembros y su paso a la orina. El enfermo orina incesantemente; es como si se le abriera un acueducto. Cuando la enfermedad está totalmente establecida, la vida es corta y desagradable. La sed es insaciable y el desgraciado enfermo no cesa de hacer aguas. Si se abstiene de beber, su boca se seca, su cuerpo se requema y sus entrañas se abrasan. Pronto se presentan náuseas, la sed se hace más intensa y en un plazo no lejano, el enfermo expira.”

La enfermedad en palabras de Areteo de Capadocia, es un sifón que vacía el organismo, y la palabra diabetes significa precisamente sifón en lengua griega. También hablando sobre los orígenes de la enfermedad, este mismo autor, menciona que: “ La causa puede ser una enfermedad aguda que haya transcurrido dejando tras ella una especie de malignidad escondida. También es posible que algo pernicioso procedente de otras enfermedades ataque a la vejiga y a los riñones y sea la causa de la diabetes (Cañadell, 1980).

Galeno en el siglo II interpretó que la diabetes era producida por la incapacidad del riñón para retener agua, y esta idea continuó durante 15 siglos. La diabetología experimental empieza con Van Hohenheim, que alrededor de 1520 evapora la orina y descubre un residuo salino, interpretando con esto que la diabetes es causada por una enfermedad del riñón y aunque esta idea coincide con lo expuesto por Galeno, Hohenheim no tuvo el atrevimiento que ocupó Thomas Willis en 1674, ya que éste probó la orina de los diabéticos, redescubriendo como lo

habían hecho los hindúes, que la orina tenía sabor dulce, sin embargo, aunque le supo dulce, no atribuyó este sabor a la presencia de azúcar sino a “ diferentes sales y ácidos “ . Fue en 1775 cuando Mathew Dobson descubrió que el sabor dulce de la orina era debido a la presencia de azúcar, comprobándolo igualmente en la sangre de los pacientes diabéticos. Dobson concluyó que “ la pérdida de peso y fuerza de los diabéticos era la consecuencia de la pérdida de material nutritivo por la orina...conclusión muy parecida a la que había llegado Areteo, 1600 años antes.

Los grandes avances producidos en el siglo XIX remueven una gran cantidad de conceptos en medicina. Se propone la idea de que el riñón es el principal responsable de la diabetes, relacionando que si la orina es el resultado del filtro del riñón, por lo tanto es este el causante de este padecimiento. Existió otro autor, Claude Bernard quién demuestra en 1848 que el azúcar puede ser formada en el hígado y secretado a la circulación y que este fenómeno (denominado glucogénesis) se produce incluso cuando la dieta está exenta de azúcar. Estas observaciones le llevan a suponer que el Hígado es fundamental en la fisiopatología de la diabetes, concepto totalmente cierto pero que sus contemporáneos clínicos negaron con ardor. Hasta esa época el órgano llamado páncreas era desconocido, en un principio creyeron que el páncreas no era necesario para la vida y más adelante lo reconocieron como órgano participante en la digestión, pero no sabían nada de su secreción interna. En 1869 Paul Langerhans, publicó su tesis doctoral sobre histología del páncreas. En sus estudios al microscopio, Langerhans describió unos grupos de células en forma de pequeñas islas, independientes del resto de la estructura de la glándula y cuya naturaleza y función, no era capaz de explicar.

Hubo un cirujano muy hábil, se trata de Minkowsky, el cuál aún sabiendo que anteriormente ya se habían realizado varias pancreotomías en animales sin éxito, ahora decide hacerlas él, y después de la primera que realizó a un perro, al día siguiente de la operación lo visitó y hasta regañó a su ayudante, pues le pareció

que el lugar estaba sucio y olía mal, pero el ayudante le explicó que era porque el animal no dejaba de orinar y que además tenía mucha sed. Con esto Minkowsky comprobó que la orina del perro tenía gran cantidad de azúcar y después de repetir varias veces el experimento y obtener los mismos resultados escribió: “Después de la pancreatectomía total de los perros. No se trata de una glucosuria transitoria, sino que corresponde a la forma más grave de diabetes en humanos.” Gracias a estos experimentos empiezan a tomar en cuenta al páncreas como el principal responsable de la diabetes, aunque ya se sospechaba de este órgano, aún no sabían por qué razón ocurrían tales efectos, así es que ahora el propio Minkowsky realizó un trasplante de páncreas y pudo comprobar que cuando los páncreas eran de tamaño adecuado no había síntomas de diabetes en el animal. Todo esto hizo suponer a los investigadores que existía una sustancia producida por el páncreas que entonces no conocían pero que al ausentarse del torrente sanguíneo era la causante de la diabetes. Durante varios años algunos investigadores se dedicaron a la búsqueda de esta sustancia y las felicitaciones de tal logro fueron dadas a dos jóvenes: Frederick Gant Banting y Charles Herbert Best, el primero graduado en 1916, dedicó sus estudios a la cirugía y a la fisiología y después de la guerra en la que participó quiso dedicarse a extraer una sustancia pancreática que fuera capaz de normalizar los niveles de glucosa en los animales que habían sido intervenidos para extraerles el páncreas. El profesor McLeod dueño del laboratorio donde trabajaba Banting, le asignó a este un ayudante, estudiante de medicina llamado Best, aunque el profesor no creyó que pudieran lograr su objetivo, pues ya lo habían intentado otros científicos, aún así estos investigadores se dedicaron a su búsqueda, logrando producir una inyección de la extracción del páncreas de una perra a la que previamente se lo habían extirpado y consiguieron rebajar la glucemia desde 400 a 100mg en el curso de ocho horas.

Los experimentos en perros se repitieron rápidamente siempre con los mismos resultados y en enero de 1922, se utilizó con éxito por primera vez en clínica humana en un niño de doce años, Leonard Thomson, que padecía cetoacidosis diabética (el niño que hubiera fallecido con toda seguridad) se puso bien: había

nacido la insulina que en el curso de pocos meses cambiaría espectacularmente el pronóstico de la diabetes, permitiendo una vida confortable a millones de personas en todo el mundo.

Banting y MC Leod fueron galardonados con el Premio Nobel de Medicina en 1925, lo mismo que Frederick Sanger, quién en 1955 descubriría la estructura química de la insulina (Figuerola,1985)

1.2 NOCIONES GENERALES ACERCA DE LA DIABETES

1.2.1 DEFINICIÓN

Conforme se ha ido revisando la historia del descubrimiento de la diabetes, se pueden hacer inferencias casi certeras de lo que ocurre en el cuerpo de las personas que tienen este padecimiento, sin embargo, no se trata de inferir, sino de mostrar o dar a conocer en qué consiste esta afección. Para esto es necesario empezar por la definición de diabetes.

La Asociación Mexicana de Diabetes, de manera clara y concreta define a la Diabetes Mellitus como: Una enfermedad crónica e incurable, que se caracteriza por exceso de glucosa (azúcar) en la sangre. Se diagnostica cuando la glucosa está por arriba de 126mg/dl en ayunas, siendo los valores normales entre 80 a 120mg/dl, también en ayunas. La Diabetes es un trastorno metabólico frecuente.

Si se hace una comparación con los países donde es alta la incidencia de personas con diabetes en relación a las cifras mexicanas, es alarmante, darse cuenta de que en los últimos años se ha incrementado en México el número de pacientes diagnosticados.

Es ya la tercera causa de muerte en nuestro país al comenzar el siglo XXI y con la más alta probabilidad de convertirse en la primera causa de defunciones en pocos años. Para el 2002, de más de 200 enfermedades que se atienden en el Instituto

Mexicano del Seguro Social, la diabetes consume el 35% del total del presupuesto.

En lo que va del siglo, cada año se reportan 130 mil nuevos casos. A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que en 1985 hubieron 30 millones de diabéticos; para 1995 la cifra aumentó a 135 millones, y si no se cambia el estilo de vida actual, para el 2025 habrán 300 millones de personas con diabetes (Programa Nacional de Salud 2000)

1.2.2 SÍNTOMAS

Al hablar de la sintomatología de la diabetes, no se debe olvidar que la enfermedad puede discurrir pobre en síntomas durante mucho tiempo, sobre todo en un gran número de personas mayores, antes de que se tenga un diagnóstico.

Sin embargo cuando los síntomas son evidentes, se ha podido observar que los más frecuentes y comunes en la mayoría de las personas son:

- 1.- Poliuria (se orina mucho y muy seguido)
- 2.- Polidipsia (da mucha sed)
- 3.- Polifagia (da mucha hambre)
- 4.- Pérdida de peso

Estos son los síntomas más frecuentes pero se pueden presentar otros como: Cansancio extremo, Piel reseca, Alteraciones visuales, Infecciones frecuentes en la piel, vías urinarias o genitales, Lesiones de difícil cicatrización (Carrasco, 2005)

El proceso de la presentación de los síntomas se puede explicar más claramente de la siguiente manera: Cuando se acumula el azúcar en la sangre por encima de 160 a 180mg%, el riñón permite el paso de la glucosa a la orina, la glucosa necesita gran cantidad de agua para ser eliminada, lo que da lugar al aumento del volumen de orina (poliuria). Esta pérdida de agua deshidrata a la persona que

empieza a sentir más sed y a tomar más agua (polidipsia). La orina no solo pierde agua y glucosa, sino que, se excretan cantidades importantes de algunas sales minerales, como el sodio, potasio, calcio, magnesio, etc. Esta pérdida de sales contribuye a la sensación de fatiga de los enfermos.

El consumo de las propias reservas hace que el organismo aumente la ingesta de alimentos (polifagia) en un intento de compensar la pérdida de energía. No obstante a menudo el organismo fracasa parcialmente y el paciente adelgaza.

El exceso de azúcar en los tejidos produce a menudo picor (o prurito), el cual es más frecuente en el área genital, en donde a menudo se acompaña de infecciones. Estos son los síntomas más característicos y frecuentes en las manifestaciones iniciales del padecimiento (Aguilar, 1990)

En los adultos, las infecciones de la piel: forúnculos, picazón localizada (genital) o generalizada: úlceras de lenta curación, etc. Pueden aparecer antes de que se noten otros síntomas. En las personas de mayor edad, frecuentemente una complicación de las arterias de las piernas o del corazón, un trastorno visual, adormecimiento, hormigueo o dolor (neuritis) en las extremidades inferiores, determinan que la enfermedad sea descubierta.

En los niños, el orinarse de noche puede ser uno de los primeros signos de la enfermedad. Los síntomas de la diabetes infantil, son considerados más intensos que los del adulto. Los más conocidos que se presentan son: gran pérdida de peso a pesar de la polifagia, a veces intensa anorexia, sed elevada, poliuria, descenso del rendimiento escolar, progresiva debilidad de concentración y enuresis. En el niño transcurren en general casi treinta días entre los primeros síntomas y el asentamiento del diagnóstico (Figuerola, 1985)

1.2.3 TIPOS DE DIABETES

Existen varios tipos de diabetes, sin embargo aunque se les mencione y se describa en que consiste cada uno de ellos, se hará más énfasis en la explicación de la Diabetes Mellitus tipo 1 y tipo 2, debido a que la mayor parte de los casos registrados de este padecimiento coinciden con la sintomatología característica de la diabetes tipo 1 y de la diabetes tipo 2.

1.2.3.1 DIABETES TIPO 1

--Antes denominada juvenil o insulino dependiente --

En la Diabetes tipo 1 más del 90 por ciento de las células que producen la insulina en el páncreas (células beta) son destruidas de una forma irreversible.

Los pacientes con Diabetes tipo I, son personas que requieren la administración diaria de insulina en su cuerpo a través de inyecciones, ya que la producción de insulina está francamente disminuida o ya no se produce, tanto en ayunas como en respuesta a los diferentes estímulos.

Aparece generalmente antes de los 30 años, aunque puede producirse en cualquier momento de la vida. El comienzo clínico de la enfermedad es habitualmente brusco y el lapso de tiempo que transcurre entre los primeros síntomas y la consulta al médico, suele ser de pocas semanas.

La Diabetes tipo 1 debe tratarse inmediatamente después del diagnóstico con insulina y los síntomas mejoran con rapidez. Es relativamente frecuente que a los pocos días o semanas de iniciado el tratamiento se asista a una progresiva reducción de las necesidades de insulina e incluso a la estricta normalización de la glucemia sin necesidad de inyectarse insulina. Este fenómeno recibe el nombre de remisión de la diabetes y es tanto más frecuente cuanto más precoz y enérgico es el tratamiento con insulina.

En esta especial fase de diabetes, no debe descuidarse el control, de lo contrario se vuelve progresivamente a la situación inicial, es importante entonces, no descuidar esta etapa que los anglosajones denominan “ luna de miel ” y aun

cuando el paciente necesite dosis bajas de insulina, tan poco como 2 a 4 unidades en todo el día, no debe desatenderse este periodo de evolución (Kilo, 1997).

1.2.3.2 DIABETES TIPO 2

A la Diabetes tipo 2, se le denomina también benigna, de la edad madura, estable, no insulino dependiente. Aparece generalmente después de los 40 años, con un máximo de frecuencia alrededor de los 60 años, aunque no es excepcional su presentación en gente joven.

Es unas 20 veces más frecuente que la diabetes tipo “juvenil” o tipo 1, siendo ambas tan diferentes clínicamente, que algunos hasta han planteado la existencia de 2 genes distintos y diferentes patogenias para ambas formas clínicas (Goodhart, 1987)

El comienzo de la enfermedad suele ser insidiosa, y el tiempo que transcurre entre el inicio real y el diagnóstico puede ser muy dilatado, incluso de varios años. Este fenómeno es debido a que las manifestaciones clínicas pueden ser muy escasas (un poco más de sed que habitualmente, algo cansado). Por este motivo, muchas veces el diagnóstico se establece en unos análisis de rutina, (chequeo, revisión médica por parte de la empresa). Es muy frecuente que en el momento del diagnóstico exista obesidad o sobrepeso.

1.2.3.3 DIABETES ASOCIADA O SECUNDARIA

Este tipo de diabetes está constituido por un conjunto de situaciones en las cuales la diabetes acompaña otras enfermedades o bien es secundaria a ellas, de esta manera, puede existir diabetes en pacientes que han sido pancreatetectomizados o que padecen pancreatitis crónica o enfermedades que cursan con aumento las hormonas de contrarregulación (o antiinsulínicas), como la acromegalia o la enfermedad de Cushing.

1.2.3.4 DIABETES GESTACIONAL

La diabetes gestacional, es el aumento anormal de glucosa en la sangre que se presenta por primera vez durante el embarazo. Los niveles de glucosa regularmente se normalizan después del parto, sin embargo, se deben modificar hábitos que propicien la manifestación de la diabetes en forma definitiva.

Durante el embarazo, principalmente a partir de la segunda mitad, existe un aumento de hormonas con acción diabetógena (lactógeno placentario, estrógenos, progesterona) que es el responsable de la tendencia a la hiperglucemia que se observa en la gestación. Esta tendencia empeora el control metabólico de las gestantes previamente diabéticas y conlleva la aparición de diabetes gestacional entre 2 y 4% de las embarazadas no diabéticas. La hiperglucemia en cualquier caso, aumenta la morbilidad de la gestante y las malformaciones del bebé en formación, complicaciones que solamente pueden impedirse, consiguiendo que la paciente diabética llegue al embarazo y se mantenga durante él con un control metabólico óptimo y que la diabetes gestacional sea precozmente diagnosticada y tratada (Sanmartí,1991)

Es un tipo de diabetes que solamente ocurre durante el embarazo, usualmente se detecta entre las 24 y 28 semanas del mismo y por lo regular desaparece después del nacimiento del bebé.

Durante el embarazo, la placenta produce hormonas que actúan en contra de la acción de la insulina provocando que los niveles de azúcar en la sangre se eleven más allá de lo normal (arriba de 126 mg/dl en ayunas).

Generalmente en la mayoría de las mujeres, el páncreas es capaz de producir insulina adicional para sobreponerse a la resistencia a la insulina y mantener los niveles de glucosa normales, pero en ocasiones, el páncreas no puede producir la cantidad adicional de insulina necesaria por lo que los órganos del cuerpo no pueden utilizar el azúcar para formar energía y esta se va acumulando en la sangre, provocando lo que se conoce como diabetes gestacional (Moncada, 2005).

1.2.3.5 INTOLERANCIA A LA GLUCOSA (azúcar)

Antes denominada prediabetes. Es un estado intermedio entre la normalidad y la diabetes, es decir, se tienen cifras ligeramente elevadas en la sangre entre 100 y 125mg/dl sin exceder de 126mg/dl.

El concepto de intolerancia a la glucosa corresponde a la línea divisoria, es decir, personas que no tienen una curva de glucemia normal, pero que tampoco muestran cifras suficientemente elevadas para ser diagnosticadas de diabéticas.

Lo más característico de la intolerancia a la glucosa es que la alteración no necesariamente empeora con el tiempo, sino que puede quedar igual o incluso mejorar, en especial si se corrige la obesidad con la que muy a menudo está relacionada.

Las personas que padecen intolerancia a la glucosa deben ser periódicamente controladas, evitar los azúcares de absorción rápida y corregir la obesidad o el sobrepeso cuando existen (Figuerola, 1985).

1.2.4 COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS

Muchas afecciones son más frecuentes en el diabético. Ello ocurre probablemente por la falta del perfecto equilibrio metabólico, el cual no siempre es fácil de obtener, ya sea por cuidados insuficientes del propio paciente o bien por lo difícil que resulta imitar la secreción normal de la insulina, que es la falla principal de la diabetes. Hablando precisamente de estas afecciones, se sabe que generalmente se clasifica a las complicaciones en Agudas y Crónicas.

Las Agudas pueden presentarse repentinamente y las Crónicas, se presentan en varios años (dependiendo del control de la glucosa)

Entre las principales complicaciones agudas o existentes a corto plazo está la *Hipoglucemia, Hiperoglucemia, la Cetoacidosis, y el Coma Hiperosmolar.*

1.2.4.1 COMPLICACIONES AGUDAS

- **HIPOGLUCEMIA.-**

Se entiende por hipoglucemia, a la disminución brusca, a las bajas concentraciones de glucosa en sangre, es una complicación frecuente y los médicos consideran que un episodio hipoglucémico inicia con niveles de 70mg/dl hacia abajo. Puede presentarse cuando se toma el medicamento y se omite alguna comida o cuando se realiza mucho ejercicio. Por lo general se sienten dos o más de los siguientes síntomas: temblor, sudor frío, mareo, pulso acelerado, irritabilidad, hambre, confusión.

Los episodios hipoglucémicos deben tratarse de inmediato con la ingestión de una ración de carbohidratos (fruta, jugo, dulces) o, de preferencia con la ingestión de pastillas de glucosa. En casos extremos debe administrarse una inyección de glucagon.

El Glucagon es una hormona producida por el páncreas que estimula al hígado a producir grandes cantidades de glucosa, para elevar sus niveles en la sangre.

- **HIPERGLUCEMIA.-**

La hiperglucemia es la concentración de glucosa en sangre por encima de 140/mg%, en condiciones basales. Esta tasa puede incrementar hasta siete u ocho veces su valor.

Los síntomas son: mucha hambre, sed, mucha orina, pérdida de peso, visión borrosa. Se recomienda tomar abundantes líquidos (agua simple), apegarse a su tratamiento y si los síntomas no desaparecen visitar cuanto antes al médico del paciente o a su nutriólogo (Polaino, 1994).

Las causas que más frecuentemente originan estas alteraciones son las siguientes: enfermedades infecciosas de distinta etiología e importancia (gripe, cistitis, forunculosis, neumonía, etc) enfermedades consideradas graves (trombosis, infarto de miocardio, etc.) errores en su tratamiento, como interrupción brusca en la auto administración de insulina, dificultades en la absorción de la insulina por encontrarse esta en mal estado o por no aplicar bien la inyección,

importantes trasgresiones de la dieta, administración de medicamentos hiperglucemiantes etc.

La medición frecuente del nivel de glucosa (azúcar) en sangre ayudará a prevenir y tratar la hiperglucemia, reduciendo así los riesgos de complicaciones a largo plazo.

- **CETOACIDOSIS.-**

Con el término de cetoacidosis se denomina a una complicación muy frecuente de la diabetes caracterizada por la presencia de hiperglucemia, deshidratación, cuerpos cetónicos en plasma y acidosis metabólica.

Generalmente se presenta en personas con diabetes tipo 1 con niveles de glucosa entre 250mg/dl y 60mg/dl. Cuando el cuerpo no cuenta con la insulina o glucosa necesaria para funcionar cabalmente, utiliza y “quema” la grasa corporal. El resultado a los “desechos” de esta operación que cumple el organismo en casos de emergencia son los llamados cuerpos cetónicos.

Para tratar una cetoacidosis es necesario un tratamiento de urgencia en un hospital. Este incluye el uso de insulina intravenosa y solución salina para reemplazar fluidos corporales perdidos. Deben mantenerse los niveles de glucosa en sangre y el estado de los fluidos hasta que se estabilicen. Atenderse rápidamente, asegura restablecerse en pocas horas (Thomson, 1984).

- **COMA HIPEROSMOLAR**

Puede presentarse en personas de edad avanzada con diabetes mellitus tipo 2 que tengan niveles de glucosa mayores a 800mg/dl. Es muy parecida a la cetoacidosis diabética pero sus diferencias residen en que se presenta en adultos mayores, no hay presencia de cuerpos cetónicos en orina o en sangre y ocasiona daño renal y neurológico. Su pronóstico es muy grave, por las numerosas complicaciones de tipo cardiovascular que suelen presentarse, lo que causa una elevada tasa de mortalidad en quienes lo sufren (alrededor del 40%).

El tratamiento requiere de atención urgente en un hospital, este incluye la inyección de insulina e inyecciones intravenosas de solución salina para rehidratar al enfermo. Deben monitorearse los niveles de glucosa en sangre y el estado de los fluidos hasta estabilizarse. Si el tratamiento es rápido, el restablecimiento suele ser rápido y completo (Oakley, 1980).

1.2.4.2 COMPLICACIONES CRÓNICAS

Hablamos de complicaciones crónicas, o a largo plazo de la diabetes cuando numerosas manifestaciones patológicas aparecen en distintos órganos o aparatos del paciente, como consecuencia de la diabetes. En realidad todas ellas pueden sintetizarse en dos bloques: las angiopatías y las neuropatías. El primer bloque (angiopatías) genera mas alteraciones dependiendo cuáles sean los vasos afectados (**arteriosclerosis, retinopatía, y nefropatía**). Lo que ocurre comúnmente en estas lesiones de tipo vascular es el engrosamiento de las láminas basales de los capilares.

El segundo bloque aglutina a las alteraciones de los nervios periféricos (**neuropatías**), en esta situación los síntomas varían mucho de unos casos a otros dependiendo de cual sea el nervio afectado, su localización y su función (Hosking,1987)

- **ARTERIOSCLEROSIS.-**

Generalmente se le reconoce cuando se sabe que hay endurecimiento de las arterias. El proceso se caracteriza por una pérdida de la natural elasticidad de las paredes arteriales. Esta modificación al aumentar la tensión arterial y dificultar el normal flujo sanguíneo a través de las regiones afectadas, exige del corazón un mayor esfuerzo.

La sintomatología se debe a un defecto o falta de circulación, así por ejemplo, se producen déficits funcionales de órganos, cefalea, vértigos, fatiga respiratoria, zumbido de oídos, insomnio y calambres en las pantorrillas y piernas.

Entre los factores causales se citan la herencia, la edad, la inquietud y preocupaciones, las infecciones focales, la diabetes, la sífilis, que suponen casi todos un exceso de colesterol en sangre.

Hay una reducción en la luz de los vasos, se produce por la acumulación de grasa en el interior de las arterias, de lípidos, colesterolina, y sales de calcio con la consiguiente formación de placas de ateroma.

Es la misma afección degenerativa que afecta con mayor frecuencia la población no diabética que ha pasado la quinta década, solo que en el diabético se afectan grupos etarios más jóvenes por ser el trastorno metabólico un factor agravante.

Afecta las arterias de gran calibre aortoiliacas, femorales (superficial y común), poplíteas. Clínicamente la claudicación intermitente es el hecho subjetivo más destacado en relación con el sitio de la obstrucción, así el dolor claudicatorio puede localizarse en el muslo, caderas, pantorrillas. En los casos más avanzados aparece el dolor de reposo, signo premonitorio de gangrena o úlcera que son los trastornos tróficos más severos que aparecen como la etapa final de otros de menos severidad como paroniquia (uña encarnada), caída del vello cutáneo, hiperqueratosis plantar, crecimiento lento de las uñas.

Las lesiones ulceronecroticas son de localización distal, limitada en los artejos, al pliegue interdigital o al de flexión digitoplantar. Su presencia es índice de circulación colateral deficiente o de oclusión de las arterias terminales distales (digitales), afectadas también por el proceso esclerótico (arteriosclerosis).

- **RETINOPATÍA** (Daño en los ojos)

La Retinopatía Diabética (RD), que es el agotamiento o muerte de las células que dan soporte y nutrición a la retina (La retina es la parte del ojo sensible a la luz). Puede ser ocasionada por elevados niveles de glucosa durante un tiempo prolongado.

Los síntomas son: Visión borrosa o doble, Visión de manchas o puntos flotantes, Dolor agudo en uno o varios ojos, Pérdida de la capacidad de ver cosas a los lados.

La frecuencia de retinopatía se relaciona con el tiempo de evolución de la diabetes, pero es más frecuente en pacientes ancianos.

El médico que se encarga de tratar a los pacientes diabéticos debe saber reconocer todas las etapas de la retinopatía diabética y cuando enviar al paciente con un oftalmólogo. La mayoría de los médicos no tienen tiempo para dilatar las pupilas antes de un examen, pero una exploración detallada del fondo de ambos ojos por lo general muestra ciertos signos de alteraciones, si es que existen. Un examen fundoscópico completo requiere la dilatación pupilar, y es mejor que esto lo haga un especialista, al que se debe estar enviando al paciente durante varios años aunque el médico familiar no haya identificado nada aparentemente de que preocuparse.

La retina puede afectarse en dos etapas: *retinopatía simple* y *retinopatía proliferativa*. Casi 80% de pacientes con retinopatía tiene solo la etapa simple y la visión es satisfactoria. Este tipo de retinopatía está formada de microaneurismas con aspecto de puntos rojos. En ocasiones un aneurisma aparece rodeado por un anillo de hemorragia retiniana y otras veces se pueden observar unos exudados duros. La forma más común de hemorragia en la retinopatía simple es la hemorragia en puntos que a menudo tienen aspecto de aneurismas. Aunque la retinopatía diabética simple suele persistir en cierta forma benigna durante muchos años, por desgracia un 5% de los casos presentan afección macular con pérdida de la agudeza visual central.

Hablando de la segunda etapa, se ha observado que menos del 10% de los diabéticos presentan retinopatía proliferativa. El trastorno se manifiesta por neovascularización está formada por muchos vasos de todos los tamaños, algunos de tamaño tan grande como las arterias retinianas, son más abundantes en la parte posterior del fondo. Cuando el vítreo empieza a desprenderse y a separarse de la retina, la tracción que se ejerce sobre los vasos frágiles causa hemorragia hacia el vítreo o el espacio preretiniano. Esta hemorragia puede

causar desprendimiento parcial de la retina. Todas estas alteraciones son una amenaza inminente para la visión.

GLAUCOMA

El glaucoma se produce por un aumento de la tensión ocular sin que exista daño en el nervio óptico. Un síntoma inicial de esta enfermedad es la pérdida de la visión a nivel periférico, cuando se detecta y empieza a tratarse en los estadios iniciales, la tensión ocular puede ser controlada sin que la visión resulte afectada. Cerca del 50% de los pacientes con retinopatía proliferativa muestran proliferación de la membrana fibrovascular sobre la superficie anterior del iris, conocida como rubeosis del iris. Esta formación puede cubrir la porción filtradora del ángulo, este fenómeno causa obstrucción del flujo de salida de humor acuoso, lo cual aumenta la presión intraocular y da origen a una forma de glaucoma secundario llamado neovascular. Además los vasos normales de esta membrana sangran con facilidad y se produce hifema (Olson, 1986).

CATARATAS

Las anomalías de la función del cristalino y su estructura son muy comunes en los diabéticos. Se han descrito dos tipos de cataratas en diabéticos: metabólicas (o en copo de nieve) y seniles. Las primeras tienden a presentarse particularmente en diabéticos tratados con insulina y pueden relacionarse con el grado de control de glucosa. Estas cataratas tienen apariencia en copo de nieve y comienzan en la región subcapsular del cristalino. El tipo senil aparece más a menudo en el paciente anciano y es similar a las cataratas del anciano no diabético. La presencia de esta clase de cataratas parece no ser más frecuente en el diabético que en la población no diabética, pero se asevera que maduran con mayor rapidez en los diabéticos y conducen a una tasa mayor de extracción de cataratas.

El mecanismo por el cual las cataratas se presentan en el diabético ha sido aclarado por estudios de metabolismo del cristalino. Estas investigaciones han indicado que el alcohol de azúcar sorbitol se halla en altas concentraciones cuando los altos niveles extracelulares de glucosa han inducido cataratas. La

aldosa reductasa, la enzima que reduce la glucosa a sorbitol, se encuentra en el tejido del cristalino. Se ha fortalecido la posibilidad de que el sistema de aldosa reductasa intervenga en el desarrollo de las cataratas diabéticas, en vista del efecto notable que tienen los inhibidores de la aldosa reductasa en la prevención de cataratas en animales experimentales con diabetes.

- NEFROPATÍA DIABÉTICA (Daño en los riñones)

Desde el comienzo de la diabetes el riñón se ve afectado por la carencia de la acción insulínica. Este trastorno inicial que se corrige junto con la hiperglucemia pasa muchas veces desapercibido. Esta es una de las principales causas de muerte temprana, particularmente en las personas con diabetes tipo 1.

Los riñones contienen millones de vasos sanguíneos diminutos que filtran sustancias de desecho y exceso de agua en la sangre. La diabetes puede provocar la nefropatía, que es una disminución en la capacidad filtrante de los riñones. Con el correr del tiempo, en forma lenta, se producen lesiones en los grandes y pequeños vasos sanguíneos, que van comprometiendo su función y pueden llegar a situación de insuficiencia renal.

La nefropatía diabética parece depender en gran parte del control metabólico, ya que se observa con más frecuencia y es de evolución más rápida en aquellos pacientes que tienen glucemias elevadas por largos periodos de tiempo. Además las infecciones urinarias contribuyen a que se agraven estas lesiones.

Los comienzos de las manifestaciones renales son poco llamativos y solamente se evidencian por la presencia de proteínas en la orina (proteinuria). De ahí la necesidad de frecuentes exámenes de orina, no solo para detectar glucosa sino para evidenciar la presencia de proteínas.

Una vez iniciada la lesión renal es lentamente progresiva y puede llegar al compromiso total del órgano. La proteinuria se hace progresivamente mayor, la presión arterial muchas veces aumenta, aparecen edemas y la medición de sustancias nitrogenadas en la sangre (urea, creatinina, ácido úrico) muestran una elevación que es proporcional al grado de daño renal. Una vez iniciadas estas lesiones difícilmente retroceden y por el contrario tienden a progresar. Es por esto

que es de primordial importancia mantener los valores de glucosa en sangre lo más próximos posible a lo normal, en cualquier momento del día.

En la diabetes los problemas de los riñones pueden estar relacionados a la presencia de la **hipertensión arterial**, y cualquiera que sea su origen, empeora y acelera la evolución de la nefropatía diabética, por lo que debe de ser tratada enérgicamente apenas aparezca (Schor, 1996).

Por último hablando de casos extremos en los que ya existe un riñón dañado o un riñón diabético. Cuando se produce endurecimiento de las arterias grandes y microscópicas, disminuyendo su calibre e iniciando trastornos en el aporte de sangre al riñón y por lo tanto en la filtración renal, se puede decir, que esto es el principio de una pequeña insuficiencia renal, que si se prolonga se convertirá en crónica. A medida que esta enfermedad avanza, comienza la retención de agua y otras sustancias de excreción (urea, creatinina, ácido úrico, sales minerales, etc.), a la vez que se inicia la eliminación de nuevas sustancias que por lo general son retenidas por ejemplo la albúmina y los glóbulos rojos.

Al abatirse el suministro de sangre, el riñón empieza a padecer por falta de oxígeno y nutrientes, es entonces cuando la perfusión deficiente ocasiona una filtración pobre, estado que termina produciendo una orina cada vez más escasa y menos concentrada.

La insuficiencia renal crónica, causa crecimientos del riñón (hipertrofia compensadora) en un intento heroico por aumentar la filtración glomerular, cuyo crecimiento puede llegar hasta el 30%.

Los grados extremos de insuficiencia renal pueden llevar a la necesidad de recurrir a la **diálisis extracorporea crónica** y aún al **trasplante renal**.

Aún cuando es preciso que transcurra algún tiempo –por lo menos 12 años después de la iniciación de la diabetes para que aparezca un riñón diabético, se ha demostrado que existen coincidencias cronológicas indiscutibles entre la glomerulohialinosis intercapilar y la retinopatía diabética, por lo que se refiere a las lesiones de los capilares. Ambos procesos presentan trastornos de la microcirculación (Aguilar,1990)

- NEUROPATÍA DIABÉTICA

Son lesiones en los vasos sanguíneos, con daños en los nervios por elevados niveles de glucosa. Las personas encargadas de investigar sobre esto creen que el exceso de azúcar en sangre, debilita las paredes de los pequeños vasos sanguíneos que nutren a los nervios llevándolos a la muerte.

Con el paso del tiempo las áreas afectadas se vuelven menos sensibles y están expuestas a heridas e infecciones. Cuando existen niveles elevados de glucosa y problemas en la circulación sanguínea, esto puede provocar que la cicatrización de heridas en piernas y pies no sea adecuada.

La neuropatía diabética solo puede comprenderse tomando en consideración todos aquellos factores reconocidos como partes integrantes del síndrome de la diabetes y también como altamente nocivos para el funcionamiento del sistema nervioso. Estos factores incluyen: el nivel de glucosa sanguínea, los niveles de los líquidos circulantes, las acciones de insulina y de otras sustancias que modifican la glucosa sanguínea, la estructura y el estado de la vaina de mielina, el metabolismo energético en el nervio periférico, la corriente axónica y las alteraciones morfológicas en los pequeños y grandes vasos sanguíneos que irrigan los nervios periféricos. Debe tomarse en consideración también el efecto diferencial de estos factores sobre las fibras motoras, sensitivas y autónomas (Lancaster, 1984)

En un comienzo, sus manifestaciones pueden ser leves y pasar desapercibidas, aunque son demostrables con algunos estudios especiales: la velocidad de conducción nerviosa o electromiográfica. Existen algunos trastornos en el sistema de relación del dolor en más, **hiperalgesia**, o en menos **hipoalgesia** de las sensaciones de calor y de frío. En otros casos hay pérdida de fuerzas, parálisis de grupos musculares.

La hiperalgesia se caracteriza por dolores y ardores que son más frecuentes en los miembros inferiores, predominantemente durante la noche y en reposo. Calman o se atenúan con la marcha, lo que los diferencia de los dolores de origen circulatorio, que se incrementan en estos casos. Estas manifestaciones, dolores, están precedidas muchas veces por hormigueo, calambres y sensaciones vagas

de molestias en las piernas. Esto se presenta a principios de la afección y desaparece cuando se controla el trastorno metabólico.

Por otro lado está la hipoalgésia, se caracteriza por una disminución que puede llegar a la abolición de las sensaciones de calor, frío y dolor. Esto es de gravedad porque no permite percibir golpes, lastimaduras o quemaduras, lo que puede ser puerta de entrada a infecciones. Esta falta de sensibilidad no avisa cuando las articulaciones de los pies sufren lesiones por torceduras u otras causas con las consiguientes consecuencias.

Aún no se conoce la causa exacta de la neuropatía, pero una de las teorías vigentes la relaciona con la formación de sorbitol. Se ha demostrado que en la neuropatía hay una pérdida de fibras nerviosas grandes de conducción rápida y desmielinización segmentaria de las fibras nerviosas.

Esto da origen a la disminución de la velocidad de conducción, la cual parece estar relacionada con las concentraciones altas de glucosa, acumulación de sorbitol y fructosa, y una alteración concomitante del metabolismo del mionositol nervioso (James Dick, 2000).

1.2.5 TRATAMIENTO

Definitivamente en cualquier padecimiento es de vital importancia llevar a cabo un tratamiento y muy especialmente en el caso de la Diabetes Mellitus. De manera que, es necesario tomar en serio un tratamiento porque al hacerlo, los pacientes tendrán más posibilidades de vivir una vida sana e igual a la de cualquier persona que no tenga este diagnóstico. La clave estriba en que el paciente acepte su responsabilidad en el manejo de su padecimiento, logrando esto, las posibilidades de éxito son más factibles.

Educadores en Diabetes, médicos y nutriólogos, coinciden en que el tratamiento adecuado para los pacientes diagnosticados debe incluir el cumplimiento de las siguientes recomendaciones:

DIETA (debe haber un plan nutricional)

MEDICAMENTOS

EJERCICIO

INSTRUCCIÓN DEL PACIENTE Y AUTOVIGILANCIA

REVISIÓN PERIÓDICA POR EL MEDICO.



1.2.5.1 DIETA

La dieta es la piedra angular del tratamiento. El objetivo es obtener y mantener el peso ideal del paciente proporcionando el aporte de calorías apropiado de acuerdo con la edad, diferencia del peso actual con el peso ideal y actividad física. Debe considerarse el tipo de trabajo, horario de los alimentos y la distribución calórica durante el día.

La utilización de un régimen dietético que sea elaborado para las necesidades individuales del paciente, dará la oportunidad de que este continúe más fácilmente su dieta, obteniendo controles glucémicos óptimos que retardarán las complicaciones y dará mayor calidad de vida a estas personas.

Todo esto tomando en cuenta que la nutrición es una herramienta importante en el tratamiento del paciente con diabetes mellitus. Ya que es considerada uno de los pilares para su control glucémico ayudando a consumir equilibradamente los nutrientes que son esenciales para el desarrollo de las funciones fisiológicas, la actividad cotidiana y física, además de mejorar la calidad del consumo de carbohidratos, grasas y proteínas los que ayudarán a proporcionar energía al organismo para cubrir las necesidades particulares del paciente (Hernández, 2004).

El término “dieta para diabéticos” ha ido desapareciendo y en su lugar se ha estado utilizando “Plan de Alimentación Saludable”.

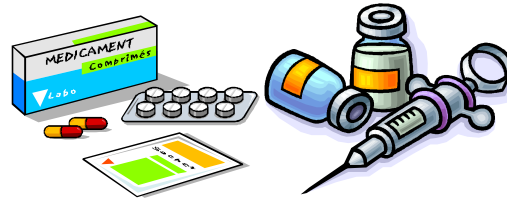
Un Plan de Alimentación Saludable es aquel que incluye una gran variedad de alimentos ricos en hidratos de carbono complejos y fibra, ya que estos constituyen la base de la alimentación; proteínas de alto valor biológico, por su contenido de aminoácidos esenciales presentes en los alimentos de origen animal y baja cantidad de grasas, por lo que se recomienda el consumo de alimentos magros y evitar el consumo de grasas saturadas.

El plan de alimentación para las personas con diabetes, es la parte más importante y difícil del tratamiento nutricional ya que requiere de varias horas de entrenamiento, de cambios conductuales en la forma de comer, por lo que se hace necesario corregir “mitos” y la falta de información en relación a la alimentación del paciente con diabetes.

Entre las ventajas que presenta el Plan de Alimentación saludable están algunas como las siguientes:

No modifica comidas de una persona con diabetes ni de una persona sana. Debe aportar suficiente cantidad de calorías para mantenerse en un peso saludable, La selección de alimentos puede ayudar a prevenir o retrasar las complicaciones, Debe ayudar a mantener los niveles de glucosa (azúcar) tan cerca de lo normal como sea posible, En las personas que reciben hipoglucemiantes orales o insulina, un plan de alimentación balanceado favorece el control de la glucemia, La alimentación también es importante en la prevención y el tratamiento de algunas enfermedades que acompañan a la diabetes tales como: obesidad, desnutrición, hiperlipidemias, hipertensión arterial e insuficiencia renal entre otras.

Por lo tanto un Plan de Alimentación Saludable debe ser siempre individualizado y debe integrar el proceso educativo que ayudará en el cambio de la conducta alimentaria (Luna, 2004).



1.2.5.2 MEDICAMENTOS

Los medicamentos deben seleccionarse en función del tipo de diabetes, función renal, presencia de complicaciones y actividad física del paciente. El medicamento debe ser prescrito por el médico.

Para los pacientes con diabetes tipo 1 que como ya se ha mencionado son los insulino dependientes, el tratamiento médico consiste en la administración de insulina. Las dosis de insulina deben pretender en todos los pacientes la normalización de la glucemia.

También es necesario fijarse objetivos a largo plazo, valorando los beneficios (prevención de las complicaciones) contra los riesgos de la hipoglucemia.

Las insulinas generalmente administradas a los pacientes, son las insulinas bovina y porcina, las cuales se extraen de páncreas de los animales respectivos. Existe también la insulina humana, esta se elabora ya sea por la recombinación de DNA en E. Coli (biosintética) o por la sustitución química por treonina de la alanina terminal de la cadena B de la insulina de cerdo, que la convierte en insulina humana (semisintética).

Se debe tomar en cuenta la fuente y pureza de las insulinas, las que deben preferirse son las menos inmunógenas: la insulina porcina altamente purificada (solo un aminoácido de diferencia con la humana, en contraste a la diferencia de tres aminoácidos en la bovina) y la insulina humana. Será bueno saber si son de acción lenta, de acción intermedia o acción rápida.

Y bueno, cada tipo de insulina tiene que ser preescrita por médicos especialistas en el tema, de acuerdo a las necesidades de los pacientes.

Generalmente la insulina debe prescribirse en unidades especificando el tipo y la concentración y debe aplicarse con jeringa y aguja especiales para insulina cambiando sistemáticamente el sitio de aplicación. La dosis inicial se tiene que decidir en forma empírica ya que ninguna de las reglas que se recomiendan tiene

valor real. En el adulto, se puede empezar con 20 a 30 U de tipo intermedio antes del desayuno; en adolescentes y niños, las dosis iniciales deben ser menores de 5 a 15 unidades. La respuesta de los síntomas, peso, y glucosuria, en grado menor de la glucemia ayudan a modificar la dosis y el esquema (Manual para el manejo de las Insulinas 2004).

Para los pacientes con diabetes tipo 2, las pastillas le ayudarán a producir más insulina y / o aprovecharla mejor. Los medicamentos administrados por vía oral más ocupados son aquellos que contienen sulfonilureas, que son grupos de sustancias hipoglucemiantes, destinadas a bajar el nivel de azúcar en la sangre. Actualmente se emplean la tolbutamina, la acetohexamida, la tolazamida, la cloropropamida y la glibenclamida. La acción de las sulfonilureas consiste en una estimulación de las células beta del páncreas, para que aumente su producción de insulina. Las sulfonilureas actúan solo en la diabetes estable del adulto, es decir, cuando las células beta productoras de insulina tienen algún grado de actividad, pero no ocurre lo mismo en los casos de diabetes grave de comienzo infantil o juvenil en los que las células beta han sufrido lesiones mortales (Aguilar, 1997).

1.2.5.3 EJERCICIO



Durante décadas, se reconoce que el ejercicio físico es uno de los procedimientos preventivos y terapéuticos más importantes en la atención de la diabetes. Es muy recomendable ya que incrementa la sensibilidad a la insulina. El ejercicio intenso (caminata de más de 60km por semana) mejora la presión arterial, favorece la pérdida de peso, produce acondicionamiento cardiaco y proporciona sensación de bienestar.

El médico debe considerar los riesgos del ejercicio. Debe ser adecuado para el paciente y no debe realizarse si su glucosa está por arriba de 200mg/dl

Se debe favorecer el ejercicio aeróbico, con periodos de calentamiento sin exceder una elevación de la presión arterial mayor a 180 mmHg (Lerman, 1998).

Antes de iniciar un programa de actividad física, es necesario caracterizar con precisión, el grado o nivel de avance de la diabetes, la edad, el grado de control de la enfermedad, la presencia de complicaciones (como daño en la retina, riñón, nervios periféricos, pie diabético, enfermedad del corazón o vasos sanguíneos) o de enfermedades adicionales (como la presión arterial elevada). También es importante caracterizar el nivel de acondicionamiento previo. Todo esto exige un diálogo especial con el médico tratante.

El tipo de actividad física recomendada es de naturaleza aerobia. Esto implica efectuar ejercicios que involucren a grandes grupos musculares, a una intensidad moderada inferior a la máxima, y de larga duración. Ejemplo de este tipo de ejercicio es la caminata, que es una de las actividades comúnmente empleadas y la que se considera como la actividad de bajo impacto más conveniente en el paciente con diabetes. Otras actividades como trotar o correr, deben ser cuidadosamente analizadas con el médico tratante, por las posibles complicaciones derivadas de la enfermedad, como el daño en nervios periféricos, particularmente cuando la evolución de la enfermedad es mayor de 10 años y no ha sido debidamente controlada. En estos casos, es recomendable la práctica de actividades que no impliquen una sobrecarga mecánica, como el ejercicio sobre bicicleta estacionaria o la natación.

La frecuencia de ejercicio debe ser de por lo menos 3 días alternos por semana. Este planteamiento se basa en que las adaptaciones benéficas del ejercicio tienen un efecto de 1 a 2 días posteriores a su práctica. Es deseable tener al menos un día de descanso semanal.

La intensidad del ejercicio, debe ser de leve a moderada. Un excelente indicador de la intensidad del ejercicio es mediante su monitoreo a través de la frecuencia cardiaca alcanzada durante el periodo de acondicionamiento que, debe ubicarse entre un 60 a un 80% de la frecuencia máxima esperada para la edad. Mediante una sencilla maniobra, es fácil palpar el pulso de la arteria radial, que se encuentra en la muñeca de la mano, justo por debajo del área del dedo pulgar. En este caso es importante solicitar la orientación del médico tratante para que explique el procedimiento.

La duración del ejercicio, debe ser idealmente de 30 minutos de actividad física continua, aunque se han reportado beneficios con tan solo 10 a 15 minutos. Si alguien va a iniciar un programa, se recomienda iniciar con 10 minutos y tener un incremento de 5 minutos por cada 1 ó 2 semanas, hasta alcanzar esos deseables 30 minutos. Otra posibilidad al iniciar, es ejercitar 10 minutos en 3 sesiones al día, si la agenda lo permite.

Finalmente, se debe considerar que los programas de actividad física deben incluir ejercicios dirigidos al desarrollo y mantenimiento de la aptitud cardiorrespiratoria, disminuir el contenido de grasa corporal, aumentar la masa muscular, preservar la fuerza y resistencia y favorecer la flexibilidad. Como resultado de ello, diferentes adaptaciones benéficas se producirán en la prevención y tratamiento de la enfermedad. Con el propósito de mantener un peso corporal aceptable y obtener los beneficios del ejercicio, es deseable ejercitarse para que se produzca un gasto energético por semana de 1,000 calorías. Esto se logra con al menos caminar, 3-5 veces a la semana, durante 30 a 60 minutos, a una intensidad moderada (Rivera, 2002)



1.2.5.4 INSTRUCCIÓN DEL PACIENTE

La instrucción al paciente es un factor que parece olvidarse con frecuencia. Lo cierto es que aunque el médico debería invertir el tiempo necesario para instruir al paciente en todo lo relacionado con su padecimiento, la mayoría de los médicos les dan solo la instrucción básica.

Por fortuna, en las Instituciones de Salud Pública, aparte de los médicos, existen Educadores en Diabetes dirigiendo grupos de personas con esta enfermedad, en los cuales el objetivo principal es el de informar al paciente en forma detallada en qué consiste el padecimiento, y cuál es el tratamiento, en fin, darle al paciente la instrucción y el conocimiento necesarios para que haga un manejo y lleve un control adecuado de su padecimiento.

Lamentablemente aun en estos tiempos, se observa un común denominador, en todos los planteamientos que pudieran hacerse en relación a ¿Quién es la persona encargada de “controlar” al enfermo? ¿Quién es el encargado de proporcionar esta información? etc. El común denominador del que se habla es : *la falta de información* .- Esta deficiencia se presenta a todos los niveles, entre los enfermos, sus familiares, el público en general y lo que es más grave aún entre los profesionales de la salud. La información es indispensable y debe ser completa y veraz, aunque por sí misma no es suficiente, es necesario que el conocimiento adquirido se transforme en acciones que a su vez modifiquen la conducta y en ocasiones el estilo de vida de las personas con diabetes con el afán de lograr un cambio en el curso natural de la enfermedad.

En otras palabras no es solo información lo que falta sino educación.

“Cada hospital en el país en el que se dé tratamiento a personas con diabetes debe tener un salón de clases donde se imparten conocimientos relativos a la enfermedad, a los pacientes y sus familiares, a los pacientes de consulta externa y a los que por el mismo padecimiento están pasando unos días en el hospital”.

Este párrafo pertenece a un artículo del doctor Elliot P. Juslin y refleja sin lugar a dudas la importancia que este distinguido diabetólogo concedía a la educación en el tratamiento de la diabetes desde mucho antes que este factor fuera aceptado de manera universal como parte esencial en la atención de la enfermedad. El mismo dijo una vez: “La educación no es una parte del tratamiento de la diabetes, es el tratamiento”, lo que refleja cabalmente la importancia que se atribuye a este aspecto del tratamiento. Además confirma la veracidad de aquel proverbio antiguo que reza: “El primer paso hacia la curación, es el conocimiento de la enfermedad”.

Sin embargo, en resultados de diferentes estudios queda claro que el simple hecho de que los pacientes reciban la información pertinente sobre su enfermedad no es garantía de que los conocimientos adquiridos se apliquen en la práctica. Muchos estudios demuestran que un gran número de personas con diagnóstico reciente olvida la mayor parte de lo que se le dijo poco después de conocer lo que tienen. Ya lo dijo de alguna manera Konrad Lorenz: “ *Dicho pero no escuchado, escuchado pero no entendido, entendido pero no aceptado, aceptado pero no*

puesto en práctica, puesto en práctica, pero ¿por cuánto tiempo? Este es el reto del educador: que lo dicho se escuche, que lo escuchado se entienda, que lo entendido se acepte y que lo aceptado se ponga en práctica durante todo el tiempo.

Existen barreras para que el aprendizaje sea efectivo: una de las más importantes es el bajo nivel cultural de algunos pacientes. De allí la necesidad de que el personal docente se esmere en proporcionar la información de la manera más clara posible, a la altura de la capacidad de todas las personas. A veces es necesario utilizar recursos audiovisuales muy simples, como caricaturas, ya que el material impreso con mucho texto y pocas figuras suele intimidar a quienes no acostumbren leer. También hay barreras para que los pacientes pongan en práctica los conocimientos que adquieren, aún con buena motivación, en ocasiones esto se debe a la complejidad del régimen recomendado, pero con más frecuencia obedece a razones de tipo económico, ya que el control estricto de la diabetes supone el uso de materiales diagnósticos y terapéuticos costosos (Lerman, 1998).

El emplear el tiempo suficiente para hacer las cosas necesarias desde el principio y del modo más conveniente, incluyendo la educación del paciente, puede ser la forma más eficiente de controlar la enfermedad.

Existen dos hechos que deben aceptarse sobre el tratamiento médico de la diabetes: no es fácil y lleva mucho tiempo. No es fácil porque la diabetes es una enfermedad compleja, y requiere mucho tiempo porque un profesional de la medicina debe emplear el tiempo necesario para enseñar al paciente cómo funciona el cuerpo normalmente, así como lo que está desequilibrado en la diabetes. Además es necesario que el paciente sepa cómo actúan los medicamentos, cómo unificar sus propios niveles de glucosa en la sangre y cómo ajustar la dieta y los medicamentos cuando es necesario.

A medida que el paciente diabético aprende a entenderse a sí mismo, a cómo realizar sus propios exámenes de glucosa en la sangre y planear las comidas, se restaura la autoestima y se recupera el poder de tomar decisiones. A estas alturas los pacientes usualmente comienzan a buscar nuevas oportunidades de

aprendizaje que les proporcionen la información más reciente y los conocimientos necesarios para aumentar la flexibilidad de sus estilos de vida. La búsqueda activa de nuevas oportunidades de aprender, es una indicación de que se está a punto de lograr la adaptación a la diabetes.

Todas las personas, aún aquellas menores de 7 u 8 años, pueden aprender a hacerse responsables de mantener registros y se debe estimular activamente a tomar responsabilidad de su salud. Es importante que empiecen a encargarse, tan pronto como sea posible del tratamiento día a día de su enfermedad. Mientras más edad tengan menos estarán en casa. Por lo tanto es importante que asuman tanta responsabilidad como sea posible desde el principio.

El logro de que el paciente asuma la responsabilidad de su padecimiento es un avance muy importante en el camino de su recuperación, ya que la toma de conciencia a tiempo es la mejor forma de prevención en contra de las posibles complicaciones.

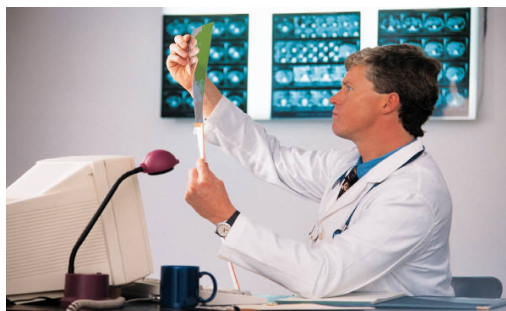
La vigilancia del control por el propio paciente es uno de los grandes adelantos que facilitan el control ambulatorio de la diabetes. El uso de las pruebas disponibles ha hecho excepcional la necesidad de hospitalizar a un paciente para controlar el desequilibrio metabólico. La medición de glucemia capilar antes del desayuno y la cena, dos o tres días por persona, con el fin de mantener promedios por abajo de 120mg/dl.

En pacientes con diabetes insulino dependientes se requieren tres o más determinaciones diarias de glucemia capilar, con base en las cuales se determina la cantidad de insulina rápida a administrar.

Informados debidamente de todo lo anterior, los mismos pacientes tendrán una vigilancia del control del padecimiento como es la medición de su glucosa, esto ayuda mucho, pues gracias a estos **Auto monitoreos**, se reducen los ingresos de urgencia a los hospitales (Manzano,1998).

Concluyendo con este apartado, se puede decir, que lo esencial para un paciente diabético, es aceptar su responsabilidad para el cuidado que tendrá en adelante una vez que ha sabido su diagnóstico, es indispensable que toda la familia esté informada sobre el tema de la diabetes y los cuidados que deben tener para

prevenir las complicaciones, si la familia lo apoya y alienta, le será más fácil al paciente manejar las situaciones que pudieran llegar a presentarse.



1.2.1.1 REVISIÓN PERIÓDICA POR EL MÉDICO

En la vigilancia del control por el médico es indispensable la medición trimestral de hemoglobina glucosilada en el laboratorio para asegurar que las cifras promedio de glucemia son correctas. La hemoglobina glucosilada se encuentra elevada en forma proporcional a las cifras promedio de glucemia y se requiere de dos a tres meses de buen control para normalizarla. Además se deben obtener determinaciones de colesterol total, colesterol de HDL y triglicéridos, así como el cálculo del nivel del colesterol LDL anormales, por lo menos, cada año, o cada dos.

El objetivo de las visitas con el médico que son aproximadamente una vez por mes es el de llevar un mejor control de los niveles de glucosa del paciente y por supuesto es quién se encarga de solicitar los estudios pertinentes cuando se considera necesario, por ejemplo hay un estudio llamado fondo de ojo, en el que se puede observar si hay o no daño en la retina , hay estudios específicos para saber el estado de los riñones y síntomas específicos en las piernas para saber si se trata de una neuropatía diabética, etc.

Básicamente la consulta con el médico es para lo anteriormente descrito, hay pacientes que llevan su control con los Nutriólogos o con los Educadores en Diabetes, en cualquiera de los dos casos estos profesionales saben con exactitud el manejo adecuado de los pacientes y de lo que necesitan.

1.2.6 LO QUE OCURRE EN EL CUERPO

Se sabe que el órgano de mayor importancia en este padecimiento es el páncreas, y a manera de recordatorio, se puede decir que éste órgano, es una glándula sólida localizada transversalmente sobre la pared posterior del abdomen. Su longitud oscila entre 15 y 20 cm, tiene una anchura de unos 3.8cm y un grosor de 1.3 a 2.5 centímetros. Pesa 85g y su cabeza se localiza en la cavidad del duodeno llamada asa duodenal.

En todo el tejido acinar, se encuentran distribuidos acúmulos de pequeñas células poligonales que se conocen con el nombre de islotes de Langerhans o tejido insular y que son responsables de las funciones endocrinas del páncreas. Los islotes de Langerhans miden de 75 a 300 micras, alcanzan un número que oscila entre 200,000 y 2000,000 y sólo representan del 1 al 2 por ciento del peso total de la glándula.

La irrigación arterial del páncreas proviene de las ramas de las arterias esplénica, hepática y mesentérica superior, mientras que el retorno se hace por las venas esplénica y mesentérica superior.

El páncreas se desarrolla a partir de dos divertículos que surgen del duodeno, justamente detrás del hígado primitivo. Estos divertículos se dividen en páncreas ventral y dorsal, los cuales se fusionan y dan origen a una sola glándula, aunque con dos conductos separados. La glándula se desarrolla en relación directa con el hígado, y la sangre circulante drena directamente en la vena porta. Ese hecho puede tener significado funcional, al considerar la importancia que ejercen sobre el hígado la insulina y el glucagón (Hardy, 1981).

En los islotes de Langerhans normales, se han identificado en forma definitiva tres tipos de células granuladas o sea secretoras: alfa, beta, y delta.

Las células beta, constituyen el 60 a 70 por ciento de las células insulares y ocupan el centro de los islotes. Estas células tienen la función de elaborar y secretar la hormona, insulina, a la sangre. La insulina (entre otras funciones) ayuda al hígado a regular el metabolismo de los carbohidratos.

Las células alfa elaboran y sintetizan el glucagón y se sitúan junto con las delta, en la periferia de los islotes.

Las células delta son las menos numerosas, fueron descritas en último lugar y no tienen un producto de secreción identificado, aunque se ha dicho que éste podría ser la somatostatina.

El páncreas es una glándula mixta, exocrina y endocrina, que forma parte del aparato digestivo y que participa tanto en la digestión como en la asimilación metabólica de los alimentos. Su participación en la digestión depende de la secreción exocrina del jugo pancreático, mientras que su papel en el metabolismo está relacionado con la secreción endocrina de insulina y glucagón, así como de somatostatina.

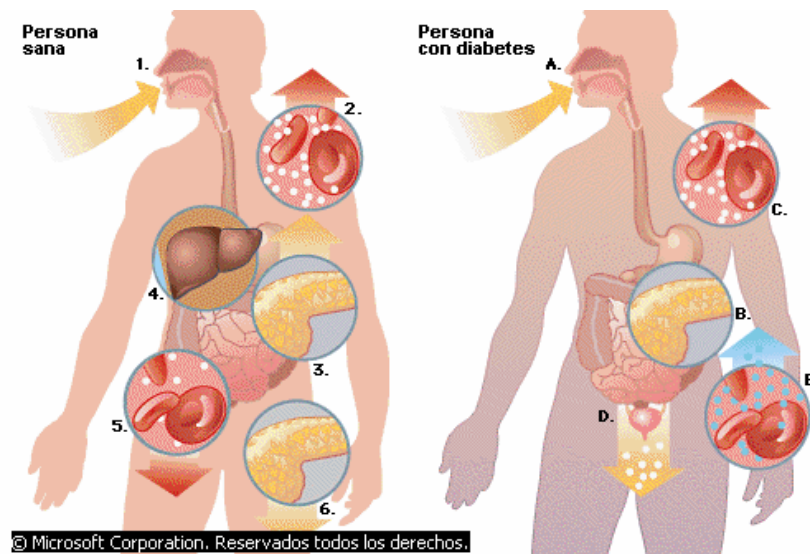
La patología endocrina del páncreas depende básicamente de la producción excesiva o insuficiente de las dos primeras hormonas.

La deficiencia de insulina y el exceso de glucagón ocasionan hiperglucemia; el exceso de insulina y la deficiencia de glucagón provocan hipoglucemia.

Hablando en forma esquemática sobre el cuerpo, cuando una persona ingiere azúcar, ésta se absorbe rápidamente. A los 18-20 minutos se encuentra ya en la sangre (Se habla de glucemia para representar la cantidad de azúcar presente en la sangre, cuando esta glucemia es importante, se habla de hiperglucemia). El páncreas tiene como función regular el nivel de glucemia, manteniéndolo normal. Esta regulación se realiza gracias a la insulina.

En caso de hiperglucemia repetida, aumenta notablemente el trabajo del páncreas. Debe entonces responder a la afluencia repetida de azúcar mediante una producción intensa de insulina. Esto conduce a una fatiga progresiva del páncreas que puede llegar hasta la *diabetes mellitus*, que proviene de la falta de insulina.

La insulina, que circula en la sangre, es la que permite que el azúcar sea almacenada y quemada. Pero cuando su nivel es muy alto, la tasa de azúcar en la sangre baja por debajo de lo normal: aparece el estado de hipoglucemia: cansancio repentino, fatiga, apetito voraz, etc. La persona se lanza entonces sobre un terrón de azúcar, con lo que se produce un círculo vicioso, que solo se puede detener dejando de comer azúcar rápido (Catani, 1992).



La insulina segregada por el páncreas controla la concentración en sangre del azúcar glucosa, necesaria como combustible en numerosas reacciones químicas. En una persona sana, la digestión del alimento (1) induce el aumento de la glucosa en sangre (2). El páncreas libera insulina (3), que estimula la absorción de glucosa por parte de las células. También contribuye a transformar la glucosa en glucógeno, que se almacena en el hígado (4) y los músculos como reserva energética. Las hormonas regulan la liberación de insulina estimulando la disminución de la concentración de azúcar en sangre (5), lo que a su vez frena la secreción pancreática (6).

En una persona con diabetes mellitus, el páncreas no produce insulina suficiente o el organismo no es capaz de utilizarla. Después de la digestión (A), si el páncreas no segrega suficiente insulina (B), el organismo se ve obligado a descomponer las grasas, pues no puede utilizar la glucosa para obtener energía. Como consecuencia, se eliminan con la orina unos compuestos tóxicos llamados cetonas (D), que también se acumulan en la sangre (E) y provocan acidosis cetónica, un cuadro grave que puede degenerar en coma o muerte. Si el organismo no es capaz de utilizar la insulina, la glucosa se acumula fuera de las células y circula sin ser absorbida. Las concentraciones elevadas de este azúcar en sangre (C) y orina (D) deterioran la capacidad del organismo para combatir las infecciones y pueden provocar también acidosis cetónica.

Enciclopedia Microsoft Encarta 2000. 1993-1999 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

1.3 FACTORES MAS FRECUENTES QUE PROVOCAN LA DIABETES

Con frecuencia se observa que la mayoría de los que estudian la diabetes, tratan de explicar la etiología de este padecimiento coincidiendo en que los factores más frecuentes que influyen para que se manifieste la diabetes tipo 1 y la diabetes tipo 2 son los que se nombran a continuación:

--DIABETES TIPO 1

--HERENCIA

--AUTOINMUNIDAD

--VIRUS

--DIABETES TIPO 2

--HERENCIA

--FACTORES AMBIENTALES

ETIOLOGÍA DE LA DIABETES TIPO 1

Los agentes causales en mayor o menor grado de la diabetes tipo 1 son: La Herencia, La Autoinmunidad y Los Virus.

HERENCIA

Ocurre algo en la diabetes tipo I, esto es que de acuerdo a las investigaciones que se han hecho se ha observado que es más frecuente que esta enfermedad se produzca cuando hay antecedentes en la familia, que cuando no existen, es decir, si en una familia existen personas con diabetes tipo I, es muy probable que los familiares directos puedan presentar este mismo tipo de diabetes, no obstante la frecuencia con que se presentan en una misma familia es mucho menos marcada que en el tipo 2.

Ya en 1676, Rondelet destacó el papel de la herencia en la diabetes (“la diabetes persigue a las familias”).

El problema más importante con que se enfrentan los estudios genéticos en relación a la diabetes es el hecho de que la enfermedad puede aparecer en cualquier momento de la vida y no existe ningún marcador definitivo que nos permita saber quién será diabético a lo largo de su vida y quién no lo será.

Hablando en el lenguaje de las leyes de la herencia, se sabe que los fenotipos (HLA) implicados en el desarrollo del padecimiento, no son los únicos responsables, sino que parecen existir otros factores genéticos, como algunos genes que codifican para cadenas ligeras y pesadas de las inmunoglobulinas y el propio gen de la insulina.

Todo lo anterior significa que la herencia predispone a padecer la enfermedad pero no la condiciona totalmente y necesita el concurso de otros factores para hacer acto de presencia (Sanmartí,1991).

AUTOINMUNIDAD

Para una mejor comprensión de los términos utilizados en este subtema, será bueno decir que, las definiciones expuestas a continuación, han sido tomadas del Diccionario Enciclopédico Larousse, con la finalidad de explicar más claramente este apartado.

Y se dice que la Inmunidad, es un fenómeno que permite que formemos anticuerpos para defendernos de enfermedades y en general de sustancias extrañas a nuestro organismo.

La Autoinmunización es otro fenómeno por el cual un organismo segrega anticuerpos dirigidos contra algunos de sus propios componentes. Esto último es lo que ocurre en el caso de la Diabetes tipo 1, hay una autodestrucción y disminución de células beta, las cuales secretan insulina.

Estudiando los genes en las células humanas se comprobó que existían unas zonas especiales dentro del cromosoma 6 a las que denominó HLA (human lymphocytic antigens). Del mismo modo que existen genes a través de los cuales heredamos el color de los ojos o de la piel, la altura, el grupo sanguíneo etc. Estos HLA, son responsables de la herencia de la respuesta inmunitaria del organismo. Estudiando más detenidamente estos HLA, se comprobó que existen varios subtipos (A, B, C, DR) y cuando se transplantaban órganos de una persona a otra, se producía mucho menos rechazo cuantos más subtipos idénticos se encontraran entre el dador y el receptor.

Analizando los genes de diabéticos tipo 1 se vio que estos tenían con más frecuencia que el resto de personas algunos subtipos HLA, concretamente los subtipos DR3, DR4, B8 y B15, de modo que poseer estos genes predispone a la enfermedad (Jubiz, 1996).

VIRUS

Se destacan las infecciones como otra de las principales causas de la manifestación de la diabetes tipo 1, especialmente las virasis. Existen evidencias indirectas de que los virus pueden desempeñar algún papel en la etiología de la diabetes.

Se han descrito casos de diabetes tipo 1 que aparecían poco después de enfermedades producidas por virus, como parotiditis (paperas) o la rubéola. Estas son evidencias que apoyan el papel que ejercen los virus en la etiopatogenia de la Diabetes Mellitus Insulinodependiente.

ETIOLOGIA DE LA DIABETES TIPO 2

Las causas principales en este tipo de diabetes son fundamentalmente hereditarios y de tipo ambiental.

HERENCIA

La Diabetes tipo 2 muestra una agregación familiar más marcada, de modo que es relativamente raro que una persona afectada de diabetes del adulto no reconozca entre sus familiares a otras personas que también la padezcan.

Por termino medio, la posibilidad de transmitir a un hijo la enfermedad es netamente más elevada que en la diabetes tipo 1. Los estudios con parejas de gemelos demuestran que la concordancia es cercana al 100% cuando uno es diabético, el otro también lo es o lo será con toda seguridad

FACTORES AMBIENTALES

También se habla de que el AMBIENTE tiene una contribución importante en la etiología de la diabetes tipo 2, ya que en el ambiente es donde se manifiestan los estilos de vida de las personas.

Sin embargo, cabe mencionar que aunque ya se mencionó la HERENCIA y el AMBIENTE como factores determinantes de este padecimiento, **a continuación se hablara de ellos en forma más profunda**, mencionando también otros factores que influyen para la manifestación de cualquier tipo de diabetes.

1.3.1 EL PAPEL DE LA HERENCIA

Como ya se sabe, la genética es el estudio científico de la herencia, o sea, del origen, desarrollo y distribución de las variaciones individuales y de grupo, se preocupa de analizar el papel que le cabe a la herencia y al ambiente en el desarrollo de los seres vivos.

La herencia no es algo rígido que fatalmente deba producir ciertos caracteres. Al contrario, es un potencial que puede o no desarrollarse y que, en todo caso, no se detiene al nacer el individuo. Actúa durante el desarrollo del ser a través de toda su vida y, al recibir las influencias frenadoras o favorecedoras del ambiente, determina cuándo el individuo camina, habla, a qué edad va a desarrollar la pubertad, cuándo será posible la reproducción etc. Estas características como tantas otras, tienen escasa variación en la especie, pero sí en diferencias individuales y raciales que el ambiente impone. El número de caracteres hereditarios en el hombre, caracteres normales y anormales, que han sido estudiados por los genetistas es muy grande, se ha encontrado que la transmisión de todos ellos está sujeta a las mismas leyes fundamentales de la herencia establecidas por Mendel y que son válidas para todas las especies vivas que se reproducen sexualmente y que transmiten sus caracteres por el mecanismo de los cromosomas.

Las bases materiales de la herencia son los genes, que tienen la potencialidad de desarrollar caracteres específicos. Lo que se transmite por herencia es el gen y no la característica. Esta se desarrolla debido a otras influencias. De aquí que el gen pueda revelar su potencialidad de los genes, sin embargo, en determinadas circunstancias, como sucede en las mutaciones, es capaz de alterar la composición química de los genes. Herencia y ambiente son, pues, factores interdependientes que operan coordinadamente.

La mutación es el resultado de cambios microquímicos accidentales que reagrupan los átomos en el interior de los genes. Esto produce variaciones totalmente al margen de las combinaciones de genes que tienen lugar en el proceso de la fecundación. No se conocen las causas que producen las mutaciones en condiciones naturales, pero han sido provocadas artificialmente por la acción de los rayos X, por la acción de la temperatura o por diversas sustancias químicas.

En la especie humana es muy difícil distinguir con exactitud lo transmitido por herencia y lo desarrollado por influencia de factores ambientales.

El ambiente está obrando todo el tiempo sobre el individuo y, consecuentemente sobre sus genes.

El individuo no está preformado en los genes sino que se desarrolla a base del material que los padres aportan y de la influencia del ambiente tanto interno como externo.

CUANDO LAS ENFERMEDADES SON HEREDITARIAS

En la relación que existe entre las enfermedades y los factores genéticos, las enfermedades pueden tener dos causas iniciales: genéticas y ambientales. La mayor parte de los trastornos de la salud que afectan al hombre son adquiridos durante la vida y de origen externo. Las causas genéticas son cuantitativamente mucho menos importantes de lo que antes se pensaba. Aún en el caso de las enfermedades llamadas hereditarias, la influencia del ambiente es tan importante como el hecho de ser portador de anomalías genéticas.

Algunas enfermedades son transmitidas a través de genes llamados dominantes y otras por genes recesivos. Si un gen produce un efecto o una característica estando presente en uno de los dos cromosomas del par, se llama dominante; si la produce solo cuando está presente en los dos cromosomas se llama recesivo.

El estudio de la herencia de caracteres simples es fácil, porque se basa en un solo gen y sigue con bastante claridad las leyes de Mendel.

Cuando se trata de enfermedades producidas por genes dominantes, la probabilidad de que aparezca en la descendencia de padres que la presentan (uno de ellos) es de 50 por ciento; si es condicionada por un gen recesivo, el hijo desarrollará la enfermedad solo si ambos padres son heterocigotos para ese gen.

Se ha hecho una evaluación de la frecuencia de las enfermedades e incapacidades graves relacionadas con caracteres dominantes y recesivos: los caracteres dominante son los más frecuentes; alrededor de los dos tercios tienen efectos relativamente benignos y se transmiten a través de varias generaciones; por el contrario los efectos de los caracteres recesivos revisten casi siempre la suficiente gravedad para impedir la procreación de los individuos afectados.

No cabe la menor duda de que los factores genéticos desempeñan igualmente una función en ciertos trastornos constitucionales, como la diabetes, la epilepsia, la anemia perniciosa y algunas tiropatías (San Martín,1984).

Hablando en general de los diabéticos tipo 2 no muestran enfermedad manifiesta hasta después de los 40 años de edad. Por lo tanto, aunque debe existir predisposición genética en estas personas desde la concepción, hay que admitir que existe una condición que se ha llamado "prediabetes". Bajo ciertas influencias ambientales, esta predisposición hereditaria se manifiesta claramente, siendo la más notable de dichas influencias la obesidad. De hecho, en algunos diabéticos obesos de edad mediana, que muestran todos los síntomas y signos clásicos de la enfermedad, basta con reducir el peso corporal y mantenerlo bajo para que desaparezca la glucosuria y se normalice la curva de tolerancia a la glucosa. Esto sugiere que estos individuos poseen células productoras de insulina casi suficientes; aunque no pueden resolver un problema agudo de manejo de glucosa,

todavía pueden enfrentarse con éxito a una carga de glucosa menos abundante (Perlemuter, 1989)

Hablando ahora sobre el papel de la herencia en la diabetes tipo 1. Los estudios recientes indican que las personas que desarrollan diabetes tipo 1 tienen una susceptibilidad genética a elaborar células inmunes y anticuerpos que reaccionan en forma cruzada con un posible virus infectante y las células beta, mientras que otras personas elaboran células inmunes y anticuerpos que reaccionan solamente con este virus. Si el padecimiento no se ha desarrollado en un individuo determinado hacia los 20 años de edad, es muy probable que ya no se desarrolle nunca en este tipo de diabetes, aunque hay sus excepciones.

Los profesionales de la salud (médicos, psicólogos, nutriólogos, trabajadores sociales, enfermeras, etc.) piensan que la diabetes mellitus es un padecimiento causado por factores tanto hereditarios como ambientales que por lo regular actúan juntos.

Por lo que a continuación se enlistan los factores o causas más frecuentes que se han considerado como influyentes para que se manifieste la diabetes:

1.3.2 ALIMENTACION INADECUADA

Cuando se mantiene una alimentación inadecuada o excesiva (dieta alta en hidratos de carbono –azúcares-) hace que las células beta (productoras de insulina) pierdan la capacidad para sostener la producción de insulina, disminuyéndose la probabilidad de utilizar la glucosa (azúcar) en energía para el cuerpo, ocasionando que en la sangre se acumulen grandes cantidades de esa glucosa, provocando la diabetes.

1.3.2.1 LA IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN

Actualmente en la mayoría de las ciudades de nuestro país se puede observar, que sus habitantes disponen de alimentos que antes eran escasos. Sin embargo, no por esto la alimentación es equilibrada, sino que sigue habiendo problemas

nutricionales. Estos problemas incluyen el aumento en el número de infartos y lesiones cardiovasculares. Muchas enfermedades crónicas que afectan a un gran número de personas siguen siendo debidas a una mala alimentación (Bender, 1993)

Nadie parece darse cuenta de que la alimentación es lo que más influye en la salud de las personas, en su desarrollo y en su estado de ánimo.

Las enfermedades derivadas de una mala nutrición son hoy las que ocupan el primer puesto de las estadísticas de morbilidad. El organismo puede vivir aparentemente sin problemas a pesar de una alimentación desequilibrada, pero al cabo de un tiempo, generalmente largo, se manifestarán los síntomas del daño producido y entonces el mal puede ya tener difícil solución.

El enorme desarrollo de los fármacos ha dejado de lado el uso de la faceta nutricional por parte de los médicos. Y sin embargo muchas enfermedades tienen una base relacionada con el metabolismo que podría modificarse, a parte de que el cuerpo bien nutrido resiste mejor los procesos infecciosos.

Todavía muchos creen que comer bien es atracarse de cosas caras como el jamón o los mariscos, eso es todo lo que saben de alimentación y no les interesa más. Es increíble que el hombre se preocupe tan poco de su alimentación y sin embargo alimente a sus animales de granja según las técnicas más modernas aplicadas por los veterinarios con excelentes resultados.

En general el comer mal se debe en gran parte a la ignorancia, están por ejemplo las campañas televisivas incitando al consumo de azúcar o aquellos que exageran las cualidades de algunos alimentos. Los potentes medios de comunicación como la prensa, la radio y sobre todo la televisión contribuyen en gran medida a la desorientación del ciudadano (García, 1990)

Es lamentable, el hecho cada vez más frecuente de que en ciertas tiendas se vendan alimentos y productos con etiquetas que hablan de propiedades maravillosas. Hay mucha propaganda deshonesta que emplea términos como: sanos, naturales, orgánicos, puros, completos, fortalecedores, vitalizantes, vigorizantes, purificadores, depurativos, mejoradores del rendimiento físico, intelectual o sexual, disminuidores de la fatiga, etc. Eso incita a pagar un precio

exagerado por cosas que muchas veces resultan inútiles, ya que los nutrientes de los que se presume, es más fácil obtenerlos con la ingesta de ciertos alimentos que se obtienen a bajo costo en los supermercados o en los llamados tianguis que regularmente ofrecen las frutas y verduras de temporada a precios accesibles para las encargadas de las compras en la casa.

Sabemos ahora que la mujer moderna se ha visto dispuesta a contribuir en la economía familiar, lo que la ha llevado a salir de su casa para trabajar fuera de ella. Muchas mujeres, después de la jornada de trabajo regresan a su hogar y no tienen tiempo ni ganas de ponerse a limpiar verduras o a preparar guisados. Se tiene cada vez más prisa, se cocina cada vez menos y se come de cualquier manera, unos bocadillos, comida fría, o alimentos enlatados bastan para salir del paso.

A esto hay que añadir los horarios tan poco naturales a que obligan algunos trabajos, mucha gente se toma un café a media mañana, regresa después de las cuatro de la tarde para comer y cena muy tarde y en exceso. Otros viven lejos de sus lugares de trabajo que solo tienen tiempo para comer en establecimientos de comida rápida, cafeterías y hamburgueserías, cuando no hay comedores colectivos en sus empresas, después siguen trabajando por la tarde y al llegar a su casa cenan cualquier cosa. En tales circunstancias es difícil que la alimentación sea racional, se comen demasiados embutidos, muchos productos enlatados y pocas verduras y frutas

Una dieta adecuada es aquella que proporciona cantidades convenientes de combustibles metabólicos y nutrientes para satisfacer necesidades fisiológicas y prevenir el desarrollo de enfermedades carenciales. Alcanzar una dieta adecuada es un objetivo mínimo, aunque un objetivo al que aspiran muchos países en vías de desarrollo. Una dieta apropiada es una dieta que no solo satisface necesidades fisiológicas, sino que lo hace de forma equilibrada, sin causar problemas de salud que puedan asociarse con una ingesta excesiva de uno o más nutrientes o clases de alimentos (Catani, 1992).

Pero cómo podría obtenerse la salud, con este ritmo acelerado que tienden a seguir los capitalinos, quienes, en su mayoría no desayunan, o hacen un desayuno inadecuado y pobre desde el punto vista nutricional. Las consecuencias de desayunar poco son importantes, ya que transcurren muchas horas desde la comida anterior hasta la siguiente. A medida que transcurre la mañana, aparece antes la fatiga y disminuye mucho la atención de las personas que llevan muchas horas sin ingerir suficientes alimentos, lo cual puede influir en la frecuencia de accidentes laborales y un menor rendimiento, sobre todo tratándose de obreros que realizan tareas monótonas y repetitivas, y en los niños disminuye el rendimiento escolar.

El desayuno escaso hace que se coma más al llegar el momento de la comida, se come entonces demasiado para compensar, con lo cual ese estado de insatisfacción que se sufre al final de la mañana se convierte en sopor y pesadez por el exceso de comida. Además al suprimir o hacer insignificante el desayuno, los nutrientes energéticos diarios no se reparten bien y cuando se ingieren en solo dos veces al día (comida y cena) hay influjos hormonales que les hacen dirigirse en gran parte al almacenaje para su posterior distribución. Esto favorece el desarrollo del tejido adiposo.

Se ha observado el nacimiento de “nuevas” enfermedades, las principales causas de muerte en los países desarrollados son hoy: la enfermedad cardíaca, hipertensión, apoplejía y cáncer. Estas no son solo enfermedades de la edad avanzada.

Existen numerosas pruebas de que la dieta es un factor significativo en el desarrollo de estas enfermedades llamadas enfermedades de la opulencia. El cambio principal en nuestra dieta en el último siglo ha sido el incremento de la cantidad total de alimentos disponibles, y en particular la cantidad de grasa y azúcar que ingerimos. Se consume menos fibra dietética que hace 100 años, en general tomamos productos derivados de cereales más refinados y se consumen menos cereales y productos vegetales. La carne se consume ahora durante la mayoría de los días de la semana, en lugar de ser << placer del domingo >>.

La evidencia epidemiológica que relaciona factores dietéticos con las enfermedades de la opulencia muestra que en los países o regiones con, por ejemplo, una ingesta elevada de grasa saturada, hay una mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares y algunas formas de cáncer que en regiones con una menor ingesta de grasa (Colbin, 1986).

También se ha visto una correlación entre el consumo excesivo de grasas y azúcares con la diabetes mellitus, y aunque mucha gente no crea que el consumo de azúcar y grasas en exceso produce grandes males, hoy se sabe que las consecuencias de tal abuso, pueden ser extremas.

Consumo excesivo de azúcares

El consumo excesivo de azúcar es uno de los principales promotores de enfermedades de todo tipo, entre ellas la diabetes. El Dr. Leo Screebny, director de una escuela dental en Nueva York, señala que el azúcar es no solo la causa principal de las caries y problemas dentales, sino también de la obesidad, la diabetes y las enfermedades cardíacas y circulatorias, incluso, el sugiere que los paquetes de azúcar lleven escrita una advertencia sobre los problemas de salud que pueden ocasionar.

De acuerdo con el Medical Tribune , algunas investigaciones realizadas en varias partes del mundo, señalan que el azúcar puede producir ensanchamiento del hígado, los riñones, una alteración considerable en la actividad de las enzimas en el hígado, los riñones y los tejidos grasos, disminución de la utilización de las proteínas ingeridas, además de cambios funcionales en la retina de los ojos y en los testículos.

Los Doctores Donal Masters y Howard Lewis señalan que el azúcar está involucrada, al menos en parte, en los siguientes trastornos orgánicos: trombosis coronaria, incremento de colesterol y triglicéridos en la sangre, acortamiento de la longevidad, alcoholismo, enfermedades mentales, dispepsia, alergias, problemas de la piel, gota, artritis, miopía, obesidad, malnutrición, presión arterial muy alta y problemas dentales.

El Dr. A. Cohen, profesor de Medicina de la Universidad de Hadaza, en Jerusalén, advirtió en un congreso que el azúcar de todo tipo (blanca, glucosa, y aún la miel) pueden ser peligrosos para personas con predisposición genética a la diabetes, ¿por qué?, porque es evidente que para que se manifieste un padecimiento como la diabetes intervienen muchos factores, pero hablando aquí del factor alimenticio, y siendo la diabetes un problema metabólico que busca parte de su solución en la dieta, por supuesto que el azúcar es elemento de peso que contribuye en gran medida a la provocación de la enfermedad (Chávez, 1995).

Se ha demostrado que los pacientes que han tenido un infarto o sufren alguna enfermedad arterial periférica, consumen dos veces más azúcar, por término medio que pacientes controlados y que no sufren estas dolencias.

Aunque el azúcar presenta la ventaja de constituir una fuente importante de calorías, son muchos más, por desgracia, los inconvenientes –especialmente en los grandes consumidores- que las ventajas: origina problemas de salud que se plantean a escala cada vez más amplia. Por lo que ya no es posible la política del avestruz. En los países que son grandes consumidores de azúcar, los casos de diabetes y de enfermedades cardiovasculares son de 7 a 10 veces más numerosos que en los países poco consumidores.

1.3.3 OBESIDAD

Ahora, hablando tanto del consumo de azúcar como el consumo de grasa, se sabe que el exceso de azúcar se almacena en el cuerpo en forma de grasa y que los grandes comedores de azúcar consumen también muchas grasas, lo cual constituye una fórmula segura para subir de peso. Y a veces no solo es aumento de peso sino excesivo aumento, el cual se conoce comúnmente como obesidad.

Así como hace varios años, se apreciaba la gordura como signo de buena salud y de posición desahogada, hoy día se condena, no sólo porque estén de moda las personas delgadas, sino, además, porque se ha comprobado que la obesidad lleva consigo ciertos riesgos que pueden afectar la salud.

La obesidad se ha convertido en el problema nutricional de mayor dimensión en los países desarrollados, incidiendo de manera muy gravosa sobre el sistema sanitario y afectando de forma importante a la estructura social del país. Sin lugar a dudas, la obesidad y sus consecuencias biológicas tiene un efecto nocivo para la salud aumentando la morbilidad.

El exceso de peso se asocia a la aparición de enfermedades cardiovasculares, se asocia también a otras entidades tales como litiasis biliar, enfermedades pulmonares, enfermedades musculoesqueléticas crónicas, problemas dermatológicos e infertilidad. También produce problemas metabólicos, como algunos tipos de cáncer “hormonodependientes” (cáncer de endometrio, ovario, mama y próstata) y el cáncer de colon. Y por supuesto insulinoresistencia y diabetes tipo 2. El riesgo de padecer algunas de las enfermedades o alteraciones citadas depende de otros factores de riesgo como tabaquismo, hipertensión, etc.

De acuerdo a los estudios que se han hecho, varios autores concuerdan en que el factor ambiental más importante que interviene en la Diabetes Mellitus no insulino dependiente es la obesidad. Las personas obesas poseen insulinoresistencia y un hiperinsulinismo que, en muchos casos, es suficiente para vencerla, sin embargo, tras varios años de hipersecreción insulínica, la célula beta puede “agotarse” y aparecer la Diabetes Mellitus. Entre el 75 y 80% de los pacientes con Diabetes tipo 2 mayores de 40 años son obesos y esta obesidad complica extraordinariamente el control. Por otra parte, el hiperinsulinismo favorece la obesidad, lo que hace que se cree un círculo vicioso difícil de romper. Es evidente la relación entre obesidad y diabetes tipo 2, pero también es verdad que no todos los obesos son diabéticos, ni todos los pacientes con diabetes tipo 2 son obesos (Escobar, 2001)

Sin embargo puede afirmarse que la prevalencia de diabetes en los sujetos obesos es $> 30\%$ y que, según los estudios, entre el 50 y el 80% de los sujetos diabéticos son obesos. Además de que una vez que son diabéticos, los obesos tienen un riesgo de mortalidad por diabetes mellitus mayor que los delgados.

En muchos obesos el nivel de glucosa y de insulina en la sangre es más alto que el normal, habiendo intolerancia a la glucosa y mayor predisposición a la diabetes.

Concretando, la obesidad es uno de los factores que mejor predicen la diabetes. Sin embargo, ningún estudio prospectivo ha demostrado que la obesidad sea, por si misma causa directa de diabetes, sino que interacciona con otros factores como la tendencia hereditaria hacia la sensibilidad a la insulina o el defecto en la secreción de insulina, predisponiendo finalmente a la diabetes.

Por lo general, el ciclo metabólico que se establece para llegar a la obesidad y mantenerla es el siguiente: cuando un individuo consume sucrosa (azúcar) en pasteles, helados, refrescos, etc., el nivel de glucosa en la sangre se eleva más, en comparación con el que se da al consumir hidratos de carbono complejos como: zanahorias, plátanos, papas, etc.

Posteriormente, como respuesta a esa subida rápida del nivel de glucosa en la sangre, es excretada una cantidad excesiva de insulina. Esto repercute en una caída rápida también del nivel de glucosa en la sangre, que puede a veces estar cercana a la hipoglucemia. El resultado se manifiesta de la siguiente manera: la persona siente hambre de nuevo y come así más productos refinados, azucarados, y nuevamente, el nivel de glucosa en la sangre va para arriba. Más insulina..., el ciclo se perpetua conduciendo a un consumo excesivo de calorías e hidratos de carbono trayendo como consecuencia gordura, diabetes y/u otros problemas.

A los errores de la alimentación moderna como son: el consumo excesivo de dulces, pastas, cereales y aceites refinados hay que agregar: la falta de frutas de la estación y verduras crudas o cocidas, que últimamente han sido desplazadas por platillos preparados, alimentos enlatados o conservas, esto por un lado... y por otro lado la agricultura no biológica, tratada con abonos químicos, pesticidas, herbicidas y hormonas sintéticas, los diferentes tratamientos que han sufrido los alimentos, desde su cultivo hasta su conservación, conducen a la destrucción de una parte de sus componentes alimenticios (Duran, 1999).

1.3.4 LA INFLUENCIA DEL AMBIENTE

El ser humano es un ente influenciado, y por lo tanto sería imposible separar todos los factores que le afectan directa o indirectamente. La ecología humana, estudia al hombre y su ambiente en interrelación. Estudia al hombre como ser biológico-cultural y como parte integrante de la naturaleza; al hombre como un sistema ecológico abierto, parte de un ecosistema complejo (Naturaleza) y de una multitud de ecosistemas en interrelación dinámica permanente (biosfera).

Los estados de salud y de enfermedad representan, dos grados extremos en la variación biológica. Ellos son la resultante del éxito o del fracaso del organismo a las condiciones variables del ambiente de vida del hombre.

Dos grandes tipos de factores generales influyen sobre nuestra capacidad de tolerancia y de adaptación a los factores del ambiente; las imperfecciones biológicas (anatómicas, fisiológicas; hereditarias y congénitas) y los factores adversos a nuestra biología que pueden existir en el ambiente externo; adversos por su calidad o cantidad y en el sentido de incapacidad relativa o absoluta del organismo humano para adaptarse a ellos (Clemente, 1996)

La influencia de los factores genético-biológicos y la de los factores externos se ejerce a través de toda la vida del individuo. Primero el hombre recibe por herencia biológica, cierto genotipo de sus padres que condiciona su constitución. El nacimiento es sólo un incidente en el desarrollo de la constitución, que es un proceso permanente desde el momento de la fecundación hasta la muerte. Durante toda la vida intrauterina, el individuo depende exclusivamente de la madre. En la época prenatal, el organismo en desarrollo, y por lo tanto la constitución, están sometidos a influencias no solo genéticas, sino también externas, a través de la alimentación de la madre, infecciones, traumatismos, etc. Después del nacimiento, el individuo comienza a recibir ampliamente las influencias del ambiente externo tanto sobre su constitución física como psíquica.

Claro que de manera inevitable los riesgos y tensiones del ambiente adquieren importancia creciente a medida que el individuo se socializa, a esto se agregan los grandes cambios fisiológicos y las crisis emocionales de la vida. Para hacer frente a todo esto, el individuo depende de su constitución (heredada y adquirida) y de las ayudas artificiales de la ciencia y la sociedad (cultura, medicina, saneamiento, etc.)

En el ambiente existen factores naturales que favorecen el proceso de la salud y factores que lo perjudican desadaptando al individuo; ambos tipos de factores influyen sobre la constitución individual y determinan la experiencia relacionada a la salud y enfermedad. Antes del nacimiento el ambiente externo influye en nuestra constitución y de las infecciones de la madre; después del nacimiento, la constitución se desarrolla lentamente influida por todos los factores externos.

Tarde o temprano la muerte pone punto final a la vida del individuo. Pero el acontecimiento puede acaecer antes o después, dependiendo de los riesgos ambientales que se deban afrontar en vida y de la constitución que se tenga. Generalmente la muerte se produce más tarde en los individuos que han desarrollado una constitución sana y más tempranamente en los que han desarrollado una constitución anormal.

Como el hombre moderno se ha transformado en un ser eminentemente social, depende en todos los fenómenos de su vida de la organización social en que vive. Hablando en términos generales, es indudable que aparte de los factores físicos y biológicos del ambiente externo, hay condiciones culturales, económicas y sociales que influyen sobre el nivel de salud de las colectividades. La epidemiología parece mostrar que los factores del ambiente social tienen una gran importancia en la salud y enfermedad de la población.

Como se ha podido observar, en la explicación anterior, se habla de cómo afecta el ambiente en los individuos para que estos manifiesten o no ciertas características de desarrollo entre ellas las enfermedades. Aunque el tema del presente apartado se refiera meramente al ambiente físico externo, y de cómo influye este en los organismos humanos, aún así no puede dejarse de lado el efecto que causa junto con el ambiente (por ejemplo) la información genética , física, de alguien que se ha enfermado o puede enfermarse.

Hablar de ambiente y su efecto para causar enfermedades es hablar de todos los aspectos generales con los que se interactúa, es hablar de estilos de vida. Si se hace una revisión del estilo de vida de varias personas de aproximadamente cuarenta y cinco años de edad durante los cuales, han incluido en su dieta el consumo de muchos carbohidratos, alimentos refinados, y grasas, se encuentra que durante toda su vida no han realizado ejercicio físico, se sabe además que en su familia hay predisposición genética a varias enfermedades. Y si aparte se toma en cuenta, el clima en el que han vivido, su nivel económico que puede variar, la educación que han tenido, sus hábitos de higiene, etc. Al final de dicha revisión se pueden detectar en ellos varias enfermedades entre las que seguramente listará la diabetes, ¿por qué?, porque como ya se ha mencionado anteriormente todos los factores externos (e internos) van influyendo a lo largo de la vida para que un padecimiento sea manifiesto o no, el número de miembros en una familia, la cual, por supuesto genera un ambiente influyente, el tipo de alimentación, el haber

vivido en el campo o en la ciudad, y todos los otros factores también importantes y ya mencionados (San Martín, 1984)

1.3.5 FALTA DE ACTIVIDAD FISICA

Cuando no se realiza regularmente un deporte, se tienen mayores probabilidades de desarrollar la enfermedad y/o sufrir complicaciones que pueden dañar la vida.

La vida sedentaria constituye otra de las causas fundamentales de la diabetes. Ya es sabido que las personas obesas y muy glotonas suelen pasar la mayor parte de las horas del día, cómodamente sentadas en un sillón. La vida sedentaria contribuye a hacer más perjudiciales todavía los efectos nocivos de la alimentación antinatural.

Hemos de tener presente que para muchos, a no ser por la vida excesivamente sedentaria y reposada que llevan, la cantidad de alimentos que ingieren no resultaría excesiva ni perjudicial. Muchas personas que han seguido una alimentación bastante equivocada y antinatural se han defendido precisamente contra la diabetes gracias a su gran actividad corporal y deportiva, no padeciendo la enfermedad sino hasta una edad muy avanzada.

El ejercicio es uno de los elementos básicos para la salud y definitivamente es un arma al alcance de todos que si es debidamente ocupada será una de las mejores medidas preventivas para evitar la diabetes (Anderson, 1999).

La actividad física se define como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que producen un gasto energético. Esta depende de factores como la disponibilidad, el medio ambiente, la seguridad y factores culturales.

La Asociación Americana de Dietética (American Dietetic Association), sugiere que la actividad física puede realizarse en diferentes formas en las que la persona puede divertirse y realizarla diariamente. Esta misma entidad afirma que con la ayuda de la actividad física regular se contribuye a disminuir el riesgo de enfermedad cardíaca, diabetes y cáncer, ya que contribuye con la pérdida de peso corporal. Resultados de estudios realizados por organizaciones científicas muestran que los hombres y las mujeres que practican muy poca actividad física son tres veces más propensos a incrementar el peso en un período de diez años. Solo un 5% de la población realiza ejercicio necesario para mantenerse sano y perder peso.

La actividad física es imprescindible dentro de los estilos de vida saludables, alrededor de un 9% y hasta un 16% de las muertes pueden ser atribuidas al sedentarismo. Numerosas pruebas demuestran que para obtener y mantener una vida sana es necesario combinar una buena y adecuada nutrición con actividad física regular. Con respecto a la tolerancia a la insulina, varios estudios realizados a largo plazo, en los que se incluye la actividad física dentro del tratamiento, han demostrado que la combinación de una alimentación balanceada y la práctica del ejercicio regular contribuyen en la disminución de los índices de mortalidad por diabetes e intolerancia a la glucosa.

El ejercicio regular durante un largo período produce un incremento de la masa muscular y una pérdida de la masa grasa o del tejido adiposo.

Por otro lado, la inactividad física es ya de por sí un importante factor de riesgo en la diabetes, independientemente del grado de obesidad. La insensibilidad a la insulina, el número de receptores insulínicos distribuidos en los músculos y el grado de adiposidad están relacionados con la menor o mayor aptitud física (Malagón , 2002)

1.3.6 OTRAS CAUSAS DE DIABETES NO TAN FRECUENTES:

Diabetes debida a la Intoxicación por Sustancias Perturbadoras.

Hace relativamente muy poco tiempo que la ciencia médica descubrió que la diabetes debía ser interpretada como una intoxicación general del organismo.

No obstante, al descubrirse la importancia de la insulina, la hormona o elixir de vida elaborada por el páncreas, se volvió a caer en el error de no ver la importancia de la intoxicación general del organismo y de atribuir todos los desórdenes a una función insuficiente del páncreas.

La ciencia moderna, a través de laboriosas experiencias e investigaciones, ha podido confirmar definitivamente la influencia, directa en unos casos, indirecta en otros, de las sustancias perjudiciales y de los tóxicos; de esta forma se han confirmado las concepciones antiguas y originales difundidas muchos años antes por la Medicina natural. Debemos llegar a la conclusión de que la causa fundamental de la diabetes radica en la sobrecarga general del organismo por sustancias perturbadoras, y que sin la liberación de estas sustancias dañinas y el aporte de bastantes sustancias vitales la diabetes persiste, y no se llega a recuperar la salud total.

Son muchas y muy distintas las sustancias perturbadoras capaces de producir un estado de intoxicación, pero sólo producirán una diabetes aquellas que tienen un efecto perjudicial concreto sobre el páncreas y la insulina, impidiendo su función natural. Estas sustancias pueden provenir del exterior (alimentos malsanos y antinaturales, alcohol,, condimentos fuertes, tóxicos, etc.), pero también es posible que se produzcan en el interior del organismo (aprovechamiento deficiente de los alimentos, insuficiencias digestivas, estreñimiento pertinaz, etc.) Para que se produzca un recargo de sustancias perturbadoras es preciso también que el hígado fracase en su papel de neutralizar y eliminar las sustancias perturbadoras, y que la intoxicación sea crónica, es decir, que las sustancias dañinas actúen desde hace mucho tiempo (Laufer, 1980)

Diabetes por Alcoholismo.

Los excesos en el comer suelen acompañarse de excesos en el beber. Aún cuando casi todas las personas que beben mucho y son diabéticas suelen también comer mucho, no son raros los casos de diabetes producidas por el alcohol en personas que comen poco.

Ello se debe a que algunas personas, por naturaleza, resisten más bien que otras las perjudiciales consecuencias que conlleva el abuso del alcohol.

Los mecanismos por los que el alcoholismo puede llegar a producir una diabetes son los siguientes:

- 1.- Por arteriosclerosis o endurecimiento de las arterias.
- 2.- Por acción directa del alcohol sobre las glándulas de secreción interna, el páncreas especialmente.
- 3.- Por formación de sustancias dañinas y tóxicos digestivos a causa de dispepsia alcohólica.
- 4.- Por una disminución de la combustión de grasas y azúcares, lo que determina, en cambio, una mayor combustión del alcohol, de forma que acentúa el exceso de sustancias dañinas.

Diabetes por Alteración del Páncreas.

No hay duda que el descubrimiento de que muchas diabetes se debían a una insuficiencia del páncreas constituyó un gran progreso en el conocimiento a fondo de la enfermedad, pero no es menos cierto también que no todos los casos de diabetes se deben a una insuficiente fabricación de insulina, pues, como ya se ha dicho, ocurre a veces que la cantidad de insulina elaborada es normal y suficiente, pero en cambio su calidad es baja debido a la influencia de ciertas sustancias perturbadoras que restan a la insulina un importante porcentaje de su actividad.

En los casos en que la causa de la diabetes reside exclusivamente en el páncreas, es posible la existencia de uno de los factores siguientes: arteriosclerosis o endurecimiento de las arterias, degeneración por intoxicaciones con sustancias

venenosas, infecciones no curadas a tiempo o mal curadas, que disminuyen o anulan por completo la elaboración de insulina.

No sólo el mal funcionamiento del páncreas es la causa de diabetes. También pueden desencadenar la enfermedad, aunque de forma más o menos indirecta, los trastornos o enfermedades de otras glándulas de secreción interna, como la hipófisis, las suprarrenales y la tiroides (Durán, 1999).

Y finalmente, continuando con las causas, en el siguiente capítulo se hará un análisis de uno de los factores más frecuentes que influyen para la manifestación de la diabetes, es decir: LA DIABETES CAUSADA POR ESTADOS EMOCIONALES.

CAPÍTULO II

LA DIABETES DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOSOMÁTICO

2.1 PADECIMIENTOS PSICOSOMÁTICOS

Al hablar de padecimientos psicosomáticos, es natural, hacer también referencia a la disciplina que los estudia, esta es, LA MEDICINA PSICOSOMÁTICA. Actualmente es posible encontrar información relacionada con esta temática de estudio. A medida que pasa el tiempo parecen ser más las personas interesadas en descifrar los límites exactos para distinguir hasta que punto, cualquier padecimiento que aqueja a los humanos es, específicamente físico o meramente psicológico, lo más probable es que la respuesta a esta interrogante sea la misma: **Que la complejidad** de los procesos psíquicos es inaprensible, sigue siendo difícil diferenciar o precisar en que momento se interrelacionan estos aspectos, sin embargo es seguro que están fusionados, que hay puntos de convergencia, es por esto que se ha definido a la Medicina Psicosomática como una ciencia que estudia las relaciones entre fenómenos psicológicos y biológicos tal como se dan en el hombre y su influencia en el ambiente social y físico.

Al hablar de la práctica médica actual, el sello distintivo de la medicina psicosomática es la insistencia de que en el diagnóstico se tengan en cuenta tanto los factores psicosociales como los biológicos, el tratamiento y la prevención de todas las enfermedades.

La enfermedad psicosomática constituye una respuesta psicofísica global del organismo. No se necesita mucha observación para darse cuenta de los efectos, algunas veces muy intensos, que las emociones producen en el aparato circulatorio, y de modo especial, en el digestivo. Hasta hace cincuenta años

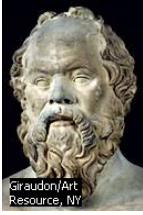
aproximadamente, nadie intentó aclarar esta idea vaga e imprecisa y, sobre todo, nadie trató de descubrir si los trastornos emocionales pudieran ser considerados como causas verdaderas de enfermedades somáticas. Al demostrarse experimentalmente las alteraciones que producen en las glándulas, la circulación y los músculos como reacción al miedo y la ira, se facilitó el camino para estudiar sistemáticamente las reacciones emocionales (Fitzgerald, 1986)

Los aspectos emocionales que participan en el manejo de la vida estresante, así como la capacidad para expresar emociones, el tipo de personalidad y la actitud hacia la vida son temas que dan respuesta a las enfermedades actuales conocidas como trastornos psicósomáticos o psico-fisiológicos (Blas, 1998).

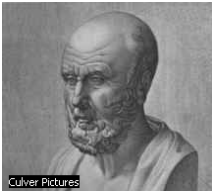
La medicina actual ha descubierto un buen número de padecimientos cuya causa primordial es de carácter inespecífico o no conocido. Esta corriente denominada medicina psicósomática surgida de la moderna investigación científica, concibe al individuo como una unidad indisoluble formada de psique (mente) y soma (cuerpo). El propósito fundamental de la medicina psicósomática es tratar al paciente considerándolo como un todo, en el que sus órganos tomados como algo aislado por la medicina especializada se vinculen al funcionamiento general del individuo. Sin embargo se ha menospreciado con excesiva frecuencia el hecho de que el ser humano es un individuo integrado. No deben dissociarse mente y cuerpo; aunque tal separación sea compatible con el pensamiento científico o médico actual, también hoy se sabe que mente y cuerpo son inseparables (Benson, 1980).

2.1.1 CRONICA SOBRE LOS PADECIMIENTOS PSICOSOMATICOS

Haciendo un recorrido por la historia en busca de los orígenes o nacimiento de estas ideas, se encuentra que desde la antigüedad, grandes pensadores como Sócrates e Hipócrates, ya reconocían la influencia de las emociones perturbadoras sobre la salud, y esto puede confirmarse poniendo atención a lo que dijeron en relación a las causas de la enfermedad.



Sócrates dijo: “ Así como no es propio curar los ojos sin la cabeza, ni la cabeza sin el cuerpo, tampoco es propio curar el cuerpo sin el alma. Por su parte Hipócrates siglo V, mencionó la importancia que tiene la calidad de la relación entre el médico y sus pacientes en el proceso de la curación, sabía que las emociones contribuyen a la mejoría o al deterioro de la salud y dijo: “ Para curar el cuerpo humano, es necesario tener un conocimiento preciso de todo el conjunto.”



En el siglo II, Galeno, compiló los conocimientos de la medicina griega, puso las bases de la medicina europea y sus ideas fueron aceptadas en el milenio siguiente. El concepto medieval de la mente como fuerza mística, determinó que su estudio fuera dejado en manos de los teólogos y filósofos, mientras que los médicos se limitaron al estudio de los aspectos anatomofisiológicos de las enfermedades. Sin embargo dejaron de lado muchas observaciones de Galeno, acerca de cómo los acontecimientos de la vida ordinaria y las emociones vividas influyen para el origen, evolución y desenlace de los padecimientos.

Fue en el siglo XVIII cuando nuevamente se empezó a prestar atención a las relaciones entre la mente y los padecimientos físicos y el primero en señalar en forma clara las interacciones mutuas entre eventos físicos y psicológicos fue Reil en 1803.

En 1818, V. Heinroth, un psiquiatra alemán, utilizó por primera vez el término psicosomático y el somatopsíquico, el primero expresaba su conocimiento de la influencia de las pasiones sexuales sobre la tuberculosis, la epilepsia y el cáncer, mientras que el segundo se refería a las enfermedades en las que el factor corporal modifica el estado psíquico. (Pasini, 1980)

Si lo vemos desde un ENFOQUE PSICOFISIOLÓGICO:

W. Baumont, en 1883, fue uno de los primeros investigadores científicos de las relaciones psicofisiológicas con su estudio del caso de un cazador canadiense que sufrió una herida en el abdomen, la cual le dejó una fístula gástrica. Baumont observó que la superficie de la mucosa gástrica se pone a veces roja y seca y otras pálida y húmeda durante estados de miedo y cólera.

A la vuelta del siglo XX, Ivan Pavlov aportó datos experimentales que hicieron avanzar el conocimiento de los efectos del aprendizaje en las reacciones psicofisiológicas. Con su trabajo clásico demostró que es posible evocar salivación en los perros en ausencia de comida, y con base en estas observaciones desarrolló el concepto de "respuestas condicionadas". Sus investigaciones dieron impulso al conocimiento de las relaciones psicofisiológicas. Las exploraciones de Pavlov de los reflejos condicionados proporcionaron una importante herramienta para la inducción experimental de estados emocionales y para su medición en base a sus correlatos físicos. Señala Pavlov que aún los procesos cerebrales superiores más complejos fueron elaborados por medio de simples reflejos condicionados y que por lo tanto están sujetos a la inhibición y al reforzamiento.

Para Cannon, las emociones son energizadores del comportamiento, de tal forma que situaciones evocadoras del miedo o enojo podrían evocar cambios corporales importantes. Elaboró la descripción de la compleja interacción entre las glándulas endocrinas y las funciones vegetativas, mostrando que la tensión emocional puede conducirse a cualquier parte del cuerpo a través de las vías cortico-talámicas y las autónomas. Además desarrolló el concepto de homeostasis, al descubrir los mecanismos corporales por medio de los cuales el organismo mantiene un equilibrio dinámico, sin importar los cambios medioambientales debido a que observó que la excitación del sistema nervioso autónomo junto con la secreción de la adrenalina es una reacción de urgencia del organismo.

Otro representante destacado de esta corriente que estudia las relaciones psicofisiológicas fue Harold Wolf, el que junto con sus colaboradores en la Universidad de Cornell, realizó investigaciones a lo largo de 30 años. Wolf aplicó la teoría del estrés como causa de las enfermedades somáticas. Sus

observaciones sobre cambios viscerales iniciados por estados de perturbación emocional han influido en las investigaciones subsecuentes y siguen hasta la fecha conservando valor.

Wolf documentó experimentalmente la hipótesis de que los individuos tienden a responder ante una diversidad de estímulos disruptivos con patrones fisiológicos característicos que están asociados con desordenes específicos; por ejemplo, ante problemas de su vida cotidiana una persona reacciona con tensión creciente en la musculatura de la nuca, en tanto que otra lo hace con aumento en su secreción gástrica o congestión nasal. Algunos organismos presentan más que otros un tipo particular de reacción pero en todo caso hay una individualización de las respuestas, es decir, que las respuestas fisiológicas son características de un individuo porque representan la mayor vulnerabilidad de uno de sus órganos o sistemas.

Abordando el tema desde el ENFOQUE PSICOANALITICO: Se empezó con Charcot, quién demostró que durante la hipnosis pueden eliminarse las parálisis y otros síntomas histéricos conversivos, y reveló la participación de procesos mentales inconscientes en la génesis de estos síntomas. Posteriormente Freud, dedujo de sus observaciones clínicas que ciertas enfermedades están íntimamente ligadas con la historia personal de quienes la sufren y postuló que las experiencias infantiles emocionalmente cargadas influyen poderosamente en las funciones corporales. Basándose en datos recogidos mediante la asociación libre del pensamiento, dedujo que en la génesis de algunos síntomas físicos hay factores psicológicos ocultos. Estos síntomas expresan los conflictos emocionales profundos. Sin embargo, en su época, el desconocimiento de la fisiología del cerebro lo indujo a abordar el estudio de la psicología como un campo aparte del sustrato anatómico (De la fuente, 1992).

Fue Freud quien reunió mente y soma usando a la memoria como “laboratorio de la psique”, demostró la importancia de las emociones en la formación de trastornos psicósomáticos. Con aportaciones de Transferencia y Contratransferencia desplazó la relación médico-paciente del campo de la religión

para analizarla en función de mecanismos intelectualmente comprensibles abriendo así un nuevo campo dentro de la psicología. La palabra psicósomático no aparece citada en la extensa obra de Freud, sin embargo con Breuer inicia la utilización de los procesos psicológicos para descubrir el origen de la somatización en la histeria. (Escamilla, 1989)

Aunque el psicoanálisis esté considerado como una disciplina limitada al estudio de los problemas psíquicos, tuvo su origen en las alteraciones de las funciones somáticas cuya etiología no podía ser atribuida a daños orgánicos. Entre estas alteraciones está: la histeria, la neurosis de ansiedad, la neurastenia y el comportamiento obsesivo-compulsivo. La histeria fue definida por Freud como; “una capacidad de conversión, la capacidad psicofísica de transmutar grandes cantidades de excitación en inervación somática”. Aunque nunca fue explicado del todo el mecanismo por el que se producía dicha transmutación, esta propuesta significó la antítesis de la función psicósomática (Blas, 1998).

Solo algunos de los conceptos y observaciones psicoanalíticos han conservado valor y son usados hoy en día para el estudio de quejas somáticas que no están basadas en patología demostrable.

2.2 LA FAMILIA Y LA SOCIEDAD EN LA CONSTRUCCION DE LOS PADECIMIENTOS

Hablar de los factores psicológicos que influyen como posibles causantes de la diabetes, es hablar de la imposibilidad de separar por completo todos los demás factores, ya que como se ha mencionado antes, el ser humano es un sistema, un todo, y cualquier evento interno o externo afecta directamente su cuerpo y por lo tanto también sus emociones, ya sea positiva o negativamente.

Por lo que en este apartado, la intención es centrar la atención lo más posible en los aspectos de tipo psicológico que pueden influir en forma directa en la definición de un padecimiento físico, en este caso, la diabetes

2.2.1 LA FAMILIA

Si se analiza el hecho de que durante el desarrollo del niño se le van inculcando a este, toda una serie de valores, costumbres, estilos de vida ya establecidos que a su vez están directamente relacionados con la educación que recibieron sus padres, se pueden encontrar un sin fin de aspectos importantes a considerar, sin embargo, llevaría mucho tiempo darse a la tarea de hacer una descripción de cada uno de ellos. Lo más conveniente, parece entonces, enfocarse en el centro o institución más trascendental e influyente: La Familia.

Es la familia donde se va cursando el período de educación más largo, es ahí donde se aprenden las normas sociales, donde se obtiene el conocimiento sobre la valía personal, donde, en cada día que se vive en la interacción con los otros se va determinando, labrando, el futuro de esos seres en formación. Y ese futuro abarca seguramente todas las áreas en las que va a desempeñarse, como integrarse en su momento a un empleo remunerativo, como es saber vivir en sociedad y por supuesto como es el logro de mantenerse en un buen estado de salud.

Pero, ¿cómo tener un buen estado de salud, si en la familia donde se crió quizás no tengan la sana costumbre de hacer ejercicio físico, o de alimentarse bien?, (cuando ya en un apartado anterior se ha analizado la importancia de la alimentación y el ejercicio como medidas preventivas de salud), cómo tener un buen estado de salud mental o psicológica si estos niños en formación son testigos y a veces receptores de violencia verbal y/o física?

Las actitudes, valores y conductas de los padres influyen sin duda en el desarrollo de los hijos.

Numerosas investigaciones han llegado a la conclusión de que el comportamiento y actitudes de los padres hacia los hijos es muy variada y abarca desde la más estricta educación hasta la extrema permisividad, de la calidez a la hostilidad o de

la implicación ansiosa a la más serena despreocupación. Estas variaciones originan muy distintos tipos de relaciones familiares.

La psicología del desarrollo parte de la consideración de que el desarrollo humano y la conducta a lo largo de todo el ciclo vital están en función de la interacción entre factores biológicamente determinados físicos y emocionales e influencias ambientales: familia, escuela, religión o cultura.

Definitivamente, hablar sobre los aspectos psicológicos, y la manera en que estos aspectos se van formando en una persona, es complicado, pues existe el riesgo de no distinguir con claridad las líneas de esos procesos, diferentes según la persona, que como ya se sabe, cada persona tiene una manera de reaccionar ante los eventos y esta forma de hacerlo dependerá de cómo aprendieron a hacerlo durante su proceso de crianza y educación.

Considerar los estilos de subsistencia que las personas han llevado a lo largo de su vida, nos puede dar respuesta al **por qué** de sus padecimientos actuales y el **cómo** los manejan.

Un buen ejemplo del cómo se va a llevar a cabo el manejo de una enfermedad en la vida adulta, es el siguiente, en el que se muestra, como desde la infancia este conocimiento se aprende y como éste aprendizaje del niño, profetiza o pronostica el comportamiento posterior del adulto.

De acuerdo a la psicología conductista y hablando de diabéticos se encontró que investigadores como Turkat, 1982 estudió la forma de reaccionar ante la enfermedad que tienen 27 niños diabéticos del Diabetes Research and Training Center (Vanderbilt University School of Medicine) en función del estilo comportamental de sus padres respecto de este mismo problema. La autora distinguió dos tipos de padres: los evitativos (es decir, aquellos que ante la más pequeña enfermedad evitan el trabajo, las responsabilidades, etc.) y los no

evitativos (aquellos que ante cualquier enfermedad se comportan de forma contraria, exigiéndose más y cumpliendo con sus obligaciones ordinarias como si nada pasase). Los niños diabéticos responderían ante su enfermedad de forma peor o mejor, en función de que hubiesen aprendido a través del comportamiento de sus padres uno u otro modelo de comportamiento.

Junto a la validez de estos modelos de aprendizaje, el tipo de refuerzos a que hubieran estado sometidos por sus respectivos padres también contribuiría a que el niño desarrollara un tipo de comportamiento u otro frente a la diabetes. Algunos padres responden frente a la enfermedad de sus hijos prohibiéndoles hacer una vida normal de asistencia a clases, cumplimiento con el trabajo, práctica de deportes, etc. (reforzamiento negativo), a la vez que por el hecho de estar enfermos se les dispensa una mayor atención y se les apoya y consiente más que a los demás hijos (reforzamiento positivo).

Las conclusiones obtenidas son muy interesantes y especialmente significativas, tanto para la educación diabetológica como para explicar los modos de reaccionar frente a la enfermedad. El grupo de niños diabéticos que había estado expuesto a un modelo evitativo consultaron a su centro diabético y fueron hospitalizados más veces significativamente, que el grupo de niños diabéticos expuestos a un modelo de comportamiento no evitativo frente a la enfermedad. Los niños diabéticos del modelo evitativo pasaron más días enfermos y obtuvieron una peor calidad de vida que los niños expuestos a un modelo no evitativo.

Resumiendo lo anterior, los modos de reaccionar frente a una enfermedad pueden explicarse como una consecuencia de los modelos de comportamiento a que el paciente ha estado expuesto durante su infancia, así como en función de cuál haya sido la historia previa de refuerzos con que se modeló su modo de reaccionar frente a la enfermedad. De manera que los modos de reaccionar frente a una enfermedad determinan en mayor o menor grado, ciertas habilidades y destrezas que pueden beneficiar o perjudicar el modo final con que se afronta dicha enfermedad.

Los dos modelos, el evitativo y el no evitativo, son fáciles de aprender, dependiendo de cual haya sido el manejo al que el paciente estuvo expuesto al comienzo de su enfermedad o durante los primeros años de su vida. Esa transmisión del estilo comportamental de padres a hijos parece ser una variable fundamental que siempre debiera tomarse en cuenta en los programas de educación diabetológica, ya que seguramente es un factor determinante respecto de la adaptación o desajuste del futuro comportamiento del paciente diabético. A través de este ejemplo se puede ver la importancia que tiene la educación que reciben los seres humanos para hacer frente a su vida posterior, no solo hablando de los padecimientos físicos, sino que se extiende en la práctica general, es decir, en la manera en que asumirá en adelante cualquier circunstancia o problema por resolver.

Considerar el tema de la familia como factor influyente para la manifestación de la diabetes, significa tomar en cuenta los aspectos globales en los que participa, como es el aprendizaje de los hábitos alimenticios, hábitos de higiene y el control o falta de control de las emociones. Ya se dijo que la familia es una institución trascendental e influyente, incluso determinante en los estilos de vida subsecuentes de sus integrantes.

El proceso patológico no se puede separar del marco familiar, pues la familia cambia sus actitudes hacia el enfermo. La familia es un sistema abierto en el cual las interacciones entre sus miembros suelen tender a mantener patrones estables. Los cambios que se producen en el interior de la familia dependen en gran medida, de la etapa en que ésta se encuentre, del momento de la vida del paciente, del lugar que este ocupe en la familia, así como de los requerimientos y demandas del padecimiento.

La familia constituye el espacio de la prolongación de una herencia cultural, emocional y corporal. La familia condiciona y promueve procesos corporales que van desde horarios de sueño, expresiones y gestos corporales, hasta la expresión

o represión de emociones, formas de relacionarse y comportarse con los otros, hábitos de alimentación y relación con la comida, entre otros aspectos. Además, promueve estilos de resolver los conflictos –ya sea que se eviten, se enfrenten, se generen o se nieguen-, lo que en conjunto suscita cierto tipo de emociones y condiciona una respuesta orgánica que promueve la vulnerabilidad de uno o varios órganos, de lo que resulta el desarrollo de ciertas enfermedades (López, 2000).

2.2.2 AMBIENTE PSICOSOCIAL

Se sabe que el estudio de los aspectos psicosociales centra su atención en cómo el entorno social influye directa o indirectamente en la conducta y comportamiento de los individuos. Las investigaciones han demostrado que el individuo es influido por estímulos sociales al estar o no en presencia de otros y que, en la práctica, todo lo que un individuo experimenta está condicionado en mayor o menor grado por sus contactos sociales.

Seguramente el ambiente social en el que se desarrollan todas las personas tiene un impacto importante en su personalidad, y en la forma en que se desenvolverá en el futuro. A medida que el individuo se desarrolla va construyendo representaciones más precisas y adecuadas del entorno, tanto en sus aspectos físicos como sociales, lo que constituye un modelo del mundo en que vive.

A lo largo de nuestro desarrollo hemos ido formando un repertorio muy complejo de comportamientos que nos indica lo que debemos hacer, lo que no debemos hacer y lo que podemos esperar en el mundo social. Disponemos pues de una representación acerca de cómo funciona el mundo físico, de cómo funciona la sociedad, y de cómo tenemos que comportarnos en uno y otro, según las distintas situaciones.

Desde el momento del nacimiento el individuo está interactuando con los otros, se ve sometido a regulaciones que los otros le imponen y va construyendo reglas implícitas que expresan regularidades sobre el funcionamiento de la naturaleza y las personas. La sociedad en la que nacemos nos moldea profundamente de una determinada manera, en el sentido de que nos hacemos individuos adultos dentro de esa sociedad. Pero aunque el sujeto está inmerso en la sociedad y no puede sustraerse a la influencia social, el proceso de convertirse en adulto en esa sociedad no es simplemente un dejarse llevar, el niño toma parte activa en ese proceso de socializarse. El niño se acostumbra pronto a relacionarse con los otros y, como depende de los adultos para su supervivencia, experimenta desde muy temprano lo que es la autoridad, que está ligada a la dependencia.

El conocimiento es siempre social y sin la sociedad apenas podría producirse pues el individuo necesita ese marco social para desarrollarse. El desarrollo es un diálogo con los otros y con las cosas en el que todos tienen un papel activo, aunque las relaciones con otros son distintas que las relaciones con los objetos.

El estudio psicosocial ha subrayado el papel moldeador que el medio tiene sobre el individuo. Con los elementos que le proporcionan los adultos y con los que él mismo selecciona, el niño va construyendo una representación de la organización social y de las actividades sociales y pronto adquiere una serie de normas sobre lo que debe hacerse y sobre lo que no debe hacerse. Así pues, la representación del mundo social no se obtiene ya hecha sino que cada individuo tiene que elaborarla en muchos aspectos a veces solitario, aunque ayudado de los demás. Hay pues una dialéctica entre lo individual y lo social que hace que fructifiquen mutuamente. Así poco a poco, el sujeto en desarrollo va organizando los elementos dispersos, la información fragmentaria, en totalidades cada vez más coherentes. (Turiel,1997) De esta manera, se tiene que: así como el niño va creando sus propias representaciones del ambiente que lo rodea, de igual modo, a lo largo de su vida formativa se crea ideas acerca de cómo debe reaccionar ante ciertas situaciones, de cómo evitar enfermarse (física y emocionalmente) y si se enferma como deberá

“curarse”, lo cual siempre estará influido por la forma en que se actúa en la sociedad y en la cultura a la que pertenece.

Vivimos en medio de una complicada red de relaciones sociales que moldea nuestros pensamientos, emociones y conductas. El rango de esas relaciones se extiende desde los estrechos lazos familiares hasta las relaciones más distantes que se derivan de grupos religiosos, políticos, étnicos, comunidades locales y naciones. Precisamente todo esto tendrá una marcada influencia en la formación de los individuos.

Los discursos provenientes de la familia, la escuela, la religión, la política, la ética, la cultura y la ciencia se materializan en la carne de los individuos y se institucionalizan dentro y fuera de sus cuerpos. En el exterior condicionan formas de vivir, relacionarse y alimentarse que determinan en gran medida la presentación del cuerpo y la persona en sus espacios físicos y simbólicos; en el interior se condicionan formas de sentir y de reaccionar que contribuyen al desarrollo de ciertos padecimientos (López, 2000)

En definitiva, estas relaciones producen los estilos de vida que practican las personas todos los días, estos estilos de vida, a su vez, producen estados de salud-enfermedad en las mismas, hablando por supuesto de todas las enfermedades que se pueden desarrollar en una sociedad. Pero si hablamos de la diabetes, queda claro que para que esta se manifieste en los individuos, la influencia de los ambientes psicosociales es fundamental en su desarrollo, puesto que al estar inmersos en esta compleja red de relaciones, el individuo a lo largo de su vida, aprende todo de acuerdo a los modelos creados, incluyendo la manera en cómo actúa como consecuencia de sus pensamientos y emociones moldeados por su entorno psico-social, el cual es determinante en la manera en que se vive, se enferma y se muere (Moltó, 1995).

Es indudable, que aspectos socioculturales complejos se mezclan en la intrincada condición de un padecimiento. Todo lo anterior nos muestra el modo a través del cual, se educa, programa y socializa al ser, en cualquier país incluyendo el nuestro, por lo que, tratando de dar una explicación y un ejemplo desde el punto de vista psicosocial en la diabetes y de su vinculación con las costumbres y educación en las sociedades mexicanas se encontró lo siguiente:

2.2.3 ASPECTOS SOCIOCULTURALES

Maccoby, 1977 refiere que el mexicano tiene una dependencia intensa de la madre, lo que le hace crear un síndrome autoritario explotador como sistema defensivo, o un carácter receptivo sumiso como forma de adaptación. Por lo regular, aunque no se exprese, el padre es dependiente de la madre, tanto para la atención de sí mismo, como para el manejo afectivo y autoritario de los hijos. Delega las responsabilidades, o más bien no se enfrenta a ellas, por su propia dependencia. En México la situación curiosa es, que como en los naufragios (situaciones de emergencia) las mujeres y los niños primero; en la revolución, primero los hombres; en el hogar una situación similar que compele a que la mujer sea encargada de los hijos, de entregarlos sanos y salvos al hombre.

Rara vez, aunque con más frecuencia en la actualidad y en un tipo de hogares muy específicos, el hombre se hace cargo de las vicisitudes de los hijos.

La pregunta importante aquí es: ¿Qué relación tiene todo esto con padecer diabetes? Pues bien, los sistemas de vinculación social en nuestro medio y dada nuestra estructura, son orales; los mexicanos dependemos de la comida como un medio de no depender de la madre, o bien de soslayar esta dependencia. No podemos vincularnos si no es a través de la comida, o de su sustituto oral, la bebida; cuando queremos agradar a alguien, le invitamos a comer, cuando algo nos sucede, de trascendencia, o comemos o dejamos de comer; todo lo matizamos a través de la alimentación, tal vez como una forma de adquirir el

inalcanzable pecho materno que provoca la satisfacción y nos hace escapar de la responsabilidad de crecer. El diabético en México, no escapa a esta condición, de modo que la limitación impuesta por la dieta, le limita también la posibilidad de vincularse, de sentirse coparticipe de una enajenación que tal vez por ser popular sea tomada como la tónica normal. De ahí que se sienta aislado; es decir, trata de vincularse con el mundo y consigo mismo a través de las pautas que privan en la sociedad en la que vive.

Es indudable, que aspectos socioculturales complejos se mezclan en la intrincada condición de un padecimiento. Los padecimientos que se están gestando como patologías concretas dentro de nuestra sociedad mexicana son fieles representantes del tiempo y el espacio en que las costumbres quieren ser acatadas como originalmente fueron elaboradas, sin tomar en consideración que éstas se reestructuran en cada individuo de acuerdo al contexto específico en que se desenvuelve y que pueden devenir trastornos emocionales y de la percepción de los fenómenos (Reid, 1999).

2.3 CONFLICTOS EMOCIONALES Y DIABETES



Algunos autores consideran que existe un nexo estrecho entre la presentación de diabetes y conflictos emocionales, es decir, que la iniciación del padecimiento está ligado a una condición conflictiva que genera ansiedad, o a situaciones condicionantes de estrés.

El internista atento ve algunos enfermos en los cuales es llamativa la coincidencia entre la aparición de la diabetes y un periodo grave de angustia emocional.

2.3.1 DEPRESIÓN

Fisher, 1998 estima que el individuo diabético, tanto por su padecimiento como por su tratamiento experimenta la sensación de ser distinto a los demás, lo cual le lleva a situaciones de depresión.

La depresión en el diabético, puede tanto estar ligada al conocimiento de una enfermedad incurable, como a los aspectos de sentirse culpable de romper la armonía familiar, de ser rechazado por enfermo y las calamidades que esto acarrea, de ser sujeto a cuidados especiales que, de no ser por la diabetes, no existirían para él. El conflicto entre la sumisión y la dependencia que la enfermedad determina y la necesidad sana de autoindependencia y autonomía crecientes de acuerdo a la edad.

La literatura científica reconoce de una manera cada vez más amplia la asociación entre enfermedades médicas crónicas y la presencia de depresión. Esta asociación no causa sorpresa, ya que las enfermedades de larga evolución generan cambios en el estilo de vida y el nivel de actividad, repercuten en las funciones sociales y familiares y modifican mecanismos biológicos en los que a menudo participan las estructuras cerebrales reguladoras de funciones como la cognición, el afecto, el sueño y la conducta alimentaria.

Se calcula que la prevalencia de depresión en la población general es del 6% ; en los diabéticos, el porcentaje se eleva a 18%. Así, la depresión es por lo menos tres veces más frecuente entre los individuos diabéticos en relación con la población general. También se ha encontrado que aquellos diabéticos que sufren trastornos depresivos tienen un mayor consumo de tabaco que los no deprimidos. Es decir, existe una comorbilidad importante dependiente de los trastornos depresivos.

En el Servicio de Psiquiatría y Psicología del Centro Médico Nacional Siglo XXI se han encontrado frecuencias de depresión en diabéticos que acuden a la consulta externa del hospital, del 30 al 47 por ciento.

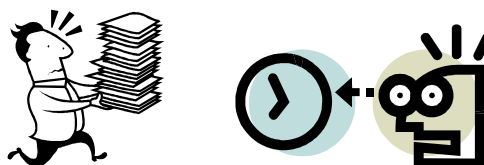
La presencia de síntomas depresivos se ha asociado con el descontrol metabólico del diabético. Se calcula que los bajos niveles de autocuidado se relacionan con una baja autoestima y una baja autoeficacia (la percepción de ser incapaz de manejar un problema o un régimen terapéutico en forma adecuada).

La aparición de cambios en la conducta alimentaria (hiperfagia, incremento de la apetencia de hidratos de carbono y alimentación compulsiva) en el deprimido es un factor que también puede contribuir al descontrol metabólico.

En este sentido, un estudio reciente de Eaton et al., demuestra que los sujetos que en 1982 habían sido diagnosticados con depresión, para 1995 tenían una incidencia acumulada de diabetes a partir del antecedente de depresión mayor.

El tratamiento adecuado de la depresión en el diabético facilita el autocuidado, incrementa la funcionalidad laboral y social del individuo y permite el acceso a mejores niveles de calidad de vida (Vázquez, 2005)

2.3.2 ESTRÉS Y DIABETES



Sin duda alguna, el ritmo de vida que actualmente se estila, contribuye en gran medida a la provocación de las enfermedades, este ritmo está muy relacionado con la velocidad a la que se vive, con el llamado estrés.

A las reacciones fisiológicas que desencadenan los mecanismos de adaptación de los seres vivos se les conoce como estrés y se define como “la respuesta inespecífica del organismo a toda demanda que se le haga” lo anterior significa que frente a una demanda física o psicológica positiva o negativa, el organismo presenta una respuesta física y emocional estereotipada, a esta respuesta también se le conoce como “síndrome general de adaptación”. Descrito hace muchos años por el Dr. H. Selye donde el organismo ante una situación extrema reacciona a través del hipotálamo dando una respuesta veloz denominada “Reacción de Alarma” manifiesta por un mecanismo neurovegetativo simpático de defensa. Alerta, aumento de latidos cardíacos y de la frecuencia respiratoria, vasoconstricción periférica, mayor aporte de sangre a los pulmones, aumento del tono, contracción y fuerza de los músculos esqueléticos etc. Es decir prepara al organismo para la defensa o la huida. Si la agresión continua, sobreviene una segunda fase llamada “Reacción de resistencia” produciendo una acción neuroendocrina donde se eleva la producción de ACTH, que estimula la corteza de la glándula suprarrenal para producir hormonas que conservan y mantienen la energía para vencer el agente estresante. Si esto ocurre todo vuelve a la normalidad. De ocurrir lo contrario, disminuyen las defensas, con la aparición de enfermedades de la adaptación o la muerte (Amicone, 2004).

En relación al estrés, últimamente los ojos de los investigadores han puesto la mira en su proceso, en cómo se forma, en cómo se manifiesta y en cómo afecta la salud física de quien lo padece.

Al margen de los efectos que pueden inducir sobre la salud ciertos tipos de hábitos o comportamientos, tales como el ejercicio físico o los tipos de alimentación (dieta), lo cierto es que los principales efectos psicológicos en relación con la salud/enfermedad se establecen a través de los mecanismos del estrés. El estrés puede influir sobre la salud porque modifica el funcionamiento fisiológico general del organismo (por ejemplo frecuencia cardíaca, presión sanguínea, respiración, tensión muscular, etc.) la actividad neuroendocrina. Indirectamente el estrés

también puede alterar la salud al estimular comportamientos poco saludables como el fumar, el abuso de sustancias (alcohol, drogas, bulimia, etc.) el insomnio o la anorexia.

Cuando existe el estrés en la vida de cualquier persona (sobre todo si se ha estado sometido a él por mucho tiempo) es muy probable que ese estrés, se encargue de cobrar la factura a quien lo vive y este cobro generalmente se ve reflejado en la salud, provocando desde malestares físicos hasta enfermedades de difícil control.

En el caso del padecimiento en cuestión, uno de los problemas psicológicos que más literatura ha suscitado respecto de la diabetes, es precisamente el de las posibles relaciones existentes entre el estrés y la diabetes.

El Stress según Katz aumenta el azúcar circulante o es capaz de causar hipoglucemia. Considera que hay un efecto sobre el metabolismo de glucosa y cetonas y por lo tanto, este estado es capaz de producir una acidosis e inclusive llegar al estado de coma. Durante el stress, hay un consumo elevado de carbohidratos, por lo que se aumentan los requerimientos de insulina, y en consecuencia el cambio emocional y el cambio metabólico son concomitantes.

Así por ejemplo, Cohen y cols. (1970) pudieron demostrar en 11 de 73 pacientes diabéticos hospitalizados por cetoacidosis, la excesiva presencia de factores estresantes a los que los autores hacían responsables de dicho desajuste metabólico.

Según ellos, el estrés suscitaría una tensión emocional muy intensa, lo que generaría una importante liberación de catecolaminas endógenas, que a su vez, serían las últimas responsables de la respuesta cetónica aumentada (hiperglucemia, glucosuria y cetonuria) que acontece en el diabético.

En el diabético podemos observar estados de hiper o hipofagia ligados a condiciones emocionales estresantes, que pueden, por ello, condicionar la estimulación del centro del apetito o inhibición del mismo. Se ha descubierto que la estimulación del hipotálamo lateral provoca apetito y que las lesiones del núcleo ventromedial del hipotálamo causan hiperfagia y por lo tanto, obesidad. A su vez, se sabe que el alimento propicia una reacción lolinérgica: los centros de alimentación y de sed son adyacentes en los mecanismos hipotalámicos. La estimulación del núcleo paraventricular, produce sed excesiva (polidipsia). Por otro lado, es bien sabido que situaciones emocionales, sobre todo ansiedad pueden determinar también polidipsia o, en ocasiones resequead de la boca y necesidad de agua.

Bajo este modelo psicofisiopatológico, se pretende vincular la génesis de la enfermedad diabética al impacto sufrido por el organismo ante la aparición de un fuerte e intenso contingente de factores estresantes. Por esta razón no resulta extraño que numerosos autores hayan tratado de esclarecer las posibles relaciones existentes entre estrés y la etiología de la diabetes. Pero la función del estrés no parece limitarse solamente al comienzo de la enfermedad, sino que es un ingrediente que continuamente modifica, en sentido negativo, la evolución del padecimiento.

Estudios experimentales realizados para poner de manifiesto estas relaciones entre diabetes y estrés, han comprobado que por ejemplo, ante conversaciones tópicas de tipo estresante, los diabéticos modifican los niveles de glucosa en sangre y en orina.

Estos factores estresantes parecen desempeñar una importante función en la aparición y comienzo de las diabetes infantiles. En este caso el factor estresante más frecuente, como ha señalado Jonson, 1980, consistió en la pérdida de uno de los progenitores antes de presentarse la enfermedad. Es posible que el distinto

comportamiento del diabético frente al estrés varíe en función de cuál sea la naturaleza de los factores estresantes.

La evaluación del estrés puede ser hoy mucho más rigurosa que antaño, ya que disponemos de escalas con cuya ayuda se pueden cuantificar los acontecimientos estresantes que inciden sobre el diabético, desajustando sus constantes metabólicas. Del mismo modo, a través de estudios retrospectivos puede indagarse en la incidencia de factores estresantes en los dos o tres meses anteriores a la aparición de la sintomatología diabética, de manera que se verifique o no la hipótesis que establece la dependencia etiológica de la diabetes respecto al estrés (Arreola, 1998).

2.3.3 EL PERFIL DEL DIABÉTICO

Hablar del perfil del diabético, es un poco aventurado. Seguramente se encontrarán características que tienen en común, como son los síntomas, la predisposición genética, quizás el sobrepeso, etc. Sin embargo desde el punto de vista psicológico, una proporción muy grande de los pacientes con diabetes no dependientes de insulina se encuentra deficientemente controlada y los hospitales están viviendo una auténtica epidemia de secuelas y complicaciones de la enfermedad.

El fracaso para incidir en el terreno afectivo durante la educación de los diabéticos refleja una desconsideración de ciertas características en su perfil: no se ha logrado convencer a los diabéticos del valor de los sacrificios y la disciplina. En el fondo también se encuentra el valor del confort, de evitar cualquier incomodidad, y hasta una posición filosófica ante la vida, la de gozar el momento ante lo inseguro que es el mañana, aún para los no diabéticos ¿me sacrifico hoy para gozar de un mejor mañana o disfruto hoy de la vida en vista de que el futuro es incierto?

Ciertamente, la diabetes es una enfermedad crónica y, en ese sentido, los pacientes comparten rasgos con los que padecen otras de este tipo, pero también por ser una enfermedad aguda en -sus complicaciones- supone un impacto más o menos fuerte a la confrontación con el diagnóstico, imprime restricciones sobre los hábitos de vida, propicia secuelas invalidantes y suele tener un carácter oligosintomático. Es obvio que no cabe hablar de una personalidad del diabético, ni de un perfil exclusivo, pero tal combinación de circunstancias permite rescatar algunos rasgos comunes que hacen posible una mejor comprensión de las personas con este padecimiento.

El diabético no dependiente de insulina suele ser un individuo de edad mediana, obeso, con limitada actividad física y con responsabilidades profesionales o laborales de cierta consideración. No es raro que sea hipertenso ni que presente hipertrigliceridimia, a veces hipercolesterolemia, pero más bien disminución del colesterol de las lipoproteínas de alta intensidad.

Con alguna frecuencia lleva una alimentación libre y sólo se limita en la ingestión de carbohidratos simples. Acepta mejor los hipoglucemiantes orales que la dieta y, por supuesto, que la insulina. Tiende a subestimar su enfermedad y sólo se percata de los inconvenientes de la indisciplina cuando empiezan a aparecer las secuelas, que es cuando se lamenta de su conducta pasada. Muchas veces tiene conflictos con sus familiares, quienes le exigen que siga ciertos cuidados, y hasta lo vigilan y lo espían o le esconden alimentos. Atiende mejor los consejos profanos que las recomendaciones del médico y rehuye las consultas en proporción a sus propias culpas. Prefiere no saber cómo está su glucemia mientras se sienta bien. Sus hábitos de alimentación están fuertemente arraigados en una cultura y en una historia familiar de generaciones. Sus condiciones económicas o de aseguramiento a sus recursos intelectuales no siempre le permiten seguir al pie de la letra las recomendaciones médicas.

La condición de enfermedad irreversible no suele ser fácil de asumir, cualquier indicio en contra es interpretado por el paciente como excepción a la regla y la búsqueda de medicinas alternativas traduce no sólo un intento de evitar las incomodidades y sacrificios, sino la esperanza de curación, dado que alguna de ellas la prometen. La discapacidad, a pesar de ser una amenaza continua, se percibe lejana, se apuesta al desenlace exitoso como parte de la fantasía de negación.

Las reacciones psicológicas ante la enfermedad física fueron descritas por Moss, 1990. Una de las primeras reacciones es la negación, definida como un mecanismo de defensa inconsciente en el que un aspecto desagradable de la realidad externa se rechaza y se desconoce y en ocasiones se reemplaza por una fantasía interna más satisfactoria. Al diabético le cuesta trabajo aceptar su enfermedad. Por más que la connotación de la diabetes está lejos de compararse con la de la tuberculosis, el cáncer o el sida, el primer enfrentamiento al diagnóstico suele revelar el rechazo del paciente. La negación de los síntomas y de la posibilidad de la enfermedad perduran por un tiempo; el paciente interpreta que la poliuria es porque tomó mucha agua, la nicturia porque la tomó muy tarde, la baja de peso porque ahora sí le funcionó la dieta –que por cierto no lleva-, la astenia porque ha trabajado mucho y la polidipsia porque la comida estuvo muy salada, la primera hiperglucemia es vista como un error o explicada como el pretexto de que el día anterior comió dulces, y así con otras manifestaciones. Esta negación puede extenderse aún después de la aceptación del diagnóstico, cuando la diabetes no requiere tanto de una dieta como de medicamentos, lo cual al fin y al cabo no lo hace sentirse mal. El tiempo que dura este periodo de negación es variable y en general depende de la gravedad de la enfermedad (no se puede seguir negando lo evidente) y de la personalidad del paciente, pero resulta evidente que esta duración puede llegar a repercutir en las consecuencias orgánicas del padecimiento. Otras respuestas que se suelen ver son de regresión, ansiedad, fantasías alrededor de la enfermedad, obsesión por el conocimiento (control por conocimiento) y depresión, por supuesto, el uso más o menos sutil de

combinaciones de mecanismos psicológicos de defensa. Por lo demás, quizás sea más conveniente abordar este tema desde la postura de las personas que actualmente ya tienen el padecimiento, para que ellos que ya lo viven puedan explicar su sentir ante la experiencia real, de este modo, es probable que se llegue a conclusiones más reales sobre la posible personalidad diabética, si es que la hay (Islas,1999).

2.3.4 OTROS ASPECTOS EMOCIONALES INVOLUCRADOS

Aparte de la depresión y el estrés, están involucrados otros aspectos y emociones que contribuyen en la formación de este padecimiento.

Antes, será oportuno mencionar que las emociones son reacciones que surgen ante determinadas situaciones y que vivimos como una fuerte conmoción del estado de ánimo o de los afectos (Cano-Videl,1989). Esta vivencia suele tener un marcado acento placentero o displacentero (desagradable), y va acompañada por la percepción de cambios orgánicos, a veces intensos. Por lo general, estos cambios orgánicos se caracterizan por una elevada activación fisiológica, especialmente del sistema nervioso autónomo y del sistema nervioso somático, pero afectan también a otros sistemas como el endocrino o el inmune.

Además de ser importantes para el bienestar/malestar de los individuos y cumplir una función social en la comunicación, las emociones están íntimamente relacionadas con diversos sistemas fisiológicos que forman parte del proceso que podríamos denominar “salud-enfermedad”.

Lo que pensamos y sentimos durante una reacción emocional, se suele clasificar según ejes o dimensiones fundamentales: placer-desagrado, intensidad y grado de control (Atzer, 1985). En otras palabras, las emociones suelen provocar sensaciones muy agradables o muy desagradables, pueden ser más o menos intensas y el grado de control que tenemos sobre ellas es también variable.

El término “emociones negativas” ha cobrado mucha fuerza en los últimos años, y se refiere a las emociones que producen una experiencia emocional desagradable, como son la ansiedad, la ira y la depresión. Por el contrario el término “emociones positivas” se refiere a aquellos procesos emocionales que generan una experiencia agradable como la alegría, la felicidad o el amor (Palmero, 1999).

La literatura, y actualmente la televisión como un medio educativo informal pero avasallador, reafirman las emociones humanas: cólera, alegría, obsesión, tristeza, miedo, ansiedad y preocupación con todas sus aristas y combinaciones. Lo que se va modificando son las rutas que marca la sociedad para lograr la felicidad y aquello que, en teoría nos debe dar alegría, es decir, se generan nuevas formas de producir miedo, cólera y ansiedad.

Las relaciones interpersonales, cuya mejor expresión se da a través de las **emociones**, permiten a su vez modificar las relaciones entre el micro y el macrocosmos; particularmente facilitan una correspondencia interna entre los órganos y las emociones que afectarán los procesos corporales y energéticos de hombres y mujeres, dando como resultado un padecimiento que puede ir desde un desajuste energético, como los trastornos digestivos, la ansiedad y el miedo, hasta una enfermedad orgánica crónico-degenerativa, como el cáncer, la **diabetes**, la artritis, las enfermedades cardiovasculares entre otras (López, 2006).

Hablando de la diabetes y de las causas emocionales que pueden causar el padecimiento, se observó en las personas que recientemente se enteraron del diagnóstico, que el agente emocional más frecuente fue miedo grave, que abarcó desde las amenazas a la integridad física, hasta el derrumbe de las situaciones familiares preexistentes, que implicaban peligro de la integridad emocional a través de la pérdida del objeto (padre o madre en peligro inminente).

Por otro lado Dumber, 1980 considera que a veces preceden a la aparición de la diabetes períodos de trabajo agotador y fracaso sin esperanza de alivio. A muchos investigadores psiquiátricamente orientados les ha impresionado la notable pasividad y la forma infantil en que los enfermos diabéticos buscan el afecto y la atención.

Hablando en terminos psiquiátricos, autores como Hinkle y colaboradores (1975), hallaron que el traumatismo consistía en la reactivación de las necesidades infantiles, ante una nueva evidencia de rechazo o de privación debida a la pérdida de una figura maternal y sugerían que el diabético que maneja los hidratos de carbono como lo hace una persona hambrienta, está emocionalmente hambrienta de cariño.

Así mismo expresan que la diabetes está en relación a la necesidad de adquirir alimentos que simbólicamente expresan autoridad y afecto, así como seguridad en la primera infancia; también expresan que el diabético que come mucho tiene necesidad de una compensación oral, sobre todo frente a situaciones que le condicionen tristeza, agresión o tensión emocional.

El comer demasiado, especialmente la excesiva ingestión de dulces es a menudo un sustituto regresivo del amor y el cuidado; un medio para proporcionarse a sí mismo una satisfacción oral, cuando el sujeto se considera frustrado. El alivio de la tensión o la depresión entregándose a la comida puede, contribuir indirectamente a la aparición de la enfermedad.

En un principio en Alemania se llamó a ésta enfermedad zuckerharnruhr, es decir literalmente, diarrea de azúcar. Poniendo atención a la forma simbólica de la alimentación como la manejan Dethlefsen y Dahlke, se puede traducir libremente la diarrea de azúcar por diarrea del amor. El diabético por falta de insulina no puede asimilar el azúcar contenido en los alimentos; el azúcar escapa de su cuerpo por la orina. Sólo sustituyendo la palabra azúcar por la palabra amor

habremos expuesto con claridad el problema del diabético. Las cosas dulces no son sino sucedáneos de otras dulzuras. Detrás del deseo del diabético de saborear cosas dulces y su incapacidad para asimilar el azúcar y almacenarlo en las propias células está el afán no reconocido de la realización amorosa unido a la incapacidad de aceptar el amor, de abrirse a él. El diabético -y esto es significativo- tiene que alimentarse de “sucedáneos”: sucedáneos para satisfacer unos deseos auténticos. La diabetes produce la hiperacidulación o avinagramiento de todo el cuerpo y puede provocar incluso un coma (Dethlefsen, 2002)

En la mayoría de los escritos sobre patrones emocionales en la diabetes, encontramos que la agresión, en su forma de autodestrucción, es relevante. Podría, tal vez, decirse que es el intento suicida, constante a veces a través del coma, que implica tanto la llamada de atención hacia el sujeto, la necesidad de ser importante, como también la agresión desplazada para “hacer sentir culpable a otro” (padre o madre) de la agresión de que es o se cree sujeto el paciente.

Con frecuencia, el paciente con diabetes tiende a manipular su enfermedad o las consecuencias de ésta, ya sea con el objeto de llamar la atención o de cubrir sus necesidades de afecto y/o dependencia. Obteniendo entonces lo que se designa como ganancia secundaria (Chavarría, 1980).

2.4 DE ACUERDO A LA TEORIA DE LOS CINCO ELEMENTOS O CINCO MOVIMIENTOS

La teoría del **Yin - Yang** y la de **los Cinco elementos (o Cinco movimientos - Wu Xing-)** son las teorías fundamentales de la Medicina China. Sirven de base para los diferentes modos de razonamiento empleados en las interpretaciones fisiológicas, en las deducciones etiológicas y en las aplicaciones terapéuticas.

Hablando sobre el *yin – yang*, las propiedades básicas del *yin* son similares a las del agua (frialdad, obscuridad, tendencia a fluir hacia abajo, etc.), mientras que las propiedades básicas del *yang* son similares a las del fuego (calor, brillo, tendencia hacia arriba, etc.)

Desde este enfoque se toman en cuenta las relaciones entre el *yin y yang* para explicar la fisiología y patología del cuerpo humano y sirven de guía para el diagnóstico y tratamiento en el trabajo clínico (Guerín, 2000).

Cuando *yin y yang* están en equilibrio dinámico (salud) no hay síntomas que destaquen, al desequilibrarse originan los síntomas y estados patológicos, la degeneración y en caso extremo (separación de *yin y yang*) la muerte.

De igual modo, la medicina tradicional china ocupa *la teoría de los cinco elementos* para clasificar en diversas categorías los fenómenos naturales, la mayoría de órganos, tejidos y emociones humanas; e interpreta las relaciones entre la fisiopatología del cuerpo humano y el medio ambiente natural. Ya que el hombre vive en la naturaleza, los cambios climáticos y las condiciones geográficas, influyen considerablemente en sus actividades fisiológicas. Este hecho es manifestación de la dependencia del hombre con el medio ambiente así como su adaptabilidad a él.

Desde los orígenes se considera que estos 5 principios tienen entre ellos relaciones constantes: ellos se engendran recíprocamente y son condicionados los unos por los otros. Sus movimientos y sus cambios incesantes realizan un ciclo a lo largo del cual ellos se suceden continuamente, de donde su segunda denominación: << Los 5 movimientos >> (Auteroche, 1983).

Los cinco elementos de la tradición china son: la madera (el árbol), el fuego, la tierra, el metal (el hierro) y el agua, los cuales son indispensables para la vida diaria y las actividades productivas. Además la Medicina Tradicional China (MTC)

reconoce cinco emociones que relaciona con los cinco órganos: ira (hígado), alegría (corazón), raciocinio (bazo), tristeza (pulmón) y miedo (riñón), cuyo desequilibrio repercute sobre la salud del individuo.

Cuando en la MTC se hace referencia a los cinco órganos, no se habla de la función fisiológica del órgano tal y como lo conocemos en la medicina occidental sino más bien de su función en la economía energética global del organismo.

He aquí lo que se debe entender cuando se habla de los cinco órganos:

Hígado: tiene que ver con los mecanismos de respuesta emocional al medio externo y la actividad de los órganos;

Corazón: hace referencia al *centro de mando* del cuerpo (para los chinos antiguos es el emperador), que se manifiesta como conciencia e inteligencia;

Bazo: regula la distribución de los elementos nutritivos en el organismo, así como el metabolismo, proporcionando fuerza y resistencia al cuerpo físico;

Pulmón: regula diversas funciones corporales y mantiene el equilibrio cibernético del sistema energético global;

Riñón: hace referencia al sistema que regula las reservas nutritivas y el uso de la energía. De él depende la fuerza vital de los seres humanos (Guasch, 2005)

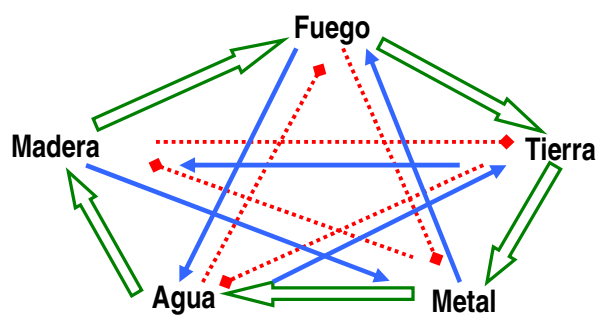
En el terreno médico, y la aplicación de la teoría de los cinco elementos, hay una analogía del universo con el cuerpo que es conceptualizado como un microcosmos y encuentra una estrecha relación de los cinco elementos con los órganos del cuerpo; así cada elemento corresponde a dos órganos: madera- hígado -y vesícula biliar, fuego- corazón e intestino delgado, tierra -bazo- páncreas, estómago; metal – pulmón - intestino grueso; agua – riñón - vejiga. Esto significa que la relación que existe en el medio ambiente con los cinco elementos es la que se guarda al interior del cuerpo. El equilibrio entre lo endógeno y lo exógeno.

Significa también, interpretar la relación de interdependencia e intercontrol entre los órganos zang-fu y los tejidos y la correlación entre el hombre y la naturaleza aprovechando la relación de intergeneración, interdominancia, y contradominancia de los cinco elementos; interpretar los cambios etiológicos y el mecanismo de la enfermedad.

Cada una de las energías básicas está representada en el organismo humano por un órgano *yin* o taller y un *yang* o tesoro; cada uno está asociado a su vez con una emoción. De estas asociaciones se forman tres tipos de relaciones que marcan la dirección del flujo energético.

- Relación creativa o de intergeneración, que mantiene el equilibrio y el ciclo de la energía. Los elementos están dispuestos de la siguiente manera: madera, fuego, tierra, metal y agua, e interactúan cada cual con un órgano tesoro y un órgano taller, así como con una emoción específica.
- Relación de interdominancia, causante de un tipo de desequilibrio en el curso de la energía; se origina cuando un órgano no funciona bien por dificultades exógenas o endógenas, por ejemplo madera domina tierra; tierra domina al agua, agua al fuego, fuego al metal y metal a madera. Cuando se manifiesta este tipo de relación aparecen síntomas y algunas enfermedades que consideramos comunes.
- Relación de contradominancia, cuando el flujo energético está tan desequilibrado que corre en dirección opuesta al de la relación de intergeneración; esta relación se concreta cuando un órgano tesoro ha sido dominado por el órgano taller; es decir, el órgano que capta la calidad de la energía es desplazado por el órgano que la procesa y distribuye a los demás elementos; es en esta relación donde se construyen las enfermedades crónico-degenerativas (Espinoza, 2006).

Madera	Fuego	Tierra	Metal	Agua
Hígado	Corazón	Bazo-páncreas	Pulmón	Riñón
Vesícula Biliar	Intestino delgado	Estómago	Intestino grueso	Vejiga

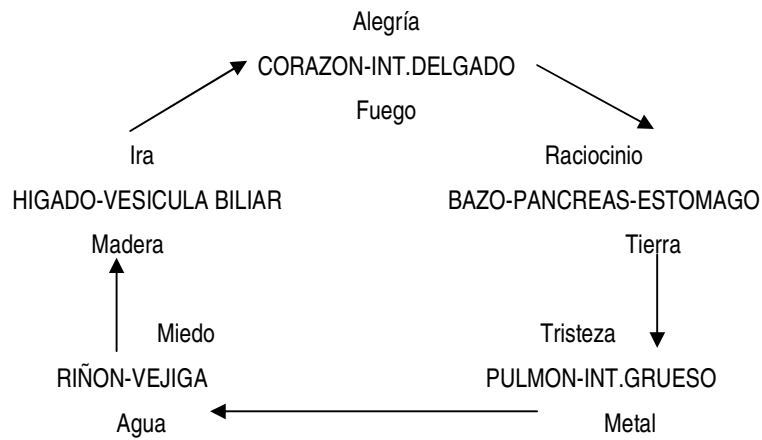


RELACIONES QUE SE EFECTUAN ENTRE LOS 5 ELEMENTOS

- INTERGENERACION
- INTERDOMINANCIA
- CONTRADOMINANCIA

Los cinco elementos y sus relaciones de intergeneración, interdominancia, y contra-dominancia son usados como un método de orientación en el diagnóstico de la enfermedad.

Cuando el funcionamiento de uno de los órganos no es óptimo puede afectar o contagiar a los demás órganos. De acuerdo a la teoría de los cinco elementos, los complejos cambios que se dan en una enfermedad se presentan bajo las siguientes condiciones; exceso en dominancia, contra-dominancia, desordenes de la madre que afectan al hijo y viceversa (Sussmann, 2003).



Relación de los cinco elementos con los órganos del cuerpo y las emociones.

De acuerdo a la teoría de los cinco elementos y llevando esto al *cómo se afectan los órganos en la diabetes*. A continuación se explica teóricamente como se construye la diabetes de acuerdo a la teoría de los cinco elementos o cinco movimientos y a la concepción china.

Como se podrá observar en el siguiente capítulo, los pacientes entrevistados concuerdan en que las emociones más experimentadas cuando tienen su azúcar alta son **el miedo, la ansiedad, la tristeza y el enojo**, de igual modo, al preguntarles sobre las emociones que recuerdan haber vivido con más frecuencia antes de recibir su diagnóstico coinciden con las ya mencionadas.

El miedo es un factor reconocido en la clínica como disparador de ciertos casos de diabetes de instalación brusca. Según la medicina china el miedo daña al riñón; el estrés, la ansiedad, el exceso de preocupaciones dañan al bazo; la tristeza al pulmón; el enojo, la ira, al hígado. Las emociones en exceso dañan a los órganos correspondientes de la ley de los 5 movimientos.

Los órganos involucrados en este padecimiento: BAZO – PANCREAS – ESTOMAGO están relacionados con el elemento **Tierra**. La tierra nos provee el alimento, nos da soporte, sustento y estabilidad. Es la estructura que sostiene la energía. La tierra nos conecta con nosotros mismos. Es considerada “la madre”

porque produce, transforma y luego entrega sus frutos generosamente para nutrir. Representa el hogar, el centro, y por tanto está conectada con el resto de los elementos. Cuando el elemento tierra está desequilibrado, como es el caso de la diabetes, se presenta la obsesión, preocupación constante, falta de independencia, falta de conexión con uno mismo, poca estabilidad y autoconfianza.

Psíquicamente, el bazo nos da la capacidad de pensar, de reflexionar, de concentrarse, estudiar, memorizar, y procesar información. El proceso de digestión de alimentos y de “digestión” (asimilación) de información están muy relacionados. La función del bazo es transformar los alimentos, los pensamientos y las emociones para ser asimilados y utilizados por el organismo. Si hacemos un esfuerzo intelectual intenso tendremos apetencia por el dulce. Las personas con un desequilibrio en el elemento tierra suelen tener pensamientos obsesivos, en redondo, y también poca memoria.

En el nivel emocional, la función del bazo se relaciona con la capacidad de dar y recibir soporte, nutrición, afecto, “alimento emocional”. La función del bazo se relaciona con la madre, desde el momento en que nacemos y establecemos el primer contacto con la madre mamando de su pecho queda fijada la relación alimento-afecto-seguridad-protección. Este primer momento de conexión con la madre es muy importante para el futuro desarrollo de la autoconfianza del ser.

Nuestra habilidad para dar y recibir afecto está íntimamente relacionada con la función del bazo. Las personas que tienen falta del elemento tierra, siempre necesitan apoyarse en otros (aún en la edad adulta). La nutrición (asimilación) no depende tanto de la “materia” que comemos sino de lo que absorbemos y esto depende de la función del Bazo/Estómago (Guerín, 2000).

La explicación de los médicos orientales en comparación con los occidentales es que los primeros no enfocan tanto su atención a la estructura detallada de los órganos y sistemas del cuerpo, sino que su atención se centra en el cuerpo de energía subyacente y sustentante que anima la forma física.

Desde la perspectiva occidental, la anatomía del bazo está muy desarrollada se sabe de la estructura de los tejidos, sobre su vascularización y detalles específicos de su tamaño, forma, ubicación, soporte, posición en relación con otros órganos, sin embargo, existe muy poco conocimiento con respecto a su función.

El páncreas se conoce de la misma forma detallada que el bazo, y su función es comprendida hasta cierto punto, se ve como algo necesario para suplir las secreciones hormonales tan pronto como el equilibrio del azúcar se ve claramente deteriorado, sin embargo, la posibilidad de reparar esa función ni siquiera se toma en cuenta.

Por otro lado la ciencia médica oriental no proporciona casi ninguna descripción del bazo o del páncreas. Hay algunos dibujos simples hechos de vez en cuando por médicos curiosos, los cuales tienden a mostrar al bazo como un órgano redondo en el hipocondrio izquierdo, con una larga cola que llega casi hasta el hígado. Esta cola es evidentemente el páncreas, pues no hay conocimiento de éste como un órgano separado. **Las funciones del páncreas se consideran como parte de la órbita funcional del Bazo.** Se especifica que el Bazo es el controlador de las funciones digestivas. Alberga al Shen o espíritu humano. Se comunica con el pulmón debido a que comparten el mismo tipo de diferenciación de la energía e interviene en síndromes de enfermedad que involucran muchos otros órganos. Hace pareja con el estómago, y juntos constituyen el Calentador Medio, dentro del cual ocurre el proceso de la digestión. Su energía es el gran **Yin**, y por lo tanto es el principio mismo del ciclo de la vida, que empieza con la ingestión de Aire en los Pulmones y la digestión de la comida en el tubo digestivo del Estómago y los intestinos. Como el Bazo es la función total, regula el equilibrio y nutre, pero no digiere directamente los alimentos (Sohn, 1998).

En la Medicina Tradicional China, la diabetes es “una enfermedad por calor”, una enfermedad en la cual hay una plenitud del Fuego, denominada Xiao Ke o Xiao Dan (Xiao= consumición, consunción, desgaste) y se le reconoce como causas: una alimentación grasosa y dulce y también ciertos factores psíquicos.

En el capítulo 47 del **Nei Jing Su Wen**, Huang Di, el emperador amarillo, pregunta a Qi Bo su médico y consejero de salud: *“Cómo se forma y como se llama la enfermedad que hace la boca dulce?”* Entonces Qi Bo le contesta *“Es un desbordamiento de los 5 Qi que se llama calentamiento del bazo (Pi Dan)”* y le explica que los alimentos grasosos provocan un calor interno que daña los líquidos internos Jing, y los alimentos dulces una repleción del calentador medio, lo que tiene por consecuencia una subida hacia arriba del Qi y la aparición de la diabetes (**Xiao Ke**).

Esta se manifiesta por diversos síntomas relacionados con los tres calentadores, superior, medio e inferior.

La sed extrema y la gran necesidad de bebidas se deben al calor de los pulmones: Shang Xiao (consunción superior).

El hambre extremo y el gran consumo de alimentos se deben a la acumulación de calor en el estómago y el bazo: Zhong Xiao (consunción media).

El orinar frecuentemente con dolor y cansancio lumbar se debe al hecho de que el calor daña el Yin de los riñones. Entonces la esencia no puede transformarse en Qi, es el Xia Xiao (consunción inferior)

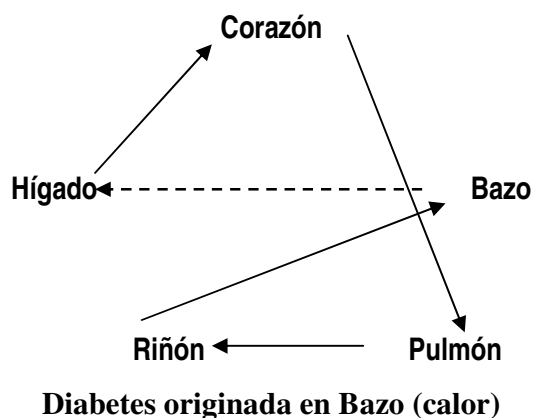
Si queremos expresar esto según la teoría de los Cinco Movimientos, podemos decir, que hay una desregulación del bazo y el corazón, de la Tierra y del fuego. El calor interno es la causa de la enfermedad. En cuanto al calor del hígado, si no parece por si solo suficiente para provocar la diabetes, en todo caso puede favorecer su aparición.

El fuego es el corazón y los vasos sanguíneos (Fuego emperador) y también es el triple calentador -los tres calentadores- (Fuego ministro).

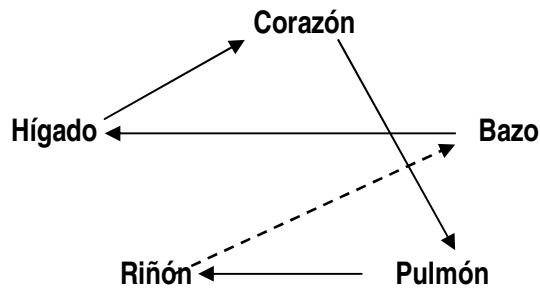
También, si razonamos según la ley de dominancia, se puede decir que la enfermedad del hijo (bazo) se transmitió a la madre (corazón) o que el bazo domina el riñón, la Tierra domina el Agua y esta en insuficiencia no puede controlar el Fuego del corazón. La dialéctica china permite numerosas interpretaciones. Lo importante es entender bien que de todos modos el Yin del bazo (Es decir el Jing) se ve lesionado. El exceso de calor reseca los líquidos y el Jing; los chinos modernos dicen: “de las secreciones internas”. La energía esencial Jing se ve asimilada aquí con la insulina (Requena, 1982).

Según el **Nei Jing Su Wen** existen dos tipos de transferencia de la energía perversa que dan dos tipos diferentes de diabetes, uno por calor, exceso de alimentación y de preocupación, que afecta a las personas gordas y el otro por frío y miedo, que afecta a las personas delgadas.

Para representarles según la ley de los 5 movimientos, se grafican a continuación:



Así se tiene, según la descripción clásica, que también es la más antigua y por ende la más tradicional, el “circuito” de transmisión de calor a partir del Bazo, que puede provocar la diabetes.



Diabetes originada en Riñón (frío)

Así se tiene, según la descripción clásica, el “ circuito “ de transmisión de frío a partir de Riñón, que también puede provocar la diabetes.

De paso se puede ver como la dialéctica china tradicional combina las diversas reglas internas de la ley de los 5 movimientos (Roustang, 1984)

Como se pudo notar en este capítulo, la diabetes según los autores ya citados, se va construyendo también a causa de los factores emocionales que vive el individuo, iniciando en el ambiente familiar y social al que pertenece.

De igual modo, aspectos como el estrés y la depresión pueden influir sobre la salud, porque modifican las funciones fisiológicas de los organismos. Cuando así ocurre, empiezan a manifestarse síntomas físicos que avisan de posibles o ya instaladas enfermedades.

La medicina tradicional china desde hace miles de años, ha visto al hombre como parte importante del ecosistema, y como tal lo ha tratado, de tal modo que al no visualizar al individuo como un ser separado sino como un microcosmos influenciado tanto por su ambiente externo como por el interno, ha propiciado ser un método efectivo como ejemplo a seguir por los países occidentales. Ya que estos últimos todavía siguen teniendo visiones fragmentarias sobre la manera de tratar y curar.

La idea es retomar el mensaje general: empezar a ver al hombre en forma holística, completa, entendiendo que si se descuida algún aspecto, ya sea corporal, energético o espiritual, será más fácil que hagan presencia los padecimientos.

CAPÍTULO III

DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar como se construye la Diabetes Mellitus y analizar el origen de este padecimiento desde la perspectiva psicosomática.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Reseñar y resumir las nociones generales acerca de los padecimientos psicosomáticos y de la diabetes.
- 2.- Describir las características de la Diabetes Mellitus e indicar el tratamiento y complicaciones de la misma.
- 3.- Explicar los factores más frecuentes que contribuyen a que se manifieste la Diabetes.
- 4.- Analizar el origen de la Diabetes desde el enfoque psicosomático y describir como se construye la enfermedad en la población estudiada.

3.2 MÉTODO

La investigación cualitativa trata de descubrir, no “la realidad” sino las estructuras y los sistemas dinámicos que subyacen a los eventos observados. Por lo que se realizó un análisis de tipo cualitativo sobre las causas más frecuentes que influyen para que se manifieste la diabetes, para lo cual se llevó a cabo una revisión teórica sobre el tema en los capítulos I y II. Donde también se analizó el origen de la diabetes desde el enfoque psicosomático. Tomando en cuenta los datos de las historias de vida referidos por los pacientes entrevistados en el capítulo III.

Esta metodología estuvo apoyada por el enfoque teórico conocido comúnmente como “Método de la historia de vida”, ó Método Biográfico, ya que este parte del antecedente de que los individuos llevan en sí mismos, todas las evidencias reales ya vividas en sociedad, porque las personas a estudiar reflejan los grupos sociales a los que han pertenecido y toda la cultura, mitos, valores, etc. en los que ha transcurrido su existencia.

Es indudable que los sistemas socio-culturales están constituidos, entre otros factores por las experiencias conscientes de sus actores sociales, a través de procesos cognitivos y de la relación Inter-activa recíproca. Los relatos personales son una especie de termómetro que nos permite mostrar la complejidad extrema de las trayectorias vitales de los sujetos (y también de los grupos primarios. Familia, pandilla, hermandad, pequeña comunidad), mostrando la irreductibilidad (parcial) de estos procesos a los modelos normativos de la sociedad.

El modo en que se obtuvieron los datos fue a través de una entrevista previamente estructurada con aproximadamente 110 preguntas abiertas (ver anexo) relacionadas con la historia de vida de las personas y con el padecimiento conocido como diabetes.

DESCRIPCION DE LOS SUJETOS:

La población entrevistada fue de treinta personas adultas (mayores de edad), de sexo indistinto, que han sido diagnosticadas como diabéticas, y quienes actualmente están bajo tratamiento médico. De clase socioeconómica variable y que viven en el Distrito Federal o Área Metropolitana.

SITUACION Y ESCENARIO

La mayor parte de las entrevistas, se realizaron a personas que asisten a consulta y seguimiento a la Asociación Mexicana de Diabetes (A.M.D.), donde se le facilitó al entrevistador un cubículo. La otra parte de las entrevistas se aplicó a personas conocidas por el entrevistador que cumplieran con las características mencionadas como requisito.

El escenario (en la A. M. D.) fue un salón de aproximadamente 4 por 6 metros, con ventanas y luz natural, una mesa y sillas.

Los pacientes que eran conocidos por el entrevistador, fueron citados en algún parque conocido, en el que se buscó una banca que no estuviera al alcance de la vista de la gente para que el entrevistado se sintiera con más confianza de expresarse.

INSTRUMENTOS Y MATERIALES.

El contenido del instrumento utilizado como entrevista, (ver anexo) estuvo estructurado con preguntas abiertas considerando los siguientes aspectos.

- A) Datos Generales
- B) Nacimiento
- C) Relaciones con la familia de origen
- D) Relaciones con su Familia Actual
- E) Padecimiento
- F) Alimentación
- G) Sueño
- H) Actividades Personales
- I) Sexualidad y Salud

Los materiales utilizados fueron:

- Grabadora Compacta Sony.
- Cassettes
- Block de notas
- Bolígrafo
- Klinex

3.3 PROCEDIMIENTO

Las entrevistas fueron aplicadas a dos grupos de pacientes.

1er grupo: Pacientes que acuden a consulta a la Asociación Mexicana de Diabetes (A.M.D.)

Después de conseguir autorización en la A.M.D. para que el entrevistador pudiera realizar su trabajo, se procedió a aplicar la entrevista a personas que ese día acudían a su consulta y contaban con el tiempo necesario (si no contaban con el tiempo necesario en ese momento, se tomaron sus datos personales para contactarle posteriormente y establecer otra fecha para su sesión de entrevista).

Se buscó un lugar cómodo, apropiado para realizar las entrevistas. En el caso de las personas que acuden a consulta a la A.M.D. se les aplicó la entrevista en el cubículo designado por la presidenta de la Asociación, un cubículo con puerta para procurar la privacidad con el paciente, provisto con lo necesario, un escritorio, y dos sillas.

2º grupo: En el caso de los pacientes contactados o conocidos por el entrevistador, el lugar más comúnmente ocupado, fue algún parque cercano a la casa del paciente y algunas entrevistas se realizaron en la casa de los mismos (muy pocas ocasiones, solo en aquellos casos donde el paciente no pudo trasladarse a otro lugar). Una vez en el lugar ocupado se procedió a informar al paciente del tiempo aproximado de la entrevista, previniéndole que muchas preguntas le harían recordar eventos agradables y desagradables de su historia de vida. Se le puso sobre aviso de las recomendaciones generales para llevarse a cabo durante la entrevista.

Finalmente se procedió a la aplicación de las entrevistas, interrumpidas en su mayoría por el llanto de los pacientes, al recordar ciertas vivencias, involuntariamente empezaban a llorar y terminaban tomando un pañuelo de papel, tratando de sobreponerse.

Con los datos recabados en las entrevistas se realizó un análisis de la construcción del padecimiento conocido como Diabetes, considerando las siguientes categorías:

A) DESARROLLO Y RELACIONES FAMILIARES

En este ámbito se analiza como fue su desarrollo físico y emocional, de acuerdo al modo de aprendizaje que tuvo en su relación con los miembros de su familia de origen, es decir, la relación que tuvo con cada uno de sus padres y hermanos. El cómo vivió sus etapas de desarrollo: infancia, adolescencia. Se toma en cuenta también la estructura de su familia actual, así como la relación que tiene con su pareja y actualmente como padre o madre con sus hijos.

B) ALIMENTACION

En este espacio se analiza cuál ha sido la alimentación que ha llevado el paciente a lo largo de su vida y cuáles son sus hábitos alimenticios. La manera en como ha afectado su forma de comer en su peso corporal, en su estado de salud general y en el desarrollo de la diabetes.

C) ACTIVIDADES PERSONALES

Se observa la forma en que organiza y ocupa su tiempo libre. Las actividades que le gusta y no le gusta hacer. Notar si tiene algún vicio, por cuánto tiempo y el cómo le afecta. Si ha realizado actividad física (ejercicio) a lo largo de su vida, y si no, ver el modo en que este sedentarismo le ha afectado para su padecimiento actual.

D) SEXUALIDAD Y SALUD GENERAL

Se toma en cuenta que el número de embarazos en las mujeres entrevistadas varía, que algunas mujeres han tenido abortos por causas de salud o provocados. Cómo describen su vida sexual, si actualmente usan o no métodos anticonceptivos. Si su vida sexual ha sido afectada por la diabetes.

E) PADECIMIENTO Y CONCEPCION DEL MISMO

En este punto se analizan los aspectos relacionados con el padecimiento, esto es, el tiempo que se ha vivido con la enfermedad, los síntomas más frecuentes. Y por supuesto la forma en que el paciente percibe su padecimiento, poniendo atención a las emociones que experimenta con más frecuencia antes y después del diagnóstico, así como a las creencias que tiene respecto a las causas por las que desarrolló este padecimiento.

3.3 RESULTADOS

En la tablas 1-A y 1-B “Datos generales” se muestran que las edades de las personas que conformaron la población están entre 32 y 81 años de edad, sus estaturas son desde 1.45 mts. Hasta 1.81 mts., y sus pesos corporales van desde 46 kg hasta 103 kg el más elevado.

En cuanto al tipo de sangre de los entrevistados se encontró que la mayoría no sabe su tipo de sangre, los demás se encuentran clasificados dentro de los tipos: “O” positivo, “O” negativo ó “A” positivo. La intención en este rubro, era notar si el tipo de sangre estaba o no relacionado con el padecimiento.

La información de los demás “datos generales” solo se mencionan (incluyendo las tablas) para que sea más fácil ubicarse en los contextos de los entrevistados, así como para que en forma general se observen las características de la población estudiada. De esta manera se encontró: Que hay catorce personas que actualmente están casadas, las demás algunas son separadas, hay tres madres solteras, dos solteros sin hijos y seis viudos. Sus escolaridades van desde primaria hasta licenciatura ó ingeniería. La mayor parte de los entrevistados dicen ser católicos, una es bautista, algunos se denominan creyentes y solo una persona dice no tener ninguna religión.

TABLA 1-A “Datos Generales”

Nombre	Edad	Estatura	Peso	Tipo de sangre	E. Civil	Escolaridad	Religión
1.- Julia	54 años	1.55 mts.	65 Kg	“O” positivo	Casada	Secundaria	Católica
2.- Daniel	57 años	1.81 mts.	89 Kg	“O” positivo	Casado	Maestría	Católica
3.- Ma. Elena	32 años	1.50 mts	46 Kg	“A” positivo	Casada	2° Secundaria	Católica
4.- Julia R.	34 años	1.65 mts.	94 Kg	No lo sé	Casada	1er. Bachiller.	Católica
5.- Araceli	36 años	1.55 mts.	90 Kg.	No lo sé	Casada	Secundaria	Ninguna
6.- Hortensia	59 años	1.50 mts.	80 Kg.	“O” negativo	Viuda	Comercio	Creyente
7.- Gabriela	39 años	1.60 mts.	103 Kg	“A” positivo	Casada	Enfermera Tec	Católica
8.- Guadalupe	46 años	1.66 mts.	63 Kg.	“A” positivo	Madre soltera	Secundaria	Católica
9.- Euge	50 años	1.63 mts	65 Kg.	No sé	Casada	Secundaria	Bautista
10.-Pachita	55 años	1.67 mts.	70 Kg.	No sé	Casada	4° Primaria	Católica
11.-Faustino	81 años	1.59 mts.	56 Kg.	Lo olvidé	Casado	Ing. Mecánico	Católica
12.-Maru	32 años	1.54 mts.	63 Kg.	No me lo sé	Soltera	Secretariado	Católica
13.-Martina	56 años	1.51 mts.	72 Kg.	No me lo sé	Viuda	Primaria	Creyente
14.-Raquel	67 años	1.52 mts	74 Kg.	“O” positivo	Viuda	Comercio	Católica
15.-José	56 años	1.58 mts.	57 Kg.	“O” negativo	Separado	Primaria	Católica
16.-Margarita	62 años	1.55 mts	60 Kg.	No lo recuerdo	Casada	4° primaria	Católica
17.-Susana	70 años	1.65 mts	107 Kg.	“A” positivo	Viuda	Secretariado	Católica
18.-Juan	60 años	1.66 mts.	96 Kg.	No sé	Separado 3 v.	Primaria	Católica
19.-Hugo	53 años	1.70 mts.	83 Kg.	No lo sé	Separado	Contador Púb.	Católica
20.-Gloria	36 años	1.57 mts.	67 Kg.	No sé	Casada	Primaria	Católica
21.-Ricardo	75 años	1.60 mts.	63 Kg.	No lo sé	Viudo	Bachillerato	Católica
22.-Graciela	52 años	1.52 mts.	52 Kg.	“O” positivo	Separada	Primaria	Creyente
23.-Samuel	34 años	1.69 mts.	90 Kg.	“A” positivo	Soltero	Arquitecto	Católica
24.-Mariano	52 años	1.73 mts.	95 Kg.	No sé	Separado	Vocacional	Creyente
25.-Fanny	73 años	1.45 mts.	64 Kg.	No lo sé	Viuda	4° Primaria	Creyente
26.-Carlos	62 años	1.65 mts.	72 Kg.	No sé	Casado	2° Secundaria	Católica
27.-Mary	51 años	1.53 mts.	60 Kg.	“O” negativo	Madre soltera	Primaria	Católica
28.-Roberto	38 años	1.75 mts.	80 Kg.	“O” positivo	Casado	Contador	Católica
29.-Sandra	58 años	1.54 mts.	72 Kg.	“A” positivo	Casada	Secundaria	Católica
30.-Narciso	74 años	1.70 mts.	75 Kg	No lo sé	Casado	Primaria	Creyente

Más de la mitad viven en el Distrito Federal, distribuidos en las diferentes delegaciones y los demás habitan en el Estado de México. Casi todos tienen casa propia y solo algunos pagan renta. Quienes tienen casa propia tienen viviendo ahí desde cuatro a cincuenta años.

TABLA 1-B “Datos Generales”

Delegación o Municipio	Casa propia o paga renta.	Cuenta con todos los servicios	Lugar que más ocupa de la casa	Tiempo viviendo aquí?	Dónde vivió antes?	Por qué cambió de domicilio?
G.A.M.	Propia	Sí	Comedor	12 años	V. de las flores.	Mejores servicios
Miguel Hidalgo	Propia	Sí	Biblioteca	30 años	Del. V.Carranza	Porque me casé
Cuauhtémoc	Propia	Sí	Ninguno especial	5 años	Del. M. Hidalgo	Porque me separé
Nezahualcoyotl	Pago renta	Sí	Sala	17 años	Neza. Otra Col.	Porque me casé
Ecatepec	Propia	Sí	La cocina	19 años	En el D.,F.	Porque me casé
Naucalpan	Propia	Sí	Cocina y recam.	39 años	En el D.,F.	Porque me casé
Miguel Hidalgo.	Propia	Sí	La recamara	13 años	Col. Anahuac	Porque me casé
Tlanepantla	Propia	Sí	La sala	13 años	Tlane otra Col.	Me dieron casa
G.A.M.	Propia	Sí	Sala y recamara	20 años	En el D.,F.	Porque me casé
Azcapotzalco	Propia	Sí	Cocina y sala	28 años	En Michoacán	Venirnos al D.,F
Iztapalapa	Propia	Sí	La sala	25 años	En la lagunilla	Me volví a casar
Azcapotzalco	Pago renta	Sí	Casi no estoy	2 años y medio	Azcap. Otra Col.	Por trabajo cerca
Cuauhtémoc	Propia	Sí	La recamara	39 años	Cuauh. Otra Col.	Porque me casé
Alvaro Obregón	Propia	Sí	Cocina	42 años	Con mi mamá.	Porque me casé
Tultitlán	Propia	Sí	La sala	27 años	Tult.otra Col.	Porque me separé
Benito Juárez	Propia	Sí	Sala y mi puesto	38 años	En la M.Hidalgo	Iba a ser mamá
Benito Juárez	Propia	Sí	La sala	10 años	En Sta. Julia	Me fui c/un señor
G.A.M.	Propia	Sí	Sala y recamara	43 años	En la lagunilla	Me casé a los 15
Venustiano C.	Es de mi papá	Sí	La sala	4 años	C.esposa e hija	Porque me separé
Tultitlan	Propia	Sí	La sala	16 años	Tult. Otra Col.	Porque me casé
Cuajimalpa	Propia	Sí	La biblioteca	50 años	En Polotitlán	Porque me casé
Miguel Hidalgo	Pago renta	Sí	La sala	11 años	En el Edo. Mex.	Porque me separé
Coyoacan	Propia	Sí	La recamara	34 años	Siempre aquí	Siempre aquí
Ecatepec	Pago renta	Sí	La recamara	4 años	C. Esposa e hijas	Porque me separé
Tultitlan	Es de mi hijo	Sí	La cocina	8 años	Con mi otro hijo	Murió mi esposo
Tultitlan	Propia	Sí	La sala	41 años	Otro municipio	Porque me separé
Coacalco	Propia	Sí	La cocina	10 años	En el D.,F.	Porque me casé
V. Carranza	Propia	Sí	Sala	10 años	Misma Del.	Nos dieron casa
Miguel Hidalgo	Pago renta	Sí	Cocina	6 años	En Xochimilco	Conveniencia
Coacalco	Propia	Sí	Sala	40 años	En Provincia	Venir a la Ciudad

En la tabla 2 “Información sobre el nacimiento” se observa que la mitad de los pacientes nacieron en el Distrito Federal, mientras que la otra mitad provienen de Estados como: Michoacán, Querétaro, Torreón, Hidalgo, Veracruz, León Guanajuato, Toluca y Estado de México.

Los 30 dicen haber nacido por parto natural, no hubieron cesáreas, y 6 de los treinta fueron asistidos por una partera como era antes la costumbre. Ninguno tuvo dificultades al nacer y todos dicen haber tomado leche materna.

TABLA 2 “Información sobre el nacimiento”

Dónde nació?	Nació por parto natural o por cesárea?	Tuvo alguna dificultad al nacer?	Tomó leche materna?
1.- En el Distrito federal	Parto normal	No	Sí
2.- En el Distrito federal	Parto normal	No hubo dificultades	Sí
3.- En el Distrito federal	Parto normal	No hubo dificultades	Sí
4.- En el Estado de México	P.natural	Sin complicaciones	Sí
5.- En el Distrito federal	P.natural	Sin complicaciones	Sí
6.- En el Distrito federal	Parto normal	Sin complicaciones	Sí
7.- En el Distrito federal	P.natural	Sin complicaciones	Sí
8.- En el Distrito federal	P.natural	Sin complicaciones	Sí
9.- En el Distrito federal	Parto normal	Sin complicaciones	Sí
10.- En Michoacán	Parto normal	Sin complicaciones	Sí
11.- En Querétaro	P.natural	No que yo sepa	No, pues éramos muchos
12.- En el Distrito federal	Parto normal	No.	Sí
13.- En el Distrito federal	Parto normal	No.	No, nunca me ha querido
14.- En Torreón	Bien pero muy chiquita	No, pero nació muy chiquita	Sí, y leche de formula
15.- En el Distrito federal	Parto normal	Sin complicaciones	Sí
16.- En Hidalgo	Parto normal	Sin complicaciones	Que yo sepa no
17.- En el Distrito federal	Parto normal	Sin complicaciones	Sí
18.- En el Distrito federal	P.natural	Sin complicaciones	Sí
19.- En el Distrito federal	Parto normal	No hubo dificultades	Sí
20.- En el Estado de México	Parto normal	Sin complicaciones	Sí
21.- En Toluca	P.natural	Sin complicaciones	Sí
22.- En el Estado de México	P.natural.	Sin complicaciones	No, nunca le interesé
23.- En el Distrito federal	P.natural	Sin complicaciones	Sí
24.- En Tlalnepantla	Natural con partera	Sin complicaciones	Sí
25.- Coatzacoalcos	Parto normal con partera	No.	Sí
26.- En el Estado de México	P.normal	No.	Sí
27.- En el estado de México	Parto normal	No.	Sí
28.- En León Guanajuato	P. normal	Sin complicaciones	Sí
29.- En Querétaro.	Parto normal	No.	Sí
30.- Edo.Mex.	Parto normal	Sin complicaciones.	Sí

En las tablas 3 “Crecimiento y Relación con la Familia de origen” se observan datos que se refieren al crecimiento y desarrollo de los pacientes así como de las relaciones familiares, empezando con la familia de origen. De este modo se encontró que, dieciocho de los entrevistados convivieron con sus dos padres y hermanos, los demás vivieron solamente con su madre o con algún abuelo o abuela o una tía. El número de hermanos que tuvieron en su familia de origen fue desde uno hasta catorce. Cinco mencionan que fueron hijos únicos, de los cuáles solo una es mujer.

Poco menos de la mitad, dicen haber sido criados y educados por sus dos padres, hay casos en donde la madre salió adelante sola con uno o más hijos. En varios casos fueron apoyados por uno o los dos abuelos. El caso de Pachita en el que murieron sus dos padres cuando ella era una niña, refiere que tuvieron que educarse entre hermanos como pudieron.

La mayoría opina que la educación que recibieron fue buena, en el sentido de que gracias a esas experiencias y a lo que les transmitieron, aprendieron las bases para vivir. Algunos como Daniel mencionan que: *“Fue buena la educación que me dieron porque me enseñaron a ser independiente”* y como Maru quien dice: *“Fue muy buena porque nos dieron mucho cariño y educación moral”*. Ma. Elena, Faustino, Euge y José puntualizan que les faltó cariño y atención.

TABLA 3-A “Crecimiento y Relaciones con la Familia de Origen”

Por cuantas personas estaba compuesta su familia de origen?	Quién se encargó de su crianza y educación?	Qué opina de la educación que le dieron?	De dónde son originarios sus padres y hermanos?	Cómo era la relación con su padre?
1.- Padres, Abuela y 5 hijos incluida yo.	Mi madre y mi abuela	Que es muy valiosa por las bases morales que me hicieron ver las cosas.	Madre-Jalapa, Padre-Toluca	Mi padre era muy enérgico, no nos dejaba salir a la calle.
2.- Mis padres y yo (único hijo)	Más mi madre que mi padre	Buena, me enseñaron a ser independiente	De Michoacán	Era muy buena, aunque a veces era impositivo.
3.- Mis papás, abuelos, mi hermana y yo.	Mi mamá pero como tenía que trabajar, no nos daba mucho tiempo.	Pienso que no fue muy sólida, nos hizo falta cariño.	Todos del D.F.	Padre ausente, regresó pero tomaba y nos maltrataba, mejor no hubiera vuelto
4.- Mis papás y 6 hijos incluyéndome.	Mi mamá, pero le faltó darnos más tiempo iba a trabajar	Que fue buena, de chica no pensaba así ahora es diferente.	Del Estado de México	Siempre fue buena, siempre he sentido más confianza con él
5.- Mamá, abuelitos, 4 hermanas, mi papá está en E.U.	Mi mamá y mis abuelitos	Buena mi abuelo era consentidor, mi abuela enérgica y mi mamá término medio	Del D.F	Lo que recuerdo de él es que nos llevábamos bien hasta que se fue.
6.- Mamá, 5 hijos, mi papá tenía otra familia.	Mi mamá y como podía, cocía ajeno, aplicaba inyecciones	Era dispareja porque mi papá tenía otra familia y no me sentía querida.	Mamá del D.F Papá de Toluca	Yo me escondía cuando él llegaba, le tenía miedo, era agresivo.
7.- Mis papás y conmigo 5 hermanos.	Mis padres	Que fue buena pues me ha ayudado	Padre de Guerrero, Mamá de Guanajuato, Hnos.D.F	Bien pero me costaba trabajo acercarme
8.- Mis papás, 8 hijos dos mujeres y 6 hombres.	Mis padres	Fue buena aunque me faltó atención pues éramos tantos.	Solo mi mamá de León, los demás del D.F.	Estricto pero demostraba más su cariño, era bailaror
9.- Mi mamá, y fuimos 8, 4 y 4.	Yo sola me eduqué y ayudé a educar a los chicos.	Me enseñaron lo que no se debe hacer, pero sin afecto	Todos del D.F	Solo lo veía para pedirle dinero, se escondía no quería dar
10.- Mis padres, cinco hijos fueron 4 hombres y yo.	Cada uno como pudo, entre nosotros nos educamos y mi mamá se dejó morir después de que murió mi padre.	La educación que tuvimos fueron puras cosas tristes, amargas, pero sino no seríamos así.	De Michoacán todos	Era muy cariñoso, tengo un bonito recuerdo, lo mataron cuando yo tenía 9 años y yo lo vi.
11.- Mis padres, 4 hijos y medios hermanos.	Primero una hermana mayor, luego unos tíos.	No me trataron muy bien, pero pude estudiar, faltó cariño	Papá de Guanajuato, mi madre Queretana, Hnos. de aquí.	No los conocí, debido a la Revolución. Había persecuciones y levas murieron el mismo año.
12.- Mis papás, 8 hijos, 5 hombres, 3 mujeres	Mis papás	Que fue muy buena porque nos dieron mucho cariño y educación moral	Todos somos del D.F.	Siempre jugué con él no hablábamos de cosas importantes hasta ahora
13.- Mis padres, 16 hijos, solo vivimos 10.	Pues prácticamente yo sola	Que no es justo lo poco que me dieron	Padre de Apan Hidalgo, mi madre de Puebla.	Casi no lo veía, tenía otra fam. Y solo iba a la casa a embarazar a mi mamá

14.- Hasta los 5 años, mis papás 5 hermanos y yo.	Mi mamá desde que yo tenía 5 años.	Muy adecuada	Papá de Torreón, mamá de Aguascalientes.	Casi no lo veía dos veces le pedí dinero no me dio me resentí
15.- Mis papás, 9 hijos dos ya fallecidos.	Mis padres	Pienso que nos faltó atención, pero éramos muchos.	Todos del D.F.	Era todavía más cariñoso que mi mamá ,pero casi no platicábamos.
16.- Abuelos paternos y una tía hasta los 12 años.	Mis abuelitos hasta los 12 años.	Con ellos fui muy feliz, ya después con mi mamá no.	De Tepecuilco Hidalgo	A mi papá lo conocí hasta los 18 años, mi mamá le había dicho que yo había muerto.
17.- Mis padres, 15 hijos 7 mujeres, 8 hombres.	Nosotros solitos, todos los hermanos.	Nos faltó atención y libertad, no nos supieron educar.	Madre del D.F.mi padre de Veracruz, hnos. D.F.	Mi papá era muy cariñoso con todos sus hijos.
18.- Mis padres, una hermana y yo.	Mis padres	Que fue buena, eran muy trabajadores.	Mi papá de Hidalgo, mi mamá del D.,F.	Fue buena hasta hace poco que murió.
19.- Mis padres, 4 hijos, murió la mayor.	Mis padres	Un poco estricta pero nos sirvió porque sabíamos comportarnos.	Todos de D.F.	Era buena, pero descuidado y estaba trabajando o tomando.
20.- Mis padres, 3 hijos, yo la mayor	Mis abuelos maternos	Trataron de darnos buenas bases, el respeto por los demás.	Todos del Edo. Mex.	Casi no lo veíamos, trabajaba.
21.- Mis padres, 7 hijos, 5 hombres, 2 mujeres.	Mis padres.	De lo mejor porque mis padres se criaron en el campo y nos educaron más al natural.	Padre - Polotitlán, Madre –Acopilco	Era buena, fue muy cariñoso y trabajador.
22.- Mi abuela y yo, y mi mamá a veces.	Mi abuela y mi madre.	Solo recibí maltrato por parte de ellas.	Del Estado de México.	Nunca lo conocí, supe que no quería que yo naciera mi mamá nunca lo quiso
23.- Mis padres, mi hermano mayor y yo	Mis padres	Muy buena de acuerdo a las posibilidades de entonces.	Mis padres de San Luis Potosí	Desde adolescente me he sentido más identificado con él y ahora vivimos solos.
24.- Mi madre, mis tíos y yo.	Mis abuelos y una tía que me quería mucho.	Hicieron lo que pudieron, pero les faltó darme armas para defenderme	Del Estado de México.	Me buscó hasta que yo tenía 22 años, pero fue muy bueno porque me aclaró muchas dudas y viajamos juntos.
25.- Mis papás y 4 hijos, 2 y 2	Mi tía pero no me daba cariño, me ponía a trabajar.	Que fue buena porque así me hice fuerte.	De Veracruz	Casi no lo conocí, pero lo recuerdo con mucho cariño.
26.- Mi mamá, mis abuelos una tía y yo.	Mis tíos y mi madre.	Me dieron mucho afecto mis tíos, pero deje la escuela y me pusieron a trabajar	Del Estado de México	No lo conocí, mi madre era madre soltera, y no aceptó su ayuda.
27.- Por mi mamá, dos hermanos y yo.	Mi mamá hasta los doce años.	No me sirvió lo poco que me enseñaron.	Del Estado de Oaxaca. Mis padres.	No vivimos con él tomaba mucho y nos agredía.
28.- Por mis papás, 3 hermanas, 2 hermanos y yo.	Mis padres.	Fue adecuada porque me considero una persona responsable.	Mi mamá de Veracruz y mi papá del D.,F.	Fue un gran ejemplo en mi vida, muy cariñoso y alegre.
29.- Por mis padres y siete hermanos a parte de mi	Mis padres	Que fue adecuada enseñándonos lo esencial.	Todos somos de Querétaro.	No tan buena, de niña era muy autoritario pero cambió
30.- Por mis padres, y ocho hermanos más.	Mis padres.	Que fue la adecuada nos enseñaron a trabajar el campo y ser honorables.	Del Estado de México.	Era buena aunque era muy estricto en sus labores del campo.

Sobre como era la relación con sus padres, hay experiencias variadas hay quienes mencionan haberle tenido más confianza a su madre que a su padre o al contrario. En la mayor parte de los casos se habla de la figura paterna ausente o exigente y/o ambos, aun en los casos en los que los papás vivieron juntos. Cuando no vivieron con alguno de los progenitores se habla de una madre o un padre que presentan rasgos de irritabilidad, enojo, hermetismo, violencia, chantaje y violencia.

Por supuesto hay casos en los que la relación con alguno de los padres no ha sido buena, como ejemplo:

Martina: “Mi mamá fue una mujer muy violenta, mi papá, no vivía con nosotros, prácticamente iba algunos días a la casa, dejaba embarazada a mi mamá y después se iba, cuando nacía el bebé regresaba y a los pocos meses se volvía a ir y otra vez mi mamá embarazada. Por parte de mi mamá no recuerda nada grato, el trato hacia mis hermanos y hacia mí, siempre fue hostil, en cambio mi papá era más expresivo, pero como casi no lo veía pues no pude disfrutar de este cariño, sobre esto, recuerdo que una vez me senté en las piernas de mi papá y mi mamá me regañó muy fuerte y me prohibió que volviera hacerlo, mi mamá era muy celosa”

“ María Elena en relación a su padre: “ fue un padre ausente porque tenía otra familia, regresó a la casa, pero tomaba y nos maltrataba, mejor no hubiera vuelto” y en relación a su madre: “Tampoco ha sido buena, entiendo que ha sufrido mucho, pero le faltó hacer algo para evitar la violencia, y no nos dio el cariño necesario”.

Hortencia: “Hablando de mi familia de origen , siendo niña, viví con mi mamá y mis cuatro hermanos, no viví con mi papá y por esto consideraba que la relación con mis padres era dispareja, ya que mi papá tenía otra casa y yo lo supe desde muy niña. Hablando de mi padre, cuando él llegaba a la casa,,yo me escondía en mi cuarto para no verlo porque terminábamos de pleito cuando nos veíamos ,tendría aproximadamente 9 años cuando esto pasaba”

Se habla también de que la mayoría de los padres y las madres no fueron y no son muy expresivos en la forma de demostrar su afecto físicamente, es decir, con muestras de cariño como besos y abrazos, gran parte mencionan que alguno de sus padres o los dos fueron muy fríos, secos, inexpresivos, etc.

Por otro lado unos dicen parecerse más a su madre en su forma de ser y en el carácter y otros más a su padre, otros aceptan que tienen algo de los dos.

TABLA 3-B “Crecimiento y Relaciones con la Familia de Origen”

Cómo era la relación con su madre?	A quién de ellos cree que se parece más y por qué?	Cómo se recuerda de niño?	Cómo recuerda la etapa de su infancia ?	Cómo vivió su adolescencia ?	A qué edad empezó a trabajar ?
1.- A mi mamá siempre le tuve confianza.	A mi papá porque a veces soy muy rígida	Como una niña muy sensible y un poco tímida.	Como una etapa buena porque me divertí	Esa etapa fue menos disfrutada por la falta de permisos.	A los 18 años solo un tiempo.
2.- Era muy buena, debido a que era la más cercana.	El carácter de mi padre y la sensibilidad de mi madre.	Como un niño muy inquieto que jugó con sus primos, casi hermanos.	Muy feliz porque mi abuelo me enseñó a leer y no sufrí el síndrome del hijo único	También me pareció una bonita etapa, aunque fue cuando perdí a mi padre.	A los 15 años.
3.- Tampoco ha sido buena, se que ha sufrido pero como mamá	Creo que no me parezco a ninguno de los dos sino que yo me	Contenta hasta los siete años porque estaba con mis	Pienso que fue una etapa en la que me hicieron mucha falta	Recuerdo que era más alegre y empecé a tener novio a los 15, al	Cuando me separé de mi pareja.

le faltó cariño	eduqué sola.	abuelitos.	mis padres.	poco me fui con mi pareja.	
4.- Con ella siempre he chocado ,ahora nos llevamos mejor.	De los dos tengo un poco, pero soy más recia como mi mamá	Como una niña feliz.	Una parte feliz y la otra no me gustó porque me daban obligaciones que no me correspondían.	Casi no la disfruté, pues me casé muy joven.	No he trabajado fuera de casa.
5.- Buena, nos daba su cariño con caricias.	A mi mamá, un poco más expresiva.	Como una niña a veces feliz y a veces triste, que añoraba a mi papá.	Como una en la hubo diversiones, juguetes, pobres pero no nos faltó.	Era yo muy agresiva, me gustaba el baile y me hicieron mi fiesta de XV años	Nunca he trabajado.
6.-Buena, siempre estuve apegada a ella, pero la dirigía mi hermano mayor.	Yo creo que me parezco más a mi mamá pero algo del carácter de mi papá.	Como una niña tranquila, hogareña, pegada a mi madre.	Como una niña atada no podía salir a jugar no tenía roce social.	Parecida a mi infancia, no me dejaban ir a los bailes, ni usar tacones ni tubos etc.	A los 16 años.
7.- Le tenía más confianza q' a mi papá	Un poco a cada uno de mis papás.	Era yo inquieta, traviesa, juguetona.	Una parte alegre y otra triste ya que abusó de mí un tío a los 7 años.	La recuerdo como una etapa alegre me decían "morena" y mi papá "negra".	A los 20.
8.- Era muy seca, nada expresiva, pero aún así le tenía confianza	De los dos un poco.	Creo que era muy juguetona y alegre.	Creo que jugué lo que tenía que jugar.	En general estubo bien, excepto que murió mi papá cuando yo tenía 12 años.	A los 14 años.
9.- Mi mamá siempre fue muy fría, se la pasó trabajando.	A mi mamá en lo luchona.	Como una niña muy luchona, diferente a los demás, que anteponía el trabajo al juego, con problemas	No la viví como tal, fue muy difícil, buscando siempre la forma de ganar dinero para ayudarlo a mi mamá.	Fui muy noviera seguramente buscando el cariño que no tenía, me molestaba ayudar a mi mamá y no poder comprar lo que quería.	A los 10 años.
10.- Ella lo quería mucho, pero después de que el murió, ella ya casi no nos hacía caso, a los 10 años murió.	Me faltó conocerlos más, pero creo que a mi papá.	Juguetona, alegre antes de morir mi papá, después ya no tanto.	Jugué pero antes tenía que lavar en el río, fue triste y dolorosa.	Trabajando, muy noviera.	A los 12.
11.- Había muchas persecuciones y levas y murieron el mismo año	No sé decirle.	Ya no me acuerdo pero era muy listo, un chiquillo listo.	Fue muy pobre, miserable y nunca tuvimos cariño.	Ya un poco mejor porque empecé a trabajar y a comprarme mis cosas.	A los 12 o 13.
12.- Mi mamá nos hacía chascarrillos y nos dio mucho cariño, era más estricta	De los tengo un poco.	Como una niña muy chillona, creo que es parte de mi forma de ser pero juguetona.	Una etapa muy bonita porque disfruté mucho de mis hermanos y el juego.	Esa etapa la viví como perdida porque mis padres se estaban separando y me desubique.	A los 16
13.- Muy mala, siempre hostil, me puso a trabajar desde chica quedándose con el dinero.	No sé , creo que a ninguno.	Como una niña sin infancia dedicada a trabajar y ayudar a sus hermanitos.	Muy difícil y triste, no me gustó, no la disfruté, no hubo cariño.	Ya podía disponer de un poco más de dinero, pero el maltrato seguía.	Desde los 8 mi mamá me llevaba a las casas como sirvienta.
14.- Muy buena, siempre me dio confianza enseñándome a valorar.	Más a mi mamá porque me hizo responsable.	Como una niña feliz pero que extraña a su papá.	Fue infancia feliz, aún con lo fuerte de la situación, jugué, la disfruté.	Muy alegre muy fiestera y bailadora, siempre con mis hermanos.	A los 14 años y siempre daba la mitad de mi sueldo.
15.- Mi madre era más fría, tenía que dividir su tiempo me llevaba mejor con papá	A mi padre porque también tomo y soy agresivo.	Como un niño que no vivió su infancia, no había tiempo para eso.	Triste, no la disfrute, empecé a trabajar muy chico.	Con mucha soledad por eso me casé muy joven.	A los 12 años.
16.- Muy mala desde que viví con ella nunca hubo cariño ni buenos modos.	A ninguno y que bueno porque yo me hice muy responsable.	De niña si fui feliz con mi abuelita y mi tía.	Es una etapa que disfruté porque no vivía con mi mamá.	Esa si la sufrí, no tenía libertad, ni cariño por parte de mi madre hasta que quedé embarazada.	Cuando nació mi primera hija y su padre no quiso saber más de ella.
17.- Mala, siempre discutíamos y yo no le tenía confianza.	Creo que me parezco más a mi papá en lo expresivo.	Una niña triste y a parte lo que me paso con el abuelo.	Una etapa que no disfruté, quedó como experiencia negativa	Tampoco disfrute mi adolescencia por las responsabilidades.	A los 18 años, me fui de mi casa con un señor y tuve 2 hijos huyendo de mi casa.
18.- Mejor, pero la perdí muy joven y me hizo mucha falta.	Pienso que más a mi mamá por el carácter.	Un niño travieso, contento.	En general fue mi mejor etapa pues tenía a mis padres.	Ahí ya no tan bien, pues murió mi mamá y me casé muy joven	Desde niño en el puesto de mariscos de mi padre.

19.- Con mi madre siempre sentí mucha confianza.	A los dos, un poco de cada uno.	Un niño muy calmado y tímido.	Fue una etapa en la que me hubiera gustado obtener más seguridad.	Me recuerdo más abierto y responsable de la escuela y el trabajo.	A los 17 años.
20.- Nunca la ví como mamá, me sentía mejor con la abuela.	A mis abuelos en su carácter.	Una niña tranquila pero que siempre quería estar con mi madre.	Difícil porque no estaban conmigo mis papás y eso me hacía sufrir.	Seguía siendo tranquila, pero insegura y tímida.	A los 15 años.
21.- Con ella me llevaba muy bien porque como hijo mayor me consue- taba y eso me gustaba.	A mi padre en la forma inteligente de arreglar las cosas, en el buen humor no.	Como un niño contento que disfrutaba esa edad.	Edad disfrutada y vivida, lo que nos faltó fue más dinero.	Trabajando y estudiando, muy responsable, contento.	Desde los 14 años.
22.- Mala, nunca tuve su atención, le dije que su pareja quiso abusar de mí y no me creyó.	Yo pienso que a ninguno de los dos.	Una niña muy triste, sola, sin orientación y sin cariño.	Una etapa que no le deseo a nadie.	Ya más tranquila pero por querer irme de mi casa me casé a los 16 años.	Desde los 19
23.- Cuando niño le tuve mucha confianza, hace 10 años murió.	En mi papá en su forma de ser, en su carácter.	Me recuerdo contento e inquieto, jugué mucho.	Feliz con bonitos recuerdos.	Rebelde pero tranquilo, mas sin recuerdos desagradables.	A los 20.
24.- Mala, siempre me maltrató, no convivíamos.	A ninguno me parezco.	Como un niño juguetón aunque retraído y tímido	Me gustó, aunque era hijo único, jugué con mis amigos.	En esa etapa yo quería correr, tenía muchos miedos, Empecé a tomar a los 16.	A los 28 años.
25.- También murió muy pronto y no supe mucho de ella	Yo pienso que a los dos, pero no se bien.	Solo tengo recuerdos tristes por la muerte de mis padres y hnos	Jugué pero no mucho.	Trabajando para mi tía vendiendo raspados en Veracruz.	A los 34 cuando murió mi esposo.
26.- No podíamos llevarnos bien, chocábamos mucho ahora hemos cambiado	Indudablemente a mi madre, porque no supe como era mi papá.	Fui un niño muy juguetón y consentido por mis tíos y tías.	En esa etapa me faltó la atención de mi madre y económicamente no me faltó nada.	Fue grata pero entonces mis tíos me parecieron muy rígidos.	A los 13 que me salí de la secundaria.
27.- Mejor pero no tuve tiempo de conocerla, me robaron de mi casa muy niña.	A mi mamá en la vida que hemos tenido las dos, mucho dolor y parejas alcohólicas hijos con problemas.	Yo me recuerdo como una niña muy miedosa y tímida.	Fue una etapa difícil, viví con mucho miedo.	No la viví, no la disfruté porque el papá de mis hijos me robó a los 13 años.	Al poco de que me junté pues el papá de mis hijos no me daba gasto y empecé a ser madre muy joven
28.- Hablaba más con mi papá pero con ella me llevaba bien también	A los dos, un poco de cada uno. Pero más a mi papá en el carácter.	Como un niño juguetón y un niño contento.	Como debe ser la de todo niño, feliz, sin miedos.	Aquí empecé a ser muy rebelde y reprobé algunas materias.	Cuando tenía 14 años mi papá me puso a trabajar en una panadería
29.- Me daba mucha confianza así que fue buena.	Yo pienso que más a mi mamá.	Como una niña que tenía que ayudar con los quehaceres.	Alegre aunque tuvimos muchas carencias.	Me gustó más por-que empecé a trabajar y conocí a mi esposo.	Cuando tenía 14 años.
30.- También buena y a ella yo la quise mucho por su cariño.	A mi padre en lo estricto y a mi madre en pensar las cosas.	Como un chiquillo juguetón y contento.	Buena, porque vivía- mos en el campo en lo natural.	También fue buena, trabajé me casé y tu- ve mis tierras.	Desde niño nos enseñaron a trabajar a todos.

Hablando de la relación con todos los miembros de la familia, y de la persona con quien les era más fácil relacionarse, la mayoría expresa que se llevaba mejor con algún hermano o hermana, hay quienes mencionan a sus tíos o abuelitos y otros mencionan a alguno de sus padres. De igual modo, hablando de alguien con quien les era más difícil relacionarse, casi la mitad mencionan nuevamente a los hermanos o hermanas mayores o menores, tres mencionan una tía, y otros hablan de que fue alguno de sus padres o ambos.

Asimismo, se les cuestionó si consideraban a alguien de la familia como la persona más fuerte, y tres contestaron que ellos se consideraban las personas más fuertes, uno por todo lo que vivió, otra por ser la mayor y otra porque tuvo que renunciar a su infancia por cuidar a sus hermanos. Otros dijeron que el más fuerte era su hermano mayor por la autoridad que mostraba, por ser el brazo derecho de los papás o porque se traía cortitos a los hermanos asumiendo el papel del padre ausente. Para dos personas, la más fuerte era una abuelita ya que siempre veía como ayudar a sus hijos o que fue como su madre y les dio los cuidados. Los demás hacen referencia a su madre como la persona más fuerte, ya que mencionan que era la persona más dedicada y con más iniciativa o aquella que soportaba a un esposo alcohólico que la agredía o propiciaba la violencia.

TABLA 3-C “Crecimiento y Relaciones con la Familia de Origen”

Cómo se lleva con cada uno de los miembros de su familia?	Con quién se llevaba mejor?	Con quién le era más difícil relacionarse?	Quién piensa que era la persona más fuerte?	Quién considera que necesitaba más apoyo?
1.- En general bien con todos.	Con mis hermanos más chicos.	Con mis hermanos mayores.	Mi papá, 14 años viudo y dedicado a sus hijos.	Mi hermana menor que a los 14 le dio una embolia y no se repuso del todo.
2.- Siempre tuve buena relación con mis padres.	Me era más fácil con mi mamá, papá era más autoritario.	Con mi padre era un poco más difícil	Los dos, mis padres siempre me parecieron fuertes.	Pienso que nadie
3.- Casi con mis hermanos mayores no, me llevaba más con mi hermana menor.	Con mi hermana menor.	Con mis papás.	Mi mamá porque mi papá ya era casado y volvió cuando yo tenía 8 años.	Todos los hijos, pero ese apoyo no se vio.
4.- Casi con todos bien, con mi mamá siempre diferí.	Con todos mis hermanos.	Desde chicos con mi hermano el penúltimo	Mi mamá siempre dedicada y con iniciativa.	Mi hermano menor porque siempre ha sido más lento.
5.-Con mi mamá y dos hermanos bien, pero con las otras dos no tanto.	Con mi mamá y mis abuelitos.	Con dos de mis hermanas.	Mi abuelita porque ella siempre veía como ayudar a sus hijos.	Mi hermana menor que se casó muy chica.
6.- Con mi mamá y 3 hnos. bien, mal con el mayor.	Con el segundo de mis hermanos, Carlos.	Con mi hermano mayor, Pablo.	Mi hermano mayor porque siempre nos tría cortitos.	Yo porque me sentía relegada y que no me querían.
7.-En general bien con todos.	Con mis otros hermanos.	Con mi hermana, ahora nos llevamos mejor.	Mi mamá siempre procurando lo mejor.	Nadie en especial
8.- Con los más chicos, con los más grandes no conviví	Con mi papá y mis hermanos más chicos.	Con mis hermanos mayores.	Mi hermano mayor por la autoridad que demostraba	8.-Otro hermano q' ya falleció siempre fue enfermizo
9.- Yo le ayudaba a mamá con los más chicos, con los mayores no conviví.	Con mis hermanos más chicos.	Con los mayores.	Mi mamá y yo que trabajamos siempre.	Mis hermanos más chicos.
10.- Con todos siempre bien.	Con mi papá y mis hermanos.	Después de que mataron a mi papá con nadie de su familia. Nos despreciaron	Mis hermanos y yo pues salimos adelante solos.	Después de que murió mi padre, todos más mi mamá.
11.- No vivimos juntos, no los conocí, casi no convivimos.	Con una media hermana que ya murió, era profa rural me trajo a la Cd.	No hubo alguien con quien me costara trabajo.	Ahora pienso que todos porque como pudimos sobrevivimos.	Todos mis hermanos y yo.
12.- Con todos y cada uno me llevaba bien.	Con la antepenúltima, mi hermana Mary Carmen.	Con mi hermano Fernán-do que tiene un carácter muy difícil.	Mi hermano el mayor siempre ha sido el brazo derecho de mis papás.	Mi hermana María Elena que se casó chica a los 16
13.- Mal, había mucha violencia y nada de atención.	Con mis hermanos chiquitos.	Con mi hermana Leticia y hasta la fecha.	Yo, porque tuve que renunciar a mi infancia cuidando a mi familia.	Todos mis hermanos.

14.- En general bien con todos.	Con mi hermano el más chico.	No había alguien con quien me llevara mal.	Mi mamá y mi hermano el más chico.	Mi hermano menor.
15.- Bien con todos	Con mis hermanas la anterior y la siguiente.	No había con quien fuera difícil.	Mi mamá porque mi papá bebía y lo aguantó.	Todos los hijos más cariño, más atención.
16.- Con mis abuelos y tía bien, pero a los 12 me regresaron con mi mamá.	Con mi abuelita	Con mi tía era muy enérgica.	Mi abuelita porque fue como mi mamá, mientras ella me cuidó.	Mi tía porque era madre soltera
17.- Con todos bien y hasta la fecha seguimos bien.	Con mi papá.	Con mi mamá siempre fue más fría.	Mi madre porque tuvo que soportar a mi papá.	Mis hermanos mayores y yo porque por atender a los chicos no vivimos esa etapa.
18.- Con todos bien pero más con mi mamá.	Con mi mamá, pero murió cuando yo tenía 15.	Con mi hermana desde chicas.	Mi mamá porque soportó golpes y borracheras de mi papá.	Mi hermana y yo
19.- Me llevaba muy bien con todos	Con mi mamá	Mi hermana mayor que ya murió tenía carácter fuerte, nos queríamos aún	Mi mamá por la confianza y apoyo que nos daba aún sin haber estudiado.	Quizá mi padre porque aunque era trabajador tomaba mucho.
20.- En general bien con todos.	Con mi abuelita.	Con una tía hermana de mi mamá.	Yo, por ser la mayor.	Mi madre porque traba-jaba y no nos podía tener con ella.
21.- Me llevaba bien con todos.	Con mis tías	No hay alguien con quien me haya sido difícil.	Mis padres para sacarnos adelante a todos	Nadie en especial.
22.- Mi mamá me maltrataba casi no la veía y mis tías me maltrataban también.	Hubo una tía que no podía tener hijos, creo que es la única que me quería	Con mi mamá y mi padrastro que quiso abusar de mí.	No había gente fuerte.	Pienso que yo, pues no tenía ayuda ni de mi madre.
23.- Siempre nos hemos llevado muy bien.	Cuando era niño con mi mamá, de adolescente a la fecha con mi papá.	Con ninguno, con todos me llevaba bien.	Para mí mis dos papás.	Nadie en particular.
24.- Bien, más no con mi mamá.	Con mi abuela mientras vivió.	Mi mamá, todavía siendo adolescente me pegaba.	Mi mamá porque nos mantenía a los abuelos y a mí.	Yo, pienso que me hizo mucha falta mi padre en los primeros años.
25.- Con todos me llevaba muy bien pero mis padres y hermanitos murieron.	Con mi papá, me quería mucho.	Con mi tía con la que viví, porque me trató como su criada.	Yo, por todo lo que viví.	Todos mis hermanos, pues se murieron.
26.- Como no se habían casado mis tíos, me querían como a su hijo y me daban lo que quería.	Con todos ellos.	Con mi mamá, casi no la veía pues se la pasaba trabajando.	Mi madre porque estuvo trabajando sola para darme un hogar.	Apoyo no, atención yo, por parte de mi madre.
27.- Con mi mamá bien y con mis hermanos casi no	Con mi mamá.	Con el que era mi papá	Mi mamá por aguantar los golpes de mi padre.	Mis hermanos y yo.
28.- Con todos bien, mis hermanos y mis papás.	Con mi papá y mi hermana mayor.	Con un tío que era muy metiche.	Mis padres.	Nadie me parece débil o que necesitara más apoyo
29.- Con todos siempre me he llevado bien.	Con mi papá por su rigidez	Mi mamá por atendernos a todos y darnos cariño.	Mis papás.	Mis hermanos más chicos.
30.-Con todos bien.	Con mis padres y mis hermanos.	Con una de mis hermanas mayores.	Mi madre por soportar a un esposo gruñón como mi padre, por educarnos y estar al pendiente de todos.	Un hermano que nació con Parálisis cerebral.

Hablando de cuáles eran las expectativas familiares hacia los entrevistados, en su mayoría dicen que se esperaba de ellos que se prepararan estudiando, dos mujeres escucharon de sus padres que querían verlas casarse bien. Daniel dice: *“Los dos querían que me hiciera independiente, y mi papá quería que fuera militar no ingeniero”*. Seis mencionaron que nunca les dijeron, sin embargo, de esos seis, unos suponen que su familia deseaba lo mejor para ellos, mientras que los otros piensan que nunca les dijeron nada porque ellos no eran importantes para su familia, o porque no tuvieron a alguien que los quisiera.

Sobre si acostumbraban o no a expresar sus sentimientos, diez dicen que no, que nunca los enseñaron a expresarlos, el caso de:

Faustino que dice: *“No, nadie nos enseñó a nosotros, yo no supe de cariño”* o como es el caso de Susana quién sufrió de abuso sexual por parte de su abuelo: *“No, nunca le dije a nadie el odio que le tenía al abuelo, ni aún a mi abuelita a quien le tenía mucha confianza”*

Tres de ellos, Maru, José y Juan. Explican lo siguiente:

“No éramos de besos y abrazos pero siempre hemos sabido que nos queremos Yo considero a mi familia como una familia muy alegre, y creo que por lo mismo han prevalecido las fiestas de cumpleaños, porque nos la pasamos cotorreando, haciendo bromas, pero no acostumbrábamos a expresar nuestros sentimientos, en aquel entonces, o por lo menos no los más personales y profundos”

“Éramos alegres y bailadores pero no decíamos lo que sentíamos, en aquel entonces hacíamos reuniones y se armaban los bailes, pero no decíamos lo que nos pasaba ”

Cuando era yo niño, no recuerdo que hubiera expresión de sentimientos, mi mamá era muy comprensiva, muy razonable, cosa que mi papá nunca lo fue, cometió muchos errores, hace ocho años que murió y cometió muchos errores perjudicándonos. Y todo por tomar tanto, y por esto no había la costumbre de expresar los sentimientos, con palabras agradables o con caricias, pero todos sabíamos que nos queríamos mucho, mi mamá si nos acariciaba pero esto no le gustaba a mi padre.

Otros mencionan que algún miembro de la familia como la madre o el padre solían ser más expresivos, y solo Daniel expresó libremente que en su caso si hablaban de lo que sentían y pensaban...” *Si, yo me acuerdo que siempre podía hablar de todo y de lo que sentía”.*

Lo que se puede observar con estas personas es que en su mayoría vivieron en ambientes familiares en los cuales no se acostumbró o no se permitía dar a conocer sus sentimientos y emociones, y por lo tanto esta expresión no formó parte de su educación.

En relación a cuáles eran las emociones que más predominaban entre los familiares de los entrevistados, se encontró, que cinco personas no identifican alguna emoción como predominante. Hay quienes mencionan que la alegría, la tranquilidad, y el sentimiento de respeto prevalecía dentro de sus familias y también están quienes identifican la tristeza, la

indiferencia, la tensión e incomodidad, el sentimiento de abandono, la amargura y la soledad como parte de su ambiente familiar.

Hay dos personas que sienten haber jugado el papel de hijos únicos, dos más el de consentidos, cinco se sintieron como hermanos mayores o quienes tenían que dar el ejemplo, otras como la madre de sus hermanos: *“La mamá de todos y eso es algo que me molestó siempre y no viví mi infancia”*. Uno como alguien que siempre ha necesitado ayuda. Está quien piensa que jugó el papel de *“la más pequeña”*, *“la criada de mamá”*, *“La que salió adelante”* y cinco dicen no haber jugado algún papel en especial.

Hablando de cuáles son las enfermedades más comunes entre sus familias se encontró que las más frecuentes son: diabetes, hipertensión, y las clásicas más leves: gripas, dolores de muelas, fiebres, la varicela, el sarampión. Hay quienes dicen que no saben o no recuerdan. Es notable que la diabetes fue la primera en la lista de las enfermedades más frecuentes.

TABLA 3-D “Crecimiento y Relaciones con la Familia de Origen”

Recuerdos más significativos de su vida en familia?	Cuáles eran las expectativas familiares hacia usted?	Acostumbraban a expresar sus sentimientos en la fam?	Cuál es la emoción que más prevalecía entre sus familiares	Qué papel siente que juega dentro de su familia?	Qué es lo que más le gustaba de su familia?
1.- Desayunar juntos los domingos.	Que estudiara y que me casara bien.	Solo mi mamá, mi papá y mi abuelita no.	No identifico ninguna.	Ninguno en especial	Que estuviéramos unidos en las buenas y en las malas.
2.-El ir a pescar con mi papá era muy emocionante	Que me hiciera independiente, mi papá no quería que fuera ing. Sino militar	Si, yo me acuerdo que siempre podía hablar de todo y de lo que sentía.	Yo creo que más que ser muy alegres, éramos muy tranquilos.	El del hijo único pero sin sentirme así, ni ser demasiado consentido.	El respeto que siempre hubo entre mis padres.
3.-Cuando mi mamá me llevaba al parque o a comer lo que más me gustaba.	No había o nunca me lo dijeron, pero supongo que querían lo mejor.	Fueron escasas las veces en que llegaron a darnos un abrazo o un beso.	La tristeza, la ansiedad o la actitud de indiferencia.	Pues no sé que papel jugaba o que papel tenía.	Nada en particular.
4.-Varios viajes a provincia con mi papá, al cine o a comer	Que me preparara, que estudiara.	No, éramos alegres pero no expresábamos nuestras emociones	Quizás la alegría, éramos fiesteros.	El de hermana mayor.	Las reuniones familiares.
5.-Los días de reyes y cumpleaños, la despedida de mi padre y mis XV años.	Que estudiara y como era la mayor que fuera el ejemplo de mis hermanas.	No	No sé distinguir.	No lo sé.	El lugar donde vivíamos y sus tradiciones.
6.-Cuando festejábamos algún cumpleaños mi mamá se emocionaba y convivíamos.	La ilusión de mi mamá era que yo le ayudara en lo económico y así fue.	No, yo le tenía pánico a mi hermano y a mi papá.	Yo creo que el miedo siempre lo tuvimos por la forma en que nos relacionábamos.	Como alguien que siempre ha necesitado ayuda.	Los reyes, pues era de los pocos días que llegábamos a celebrar.
7.-Las fiestas navideñas, cumpleaños, juguetes de reyes.	Que me preparara para trabajar.	Nos expresábamos de forma diferente no nos dábamos besos o abrazos.	Considero que éramos alegres.	Como era casi la mayor, como alguien que pone el ejemplo.	Las reuniones familiares.

8.-Las fiestas, mi familia se caracterizaba por bailadora.	No me dijeron, me imagino que lo mejor.	No, nunca hemos sido muy expresivos, ahora con mis hijos lo soy más.	La ansiedad, el miedo	Pues siempre me vieron como la más pequeña.	Las reuniones y el ambiente que se hacía.
9.-No había fiestas de cumpleaños, no había nada de festejos.	No supe.	No porque no nos enseñaron a serlo.	Pienso que la tristeza nos caracterizaba y el ansia por conseguir lo necesario	Yo creo que siempre la hice de mamá.	No había algo que nos caracterizara como familia y que nos gustara.
10.-Que presencié la muerte de mi padre, vi cuando lo mata-ron disparándole.	Que me casara bien. Me decía: "ojalá Dios me permita verla casarse con un buen hombre"	Como pudimos, mi mamá se quedó pero estaba ausente, a partir de la muerte de mi padre.	La tristeza t tensión porque al morir mi padre, el abuelo nos despojó.	No sé.	Cuando estábamos todos chiquitos y estaban mis dos papás alegres todos.
11.-Una vez cuidan-do chivos se me cayeron unos y se mu- rieron, me escapé.	No supe	No, nadie nos lo dio a nosotros, yo de cariño no supe.	No los conocí	No lo sé.	Como vivimos separados no puedo decirlo.
12.-Las reuniones que hasta la fecha son muy alegres.	Que me preparara estudiando.	No éramos de besos y abrazos pero siempre hemos sabido que nos queremos.	Yo pienso que por mucho tiempo, la alegría.	El de la más chica, pero aún a sí se acercan a mí para consultarme.	Las reuniones familiares por la convivencia.
13.-No, nunca hubo fiestas, todo era significativo pero negativo.	Nunca me dijeron.	No, con esa educación a la deriva, no podía ser.	La tristeza y el sentimiento de abandono.	Casi la mamá de todos.	Nada, no me gustó nada.
14.-Que le llegué a pedir dinero a mi papá y no me dio.	Para mi y mis hermanos que nos preparáramos para el futuro.	Mi mamá si, no lo era físicamente, pero era alegre y así nos educó.	Aún sin papá éramos alegres.	Ninguno en especial.	La convivencia cuando era adolescente me iba a los bailes con mis hermanos.
15.-Cuando nos reuníamos a comer , los veía a todos y se me hacían muchos.	Pues desde muy chico tuve que trabajar para ayudar porque éramos muchos.	Éramos alegres y bailadores pero no decíamos lo que sentíamos.	No sé decirlo, quizás el enojo	Uno de los mayores que tenía que trabajar.	Las reuniones con bailes.
16.-Mi primer periodo yo no sabía nada, me asusté , hasta que me explicó mi tía.	Que algún día me casara.	Cuando era niña si era yo muy expresiva con mi mamá ahora ya no.	La indiferencia.	Fui como la criada de mi mamá.	El haber tenido a mi abuelita y a mi tía.
17.-Agradables no hubo, ni fiestas, reyes y a los 8 años mi abuelo abusó de mí.	La misma para todos mis hermanos, que nos preparáramos.	No nunca le dije a nadie el odio que le tenía al abuelo ni aún a mi abuelita.	Aún con todo considero que mi familia era alegre, mi papá nos contaba chistes.	La mamá de todos y eso es algo que me molestó siempre y no viví mi infancia.	Las reuniones a la hora de la comida pues estaban llenas de chiquillos.
18.-Jugué de niño, me divertí, fue una época corta pero bonita.	Que aprendiera a ser responsable y trabajador.	No había expresión de sentimientos con besos y abrazos pero nos queríamos.	Antes de que muriera mi mamá yo pienso que había más tranquilidad.	El consentido.	La armonía con la que quería unimos mi mamá.
19.-El jugar con mis sobrinos como primos por ser mi mamá la más chica.	Que todos mis hermanos y yo estudiáramos.	No éramos expresivos ni demostrábamos el afecto físicamente.	Antes de que muriera mi hermana éramos más alegres.	El hermano al que le tocaba poner el ejemplo.	Me gustaba mucho cuando se reunía la familia completa.
20.-Cuando nos reuníamos todos los de la familia.	Que aprendiera a desenvolverse con los demás sin mañas.	Aparentemente sí, pero casi no estábamos con mis padres.	A veces alegre, a veces triste.	La hermana mayor.	El que cuando pasaba algo siempre estábamos unidos.
21.-Los días de reyes y el buen humor de mi padre.	Mi padre me decía que me preparara él era albañil y no que-ría que yo sufriera.	Sí, pero no con besos y abrazos.	Se puede decir que a pesar de la pobreza era la alegría.	El hermano mayor.	Que fueran personas con ganas de vivir y de superarse.
22.-Que mi tía fue la única que me quiso y que los reyes nunca me traían lo que yo quería.	Ninguna, no había ningún plan para mí.	No.	La amargura , la desesperación y la tristeza yo pienso.	En aquel entonces creo que ninguno.	No tengo recuerdos agradables.
23.-Cuando nos llevaban a mi hermano y a mí a elegir los juguetes de reyes.	Terminara una carrera universitaria me preparara y fuera independiente.	Éramos afectivos físicamente pero no hablábamos de sentimientos personales.	Éramos serios pero tranquilos.	Nunca sentí que jugara algún papel o etiqueta.	Todo el respeto que nos hemos tenido.
24.-El haber tenido como hermano a un amigo y haber jugado con él.	Que yo le echara ganas a la escuela.	Nadie me enseñó a hacerlo, ahora me cuesta trabajo.	Yo siempre me sentí solo y enojado por no tener una familia bien.	El del hijo único.	Que llegara a la casa la tía que me quiso mucho.

25.-Cuando después de lavar la ropa en el río iba a jugar con las niñas.	Nada de escuela, solo lo que necesitaba aprender para casarme.	Nadie me enseñó, hasta que me casé mi señor mi enseñó.	No sé.	Soy la que salió adelante.	Cuando estábamos juntos mis hermanitos y mis padres.
26.-El que mis tíos volcaran su cariño conmigo porque yo era el hijo que aún no tenían.	Que me preparara pero por rebeldía no terminé la secundaria.	No totalmente, de niño sí, ya de adulto no.	Yo me sentía solo.	El consentido	Las reuniones familiares eran muy alegres.
27.-De alegría creo que ninguno	Nunca supe.	No nadie decía nada por miedo a mi papá.	El miedo y la tristeza.	La hija y hermana no tomada en cuenta	Casi nada.
28.- Cuando mi papá nos llevó al mar por primera vez.	Que estudiara una carrera profesional.	Generalmente mis padres nos invitaban a decir lo que nos pasaba.	Yo pienso que la de tranquilidad entre nosotros.	La del hermano mayor de los hombres.	Las reuniones familiares en fechas especiales.
29.- Las reuniones con toda la familia y las posadas.	Que terminara mis estudios y me casara bien.	Con mi mamá todos teníamos la confianza con los demás no.	Pues mi papá nos hacía sentir miedo, pero también hubo alegrías.	Ninguno en especial.	Las reuniones con toda la familia porque fue creciendo cada vez más.
30.- Los días en que había fiestas.	Que aprendiera a trabajar el campo.	No mucho, éramos tantos y casi no nos daban cariño con abrazos o besos.	La ansiedad, el sentimiento de falta de algo.	El de un hijo de los mayores que había que ayudar en todo.	Que hicieran reuniones y fiestas por tanta gente y bailes que había.

TABLA 3-E “Crecimiento y Relaciones con la Familia de Origen”

Qué es lo que más le disgusta de su familia?	Si pudiera cambiar algo de su familia qué cambiaría y por qué?	Cuáles son las enfermedades más comunes en su familia?
1.-El haber carecido económicamente.	El no tener dinero, la pobreza.	La diabetes
2.-No había algo que me disgustara.	Ayudarle a mi papá con su diabetes si tuviera la información de ahora.	La diabetes.
3.-Que mi mamá y mi papá se pelearan.	La forma de ser de mis padres, fueron egoístas	La diabetes.
4.-Que no tuviéramos dinero.	Me hubiera gustado que la comunicación con mi mamá fuera diferente.	La diabetes, le dio a mi mamá cuando yo era casada luego a mi papá.
5.-Que no estuviera mi papá.	Evitaría que se fuera mi papá.	Las gripas.
6.-La situación económica antes de que mis hermanos y yo trabajáramos.	El que nos temiéramos unos a otros.	Las gripas y los dolores de muelas.
7.-Que mi papá era muy estricto	Los parientes políticos porque son muy conflictivos y chismosos.	La hipertensión y la diabetes.
8.-El que se hayan muerto ya mis papás y la mayor parte de mis hermanos.	Regresarlos a la vida para convivir mejor.	La diabetes
9.-El tener que ayudar yo siempre con mi dinero hasta que me casé.	La idea que tenían de salir adelante porque son muy mediocres.	La diabetes.
10.-Todo lo que tuvimos que sufrir después de la muerte de mi padre.	La pobreza y evitaría las muertes.	No sé.
11.-Que no estuviéramos todos juntos.	Esa vida tan miserable que llevamos.	No lo sé.
12.-El que por querer darnos sorpresas no nos decían a donde íbamos.	Creo que no cambiaría nada porque así he aprendido mucho.	Diabetes e hipertensión.
13.-Todo, el no haber tenido una familia como tal	Todas las responsabilidades que me achacaron y que no me correspondían.	No se, nunca supe.
14.-El tener carencias	Tener un padre me hubiera gustado mucho.	Diabetes.
15.-La falta de atención y cariño.	El que mi papá tomaba y era agresivo.	Gripas.
16.-El haber tenido esa madre que tuve y no haber tenido a mi papá.	El que fueran diferentes mis padres, ahora ya los comprendo.	No sé.
17.-Los pleitos de mis hermanos y la violencia de mi papá para mi mamá.	Borraría el abuso del abuelo y la violencia entre mis padres y hermanos.	Las de niños, varicelas y sarampiones.
18.-Que mi padre fuera alcohólico y llegara a maltratar a mi mamá.	El que no muriera mi madre y llevarme mejor con mi hermana.	Gripas.
19.-No me gustaba que le contáramos todo a mi mamá y entre hermanos nada.	El que no muriera mi hermana tan joven.	No recuerdo.
20.-Que no teníamos dinero más que para lo indispensable.	La falta de comunicación.	Gripas y calenturas
21.-El no tener más dinero.	El aspecto económico por las carencias que tuvimos.	Anginas.
22.-La pobreza, la falta de atención.	A mis padres y sus equivocaciones.	No lo sé.

23.-Nada	No cambiaría nada porque dejaría de ser mi familia.	Las anginas.
24.-Que mi madre no me diera atención y libertad, la odiaba.	Esa molestia de poder darme a entender con mi mamá.	No sé.
25.-Que ya se hayan muerto todos.	Que no muriera nadie.	No supe
26.-Que no haya tenido a mi padre y casi no ver a mi madre.	El ser hijo único, y no haber tenido a mi padre.	Gripas.
27.- Todo, la falta de tranquilidad y dinero.	Quisiera que hubieran evitado que me casaran a la fuerza.	Problemas del estomago.
28.- Que mi papá se quedara sin trabajo un tiempo porque nos desestabilizamos.	Que mi padre no muriera tan joven.	Los dolores de muelas y los sarampiones y anginas.
29.- Que mi papá fuera tan regañón y la pobreza.	Que mi papá fuera diferente con nosotros y la situación económica.	La diabetes, la hipertensión, y entre los niños las anginas.
30.- Que nos fuimos casando y nos fuimos separando cada vez más.	Que nos faltara dinero, que nos faltara cariño y que nos atendieran más.	Nos enfermábamos mucho del estómago, y de las fiebres.

En relación a su familia actual, se encontró que estas familias están integradas desde uno hasta siete miembros, es decir, a veces solo viven juntos la pareja sin hijos. Hay los que viven con su pareja y con sus hijos. Y quienes viven solos e independientes como el caso de Maru y Samuel por ser aún solteros. De las personas entrevistadas el número de hijos o hijas que tuvieron está entre uno y seis, únicamente Ricardo que tiene 75 años tuvo once hijos en total.

Cabe mencionar que se observa una diferencia en la cantidad de hijos que tuvieron los padres de los entrevistados, a la que ahora ellos tienen o han tenido

TABLA 4-A “Relaciones con la familia actual”

Por cuántas personas está compuesta su familia actual?	Cuántos hijos tiene?	Cuánto tiempo tiene de casada(o)?	A que se dedican usted y su pareja?
1.- Por cinco personas	4 hombres.	32 años.	Mi esposo trabaja en una empresa, yo al hogar
2.- Por mi esposa y por mí.	No tuvimos hijos, decisión de común acuerdo era mucha responsabilidad.	30 años.	Yo soy investigador científico, mi esposa al hogar, a las artes.
3.- Por mis hijos, mis papás mi hermana y yo.	Dos, un varón de 12 y mi hija de 11 años.	4 años viviendo juntos.	Yo trabajo en una tienda departamental y él no sé, nos separamos.
4.- Por 3, mi esposo, mi hijo y yo.	Uno de 17 años.	18 años.	Yo al hogar, mi esposo trabaja en una empresa.
5.- Por 5	3, una de 17, otro de 15 y uno chico de 10.	19 años.	Yo al hogar, mi esposo es obrero.
6.- Por mi, 3 hijos mayores ya casados y el más chico soltero.	4, dos hombres y dos mujeres.	39 años.	Yo al hogar, mi esposo ya murió.
7.- 3 hijos, mi esposo y yo.	3, dos mujeres y un hombre.	13 años.	Mi esposo es supervisor en una empresa y yo soy enfermera
8.- Por tres personas	2, un varón de 19 años y una chica de 13.	No vivo con él.	Yo trabajo como secretaria y mi pareja también aquí.
9.- Mi esposo, mis dos hijos y yo.	2, un hombre de 27 y una mujer de 29.	30 años.	Distribuimos productos químicos a restaurantes.
10.- El que es mi esposo, mis 4 hijas que viven al lado y yo.	4 hijas ya casadas con hijas y viven aquí.	33 años.	Yo tengo una tiendita de abarrotes y él en una fábrica.
11.- Mi nva. Esposa y una hija que acaba de casarse.	4. 3del 1er.matrimonio y otra del segundo.	Con mi segundo matrimonio 25.	Yo soy pensionado y ella se dedica al hogar.

12.- Yo vivo independiente y visito a mi papá y hermanos el fin de semana.	No tengo.	No soy casada.	Yo como secretaria, y no tengo pareja.
13.- Por mis tres hijos, dos ya casados y el segundo que vive conmigo.	3, dos hombres y una mujer.	22 años y siete meses, ahora soy viuda.	Yo al hogar, mi esposo ya murió.
14.- Mis 4 hijas casadas, un sobrino y yo.	4 hijas.	42 años casada, 3 de viuda.	Mi esposo ya murió yo al hogar.
15.- Vivo solo.	2. una hija de 36 y un hijo de 34.	36 años, pero 27 de separado.	Yo me acabo de quedar sin trabajo ella hogar
16.- Por mi esposo y yo, y mis cinco hijos y nietos.	Tuve 6, uno murió chiquito, 3 mujeres y 2 hombres.	38 años.	Mi esposo es jubilado y yo tengo mi puesto de juguetes en el mercado.
17.- Por mi, mis dos hijas menores una con hijos y una soltera.	3, dos mujeres y un hombre.	37 años, viuda 20.	Mi esposo ya murió, yo soy jubilada.
18.- Vivo con mi pareja actual pero cada quien hace su vida .	7 con mi 1er. Pareja, 3 con otra y cuatro hijas más.	43 años pero con varias parejas.	Yo vendo ropa, videos, discos lo que puedo, ella al hogar.
19.- Mi padre y yo, ya que me separé de mi esposa y mi hija.	Una de 24 años, vive con su mamá.	25 años.	Yo sigo como contador, ella vende cosas.
20.- Mi esposo, yo y dos hijos.	Dos, uno de 12 y otro de 7.	16 años.	Yo al hogar, mi esposo es obrero.
21.- Vivo con mi hija la menor.	Tuvimos 11 hijos, 6 hombres y cinco mujeres	45 casado, 5 de viudo.	21.-Yo tengo una pensión, mi esposa murió hace 5 años.
22.- Vivo sola, mis hijos viven a parte.	3, dos varones, uno de 37, otro de 34 y una de 26.	38 años.	Yo trabajo como supervisora, él donde puede.
23.- Mi padre y yo vivimos juntos, mi hermano se casó.	Aún no, estoy por casarme.	Aún no me caso.	Yo trabajo como Arquitecto.
24.- Vivo solo pero mi esposa e hijas forman parte de mi familia.	Dos hijas, una de 22 y otra de 20.	24 años.	Yo soy vendedor de productos médicos, ella al hogar
25.- Vivo con uno de mis hijos, mi nuera y 3 nietos.	3 hijos varones.	14 años casada, 39 de viuda.	Yo hago comidas y atiendo a mis nietos.
26.- Mi esposa y yo, mis hijos ya son casados, y soltera la más chica.	3 hombres y dos mujeres pero murió una hace dos años.	41 años.	Yo soy jubilado y vendo chacha - ras, ella se dedica al hogar.
27.- Por mi bisnieto, un nieto y yo.	Dos hijas y un varón , se apoyan más en mí que yo en ellos.	En realidad solo viví con el papá de mis hijos 10 años.	Yo trabajo en lo que puedo y él ya murió
28.- Por mi esposa, dos hijos y yo.	2, una hija de 12 y un chavo de 10.	13 años.	Yo soy contador en una compañía y mi esposa al hogar.
29.- Por mi esposo y tres hijos solteros.	Tuve 6 pero 3 ya se casaron.	38 años.	Mi esposo trabajos eventuales y yo en el hogar.
30.- Por mi esposa y una hija .	Solo tuvimos una hija.	55 años.	Mi esposa al hogar y yo trabajo en E.U. ya soy jubilado pero me sigo yendo para allá.

Sobre el tipo de relación que tienen con su familia actual, se puede apreciar que hablando de su relación de pareja, varias personas mencionan que actualmente no es buena, de los que mencionan esto, algunos siguen viviendo juntos, sin embargo no comparten mucho, casi no conviven y hablan solo lo necesario, De los que han decidido separarse, los motivos de esta separación se debieron a malos tratos, infidelidades, y a peleas frecuentes.

Por supuesto hay casos en los que se habla de “buena relación” como es el caso de Daniel, Euge, Martina, Susana, Ricardo, y Gabriela, que comparten lo siguiente:

"Hemos sabido acoplarnos pues tenemos gustos afines, sobre todo en las artes", "Ahora excelente, pero los primeros años fueron difíciles por mi carácter", "Fue muy buena fui muy feliz con él", "Fue buena me aceptó con dos hijos y tuvimos otra, era médico", "Me casé cuando tenía 20 años y el 60, pero fue un buen señor y fui feliz con él", "Fue muy buena hasta el final, todavía caminábamos tomados de la mano",

"Ha sido buena, me casé enamorada y los problemas que hemos tenido han sido por la religión".

Y por último, otros mencionan que su relación de pareja es buena, pero no lo suficiente como para vivir juntos.

Por lo que toca a la relación que tienen con sus hijos, en general mencionan que es buena, pero algunos mencionan que con sus hijos adolescentes les cuesta más trabajo el trato y batallan más. También quienes ya no viven con sus hijos, dicen que esto ha propiciado que la comunicación entre ellos no sea como quisieran, que en ocasiones sus hijos son influenciados por sus parejas negativamente y que todo esto afecta su relación.

Cuando se les pide a los pacientes que expliquen en que ha sido diferente la educación que recibieron de sus padres a la que ahora le dan a sus hijos, en su mayor parte explican que ha sido diferente en forma positiva, sobre todo en que han sido y enseñado a sus hijos a ser más expresivos en el afecto tanto físicamente como en permitir que expresen sus ideas. Martina quien no tuvo padre y fue maltratada por su madre, coincide con Faustino quien no tuvo a sus padres y no supo de cariño, en que ahora hicieron lo contrario con sus hijos:

"Encuentro mucha diferencia porque yo sí me dediqué a ellos y he sido muy expresiva", "Fui estricto pero sí les di cariño a mis hijos, mucho más, yo no lo recibí de mis padres".

Están quienes mencionan que la educación que les han dado a sus hijos es muy parecida a la recibida por sus padres aceptando que no es tarea fácil ser madre o padre, o que ha mejorado solo en el aspecto económico.

Al hacerles la pregunta de si actualmente acostumbran a expresar sus sentimientos se comprueba la pregunta anterior, ya que efectivamente la mayoría responden que si son más expresivos, tanto verbal como con muestras de cariño físico. Algunos mencionan que son más expresivos verbalmente que de manera física, o viceversa. Y hay quienes no han visto diferencias positivas y puntualizan que no., que no hay expresión de sentimientos de ningún tipo, como lo hace saber Graciela:

“No , no han habido grandes cambios en ese sentido, en eso nos seguimos pareciendo a mi familia de origen”.

Si comparamos las tablas 3 “familia de origen” y 4 “familia actual” se podrá notar que hay diferencias en cómo han sido las relaciones con sus padres y cómo lo son ahora ellos como papás con sus hijos, probablemente ha influido que las familias actuales no son tan numerosas como lo eran sus familias de origen y esto ha contribuido un poco a la cantidad y calidad de tiempo que les brindan a sus hijos.

TABLA 4-B “Relaciones con la familia actual”

Cómo es la relación entre usted y su pareja?	Cómo es la relación con sus hijos.	En relación a la educación que recibió de sus padres, en que es diferente a la que le da a sus hijos?	Actualmente acostumbran a expresar sus sentimientos?
1.- Hubo perdida de confianza por infidelidad.	Con todos es buena	Hemos procurado ser más expresivos del afecto	Sí.
2.- Hemos sabido acoplarnos pues tenemos gustos afines sobre todo en artes.	No tengo.	-----	Sí.
3.- No es buena, tiene problemas con el consumo de drogas.	Es buena , y me preocupa que están por entrar a la adolescencia.	En que soy un poco más expresiva, más afectuosa.	No totalmente.
4.- En general bien, se interesa por saber cómo estoy, cuándo es mi cita.	Buena, no le gusta que lo corriamos pero no hemos tenido problemas.	Si, es parecida y me doy cuenta de que no es fácil ser madre.	Sí mi hijo se acerca a su papá o a mí para decimos lo que le pasa.
5.- No es buena.	Con ellos he procurado que nos llevemos bien.	En lo preocupóna que soy con mis hijos y en la forma de dar cariño.	Casi no.
6.- No fue buena, se fue con otra mujer cuando el mayor iba en secundaria.	Con ellos ha sido buena, nos hemos llevado bien.	En que yo si les dí más libertad a mis hijos, estudiaron y no tienen vicios.	Me platican sus cosas a comparación de mis hermanos y yo.
7.- Ha sido buena, me casé enamorada y los problemas que hemos tenido han sido por la religión.	Es buena, con la mayor que es adolescente empiezan los roces, pero en general bien.	Soy más expresiva en el afecto, trato de darles lo que yo no tuve, pero a veces me voy al extremo.	Somos más expresivos físicamente con besos y abrazos.
8.- Es buena, pero no lo suficiente como para vivir juntos.	Es buena, pero con mi hijo tuve problemas por-que lo encargué un tiempo con mi hermana.	Soy más expresiva con ellos en el afecto.	A comparación de mi familia de origen, sí.
9.- Ahora excelente, pero los primeros años fueron difíciles por mi carácter.	Es muy buena, nos tenemos mucha confianza.	En la forma de quererlos y atenderlos, yo si, los he procurado siempre.	Sí.
10.- Nada buena, vivimos juntos pero cada quien por su lado.	Con mis hijos es buena, nos ayudamos, nos llevamos bien.	En todo tuvimos que educamos, y ahora educar a mis hijas.	No.

11.- Es buena, ella es muy cariñosa y me tiene mucha paciencia.	Con todos es buena, tengo una bióloga, dos psicólogas y un arquitecto.	Fui estricto, pero si les dí cariño a mis hijos mucho más, yo no lo recibí.	Sí.
12.- Por ahora no tengo pareja.	No tengo.	-----	-----
13.- Fue muy buena, fui muy feliz con él.	Muy buena, nos tenemos mucha confianza	Mucha diferencia porque yo si me dediqué a ellos y he sido muy expresiva.	Sí.
14.- Fue una buena persona, responsable, pero no supimos ser compañeros.	Con mis hijas generalmente buena, con la mayor y última batallé.	Son mis amores y pienso que les di más cariño del que recibí.	Sí, pero tampoco nos abrazamos mucho, más bien verbalmente.
15.- Vivimos separados pero nos llevamos bien.	Casi no nos vemos.	Quería educarlos con más cariño del que a mi , pero la regué.	No.
16.- Nos llevamos bien, ha sido un buen compañero.	Mi hija la mayor es muy rebelde, él me aceptó con ella, pues no es su hija.	En el trato que les dimos a mis hijos fuimos más cariñosos.	Sí.
17.- Fue buena, me aceptó con dos hijos y tuvimos otra , era médico.	Con la mayor me llevo bien , con mi hijo también y con la chica me cuesta trabajo hablar.	Fui muy afectuosa y expresiva con ellos. Tuve que sacarlos a delante y estudiaron.	Sí es más fácil que se acerquen a contarme sus cosas los dos mayores, la chica no tanto.
18.- Últimamente muy mala, pero ya prefiero no discutir con ella.	Con todos me llevo bien y entre ellos también y cuando veo a las mamás de mis hijos es sin hacer violencia.	Yo los eduque sin golpes, creo que he sido un padre muy padre, a pesar de que no siempre he estado con ellos.	Pues no vivo con ellos pero cuando los veo si me cuentan cosas.
19.- No es buena, por eso nos separamos, ella es muy agresiva.	Con mi hija me llevo bien ella tiene epilepsia y retardo mental, casi no me busca, yo a ella sí.	Le enseñamos a ser más expresiva, pero casi no me llama por la influencia de su madre.	Sí, al grado de que nos separamos.
20.- Mala, él no me apoya con mi enfermedad y peleamos.	Más o menos, no como yo quisiera, falta comunicación.	La diferencia es que yo si estoy con mis hijos.	Yo procuro que mis hijos me tengan confianza.
21.- Fue muy buena hasta el final, todavía caminabamos tomados de la mano.	Con todos bien, con el mayor me costó trabajo y con el 4º me reprocha que fui duro con él.	Muy parecida, creo que mejoré ene el aspecto económico.	Sí, pero no con besos.
22.- Nos vemos y nos hablamos bien, pero no podemos vivir juntos.	Me llevo mejor con los hombres porque mi hija vive con su papá y este le mete ideas.	Pues mientras estuve con ellos les di mucho cariño y atención.	No, en eso nos seguimos pareciendo a mi familia de origen.
23.- Tenemos una relación de 3 años, nos llevamos bien	Aún no tengo.	-----	Mi pareja y yo sí.
24.- Mala, aunque es probable que regresemos a vivir juntos.	Con mis hijas me llevo bien.	Mientras viví con ellas les di más cariño y atención.	No.
25.- Me casé cuando tenía 20 y el 60, pero un buen señor, fui feliz con él.	Con todos me llevo bien, pero las nueras que tengo no los quieren bien.	Que yo si les di a mis hijos mucho cariño, que es algo que no tuve yo.	No.
26.- No congeniamos mucho.	Bien, pero en especial me llevaba bien con la hija que murió.	Yo siempre fui muy exigente con ellos y llegué a pegarles, pero me dicen que gracias a eso ahora son responsables.	Más que yo cuando chico. Sí.
27.- Nunca fue buena, solo recibimos malos tratos, ya murió	Ya mejor pero ha sido muy difícil pues son muy irresponsables	Creo que fue igual de mala pues hemos sufrido mucho.	Ya un poco más, por lo menos con los dos que yo vivo.
28.- Buena, platicamos mucho.	También pienso que buena pues hablamos mucho de sus cosas.	En que somos más expresivos en el afecto que nos tenemos.	Sí. Con abrazos, con besos.
29.- Es buena, procuramos estar bien.	Con todos es buena, de repente se han querido salir del huacal.	En que nosotros fuimos un poco menos rígidos con mis hijos.	Más que antes sí, después de casarme así lo hemos hecho.
30.- No es buena casi no nos hablamos yo vivo todo el tiempo en E.U. y por eso no me perdona	Con mi hija me llevo bien y con mi nieto, su hijo lo quiero mucho pero no me lo dejan tener.	Yo creo que fui como mi padre muy estricto y eso ahora veo que lo repetí y no funciona.	No, rara vez nos decimos el cariño que sentimos.

En la tabla 5 “Información del Padecimiento y su percepción” se describen datos relacionados con la enfermedad en cuestión y el cómo la percibe o asume cada paciente. Para iniciar, se encuentra que el tiempo que los pacientes llevan con la diabetes está entre mes y medio y 30 años. Los síntomas que tenían antes de que les dieran el diagnóstico fue uno o varios de los siguientes: Cansancio, sed intensa, orinar frecuentemente, hormigueo en las piernas, falta de circulación en los brazos, mucha hambre, mareos, dolor de cabeza,

visión borrosa y disminución de peso. Susana fue la única que mencionó como síntoma el dolor en todo el cuerpo. Y hubo tres personas que no se habían percatado de ningún síntoma antes del diagnóstico.

Sobre qué impacto les causó saber que tenían diabetes, comparten lo siguiente algunos pacientes como

Julia: "La noticia me la dieron muy drástica y el mismo día me dieron la noticia de que empezaba con mi menopausia", María Elena: "Fue muy fuerte, el médico me gritó el diagnóstico: 'Tiene usted diabetes'",

Euge. "Porque tengo solamente mes y medio que me dieron el diagnóstico y el impacto que tuve al recibir la noticia fue muy fuerte, porque nunca pensó que la iba a tener porque siempre creí que les da a las personas obesas, que fuman que toman, que no hacen ejercicio y yo no tengo eso, al contrario diariamente juego tenis, hago deporte, no tomo refresco porque no me gusta mucho el azúcar, procuro tomar productos light, para mí sigue teniendo un impacto muy fuerte, no lo acepto"

Susana: "Recuerdo que para mí fue muy fuerte enterarme de que tenía diabetes, era llorar y llorar y es que como vi a mi abuelita la mamá de mi mamá, padeció y yo la vi como sufrió como murió, mis papás no la tuvieron y sin embargo tres de mis hermanos y yo la tenemos"

Carlos: "yo me sentí muy mal cuando lo supe, me deprimí, lloré, pensé que se había terminado todo y aparte de que la forma en que me lo dijo el médico fue sin tacto, lo dijo muy crudamente y yo sentí que me moría. Además de que antes un endocrinólogo ya se había dado cuenta de que mi azúcar la tenía alta y me dijo que yo podía seguir mi vida normal, y es eso lo que quiero exponer como crítica, que los médicos de hace veinte años, que es en ese tiempo cuando me dan el diagnóstico, no tenían la más mínima iniciativa de ver, de mandar checar que si una persona tiene antecedentes y está llevando una vida muy sedentaria, no dejarla ir hasta constatar que no tiene ningún padecimiento o que no hay riesgo de que lo tenga"

Gabriela: "Tengo casi año y medio que me enteré que tengo diabetes y el saberlo viene a complicarlo todo, porque así como que se refuerza ese enojo que siento con la vida. Cuando me dan la noticia sentí angustia, desesperación y me enteré por unos análisis que me mandaron hacer y yo revisé los resultados y vi que tenía mi azúcar muy alta"

Por el contrario, seis personas mencionan que no fue muy impactante saberlo ya que algunos de ellos habían sido advertidos de que podían padecerla o bien porque habían tenido familiares y presentían que alguna vez les daría a ellos:

“No tuve una impresión fuerte porque de alguna manera sabía que iba a terminar en esto por la familia de mi papá”.

TABLA 5-A “ Padecimiento y su Percepción”

En que momento empieza a notar que algo no anda bien en su cuerpo?	Cuanto tiempo lleva con la diabetes?	Qué síntomas tenía?	A partir de cuando le dan el diagnóstico?	Qué impacto le causó el saber que tiene diabetes?
1.-Cuando fui al médico por molestias físicas, me dieron el diagnóstico.	7 años	Cansancio	En cuanto me hacen los estudios.	La noticia me la dieron muy drástica y también que la menopausia llegó.
2.-Empecé a sentir mucha fatiga y ganas de ir al baño.	11 años	Fatiga, sed, hormigueo a la altura del resorte del calcetín, ganas de orinar.	Cuando fui con él médico tenía yo 46 años.	En un principio la negación, después ya lo acepté.
3.-Después de que me ocurrió un accidente a los pocos días los síntomas.	6 años.	Sed, orinaba con frecuencia.	Cuando empecé con los síntomas, fui al seguro y tenía 408 de azúcar.	Fue muy fuerte, él médico me gritó que tenía diabetes.
4.-Cuando empecé a tener los síntomas.	1 año.	Orinar frecuentemente, sed excesiva y bajé de peso.	Poco después de que muriera mi padre.	Al principio no me dio miedo pues ya la conocí por mis papás.
5.-Cuando empecé a molestarme un brazo	Hace 3 años.	Falta de circulación en los brazos.	Ese mismo día me encontraron 160 de azúcar.	No fue muy fuerte, ya me habían dicho que por mi peso y la herencia me podía dar.
6.-Me di cuenta porque me empezó a dar mucha hambre, y subí de peso.	27 a los.	Mucha hambre y se me dormía un dedo de la mano.	Cuando fui al médico al notar los síntomas ese día me dijeron.	No recuerdo haber tenido un gran impacto al enterarme.
7.-Me enteré por unos análisis que me mandaron a hacer y ví mi azúcar alta.	Casi año y medio.	No me había percatado de ninguno.	Cuando llevé los resultados de mis estudios.	Sentí angustia y desesperación y saberlo me hace sentir enojo hacia la vida.
8.-Me enteré accidentalmente porque me iban a operar y en los estudios salió.	2 meses.	No había sentido ninguno.	Desde el momento en que me hicieron dichos estudios.	De momento me puse triste, pero luego dije: ya lo tengo ahora me cuido.
9.- Me empezaba a marear, se me nublaba la vista y tenía bochornos.	A penas, mes y medio	Mareos, sed, hambre excesiva.	En cuanto fui con el médico por esta situación.	Me dolió mucho sobre todo porque creí que solo le daba a los obesos.
10.-Cuando le dio un infarto a mi hija y me mandaron a hacer estudios.	6 años.	Sed, cansancio.	Ese mismo día que vieron el resultado de los exámenes.	Pues lo tomé normal, porque nos sabía que era.
11.-Regresaba de un viaje de trabajo y me dolía mucho el estómago.	25 años.	El dolor, pero en medicina interna notaron que tenía muchas amibas y que acabaron con una parte de mi hígado.	Al poco de recuperarme ,tres meses y me detectaron la diabetes.	No afectó mucho, porque no sabía del tema.
12.-Empecé a tener un cansancio exagerado, mucha sed e ir al baño.	5 años	Cansancio, sed, ganas de orinar.	Cuando mi papá me recomendó que me hiciera estudios.	Si me impactó porque sabía de las complicaciones pero no fue un gran susto.
13.-Cuando empecé con los síntomas.	2 años.	Mucho cansancio mucha sed, y hambre.	En cuanto me di cuenta de los síntomas y fui al médico.	Recuerdo no haber sufrido un gran impacto pues sabía que me podía dar.
14.-Empecé a notar en los chequeos un alta índice de azúcar.	3 años.	Cansancio, mucha sed.	De un chequeo de rutina que acostumbraba hacerme salí alto en azúcar.	No tuve una impresión fuerte porque de alguna manera sabía que iba a terminar en esto por la familia de mi papá.

15.-Cuando noté que tenía los síntomas.	21 años	Cansancio, sed.	Después de hacerme los estudios.	No fue fuerte porque no sabía en que consistía.
16.-Inicié con diabetes gestacional	20 años.	No identifiqué ninguno, no tengo los clásicos.	En 1984 cuando me operaron de la vejiga.	No tuve un gran impacto porque ya había leído sobre eso y mi familia la tiene.
17.-Empecé a sentir mucho dolor en todo mi cuerpo, un día se me nubló la vista.	10 años.	Dolor en todo el cuerpo y vista nublada.	Cuando fui a los pocos días al médico, me hicieron estudios en PEMEX .	Fue muy fuerte enterarme era llorar y llorar, porque vi cuanto sufrió mi abuelita materna
18.-Cuando empecé a orinar en exceso.	3 años.	Orina frecuente dejando marca mielosa.	Cuando sospeché que algo andaba mal.	Me sentí mal, pero además sabía que no daba después de los 50.
19.-Después de un coraje con mi esposa empecé a sentir una sed muy fuerte	10 años	Sed intensa	Me mandaron realizar estudios y ahí lo notaron.	Al principio me costó trabajo aceptarlo, además de que creí que se me quitaría.
20.- Cuando estaba embarazada y empecé con los síntomas.	7 años	Mucha sed, dolor de cabeza, cansancio.	Empecé con diabetes gestacional.	Me asusté pues me habían dicho que al nacer mi niño se me quitaría y no fue así.
21.-Cada año me hacía un chequeo médico y una salió.	14 años	Solo noté que bajé un poco de peso.	A partir de notar esto, ir con el endocrinólogo y hacerme estudios.	Si me sentí muy mal, pero empecé a informarme.
22.-Cuando mi jefe me dijo que fuera a chequearme porque veía que cada que tomaba café iba al baño.	30 años	Dolor de cabeza.	Sentí que la cabeza me iba a estallar, tenía 640 de azúcar, el médico dijo que estaba a punto de darme un coma diabético.	Lloré mucho, no lo podía creer.
23.-Una vez fui al médico y en lo que atendían estuve en una plática de diabetes y aproveché para chequearme.	1 Año.	Antes del diagnóstico no sentía ninguno, después, empecé con sed y cansancio.	Al día siguiente fui con mi hermano que es médico y me volvieron a hacer estudios otra vez y confirmaron.	Si me preocupé y asusté, porque me veía en años afectado por las complicaciones.
24.-Cuando inicié con los síntomas.	4 años.	Se me secaba la boca, cansancio.	Me dijeron que era pre-diabética y no me cuidé y al poco tiempo me dio.	Muy mal, cuando me cayó el veinte, regresé porque me dio un infarto.
25.-Primero me lo advirtieron y no hice caso, después me sentí mal y entonces me dieron el diagnóstico.	5 años	Mucho cansancio, pero yo creí que era por la edad.	Cuando me sentí mal y fui por segunda vez.	Como ya me habían dicho que me podía dar, no me asusté mucho.
26.-Porque fui a hacerme unos estudios y ahí me dijeron que tenía mi azúcar alta.	20 años.	Mi visión, no enfoco bien, y me siento decaído, débil.	Tiempo después de que ya me lo había advertido un endocrinólogo, pero me cuidé.	Aunque sabía que podía darme, me cayó muy mal la noticia, lloré mucho me lo dijeron muy drástico.
27.- Hace 10 años, me empecé a sentir mal.	10 años.	Mucho cansancio pero además, sentía que algo me consumía por dentro.	Una vez que fui al seguro porque me sentía muy mal, sin fuerzas.	No fue muy fuerte porque no sabía que tenía.
28.- Un día que tenía una sed insostenible.	1 año.	Mucha sed, cansancio.	Esa misma semana después de los estudios.	Mi padre la tenía así que no me extrañó mucho.
29.- Una ocasión en que tenía la presión alta y me chequearon.	5 años.	Sed y mucho agotamiento.	A partir de que me chocaron por varios días.	Si me impactó porque mi mamá murió de eso y sufrió mucho.
30.- Cuando empecé a tener muchos desvelos y me iba mucho al baño.	Hace poco, tiene 10 años.	Orinaba a cada rato, si tomaba cerveza o alcohol me sentía muy mal.	Cuando me llevaron al doctor una vez que me sentía morir.	No sabía yo ni lo que era.

La mayoría de los pacientes mencionan que no saben con exactitud en que consiste el padecimiento que ellos tienen. Hay quienes dicen que ahora saben un poco más que cuando les dieron su diagnóstico y que se están informando cada vez más, sobre todo aquellos que llevan un seguimiento en la Asociación Mexicana de Diabetes A.M.D. De todos los pacientes, solo Daniel se ha puesto a investigar más acerca del tema y actualmente con su auto-educación sabe como manejar y evitar cualquier situación de riesgo.

A excepción de un paciente todos los demás tienen diabetes Tipo 2. Entre los medicamentos de uso común tomados por la mayoría de los entrevistados están: la Glibenclamida (la toman la mayoría), dieglucón, tolbutamida, acetohexamida, tolazamida y cloropropamida.

Solamente se administra insulina el paciente con diabetes tipo 1 y dos más que aunque tienen la tipo II, les ha sido recetada para su mejor control. Del total de los pacientes solo 4 de ellos aparte de los medicamentos prescritos apoyan su tratamiento con vitaminas o complementos alimenticios.

TABLA 5-B “Padecimiento y su Percepción”

Sabe en que consiste el padecimiento que usted tiene?	Qué tipo de diabetes tiene?	Qué medicamentos está tomando?	Siente que le están haciendo el efecto deseado?
1.-No sé muy bien en que consiste el padecimiento.	Tipo 2	Glibenclamida	Sí
2.-Ahora estoy más informado	Tipo 2	Insulina y complementos.	Sí claro.
3.-Hasta hoy no lo sé bien.	Tipo 1	Insulina pero últimamente la suspendí y bajé de peso.	Cuando la tenía si me sentía mejor.
4.- Sí, escuché las pláticas cuando iba con mi papá a la clínica	Tipo 2	Glibenclamida	Sí.
5.-Lo que sabía es que el páncreas no me funcionaba bien.	Tipo 2	No me acuerdo del nombre.	Pero si me ayudan.
6.- Sabía es que la gente se siente fatigada y no come todo.	Tipo 2	Tolbutamida y otras	Sí.
7.-Sé en que consiste y por eso le temo más.	Tipo 2	Pastillas y suplementos de nopal.	Sí.
8.-Todavía tengo muchas dudas pero me las están despejando.	Tipo 2	Pastillas , tolazamida	No, ya llevo dos meses y no baja el nivel de azúcar.
9.-Ya me estoy enterando más y sí fue muy fuerte el impacto.	Tipo 2	No sé.	No se me ha podido bajar el azúcar.
10.-Casi no, muy poco.	Tipo 2	Acetohexamida	Sí me hacen efecto.
11.-Aún habiendo vivido con alguien con diabetes no sabía.	Tipo 2	Solo me han dado pastillas.	Sí.
12.-Ahora ya mejor informada	Tipo 2	Dieglucón , antes trimenclamida	Sí
13.-Me he estado informando	Tipo 2	No me sé los nombres.	Sí.
14.- Me están informando en la A.M.D.	Tipo 2	Glibenclamida y otro que no me acuerdo.	Sí
15.-Ahora ya, antes nada.	Tipo 2	Pastillas, no sé el nombre.	Sí.
16.-Sí he leído pero a mi no me impresionó, no me da miedo.	Tipo 2	El medicamento no lo recuerdo pero me controlo con tes.	Lo que tomo sí.
17.-Me han explicado más en la A.M.D.	Tipo 2	Pastillas Cloropropamida	Sí.
18.-Hasta hace poco me empecé a enterar en la A.M.D.	Tipo 2	Apenas me dieron pastillas, tenía una dieta pero no la seguí.	Sí.
19.-Ahora sí, en aquel entonces no sabía y creía que se me quitaría.	Tipo 2	Glibenclamida por varios años, hasta hace poco la insulina.	Sí.
20.-No se bien , solo que la sangre se endulza.	Tipo 2	No me sé los nombres.	No, me siento sin fuerzas
21.-En un principio no, ahora sí.	Tipo 2	Pastillas , no me sé el nombre, y vitaminas.	Sí.
22.-No sé bien , no me he informado por falta de tiempo.	Tipo 2	Primero pastillas y ahora llevo 6 años con insulina.	Sí.

23.-Ya me están informando en la A.M.D.	Tipo 2	No tomo medicamento, solo me controlo con dieta y con ayuda de la nutrióloga.	Espero no tener que tomar medicamentos, con el tratamiento que llevo estoy estable.
24.-No sabía y aún no sé bien en que consiste.	Tipo 2	Pastillas, no sé el nombre	Sí
25.-No sé bien	Tipo 2	Pastillas.	Sí.
26.-En aquel entonces sabía menos que ahora, me asusté porque sabía que se complica.	Tipo 2	Pastillas y dieta que me cuesta mucho trabajo llevar.	Sí.
27.- Ahora sé un poco más, antes solo sabía que me sentía mal.	Tipo 2	Pastillas que no recuerdo el nombre.	Sí.
28.- Por mi padre y sus cuidados lo sabía aunque no del todo.	Tipo 2	Solo me están controlando con dieta y ejercicio.	Sí.
29.- Ahora ya tengo más información.	Tipo 2	Con Glibenclamida y otras que no recuerdo.	Sí.
30.- No mucho solo que es mala	Tipo 2	Pastillas y tés.	Sí

De los que dicen que su familia no ha hecho nada respecto de su diabetes está Gabriela quien dice:

“No he sido apoyada como quisiera, mi esposo no lo acepta y mis papás no lo saben”, los que viven solos mencionan que ellos han tenido que arreglárselas. Hay quienes dicen que si sienten el apoyo de su familia, como Euge: *“Mi esposo y mis hijos me apoyan mucho, siempre están al pendiente”,* José: *“Me apoyan, me cuidan, me procuran”,* Margarita: *“Están al pendiente, no dejan que coma cosas dañinas”,* Carlos: *“Mi esposa procura que haya comida adecuada”* y por último Daniel, el único que menciona lo siguiente: *“Mi familia no ha hecho nada, ni tiene porque, el responsable de su enfermedad debe ser el diabético”*.

Son doce los pacientes que mencionan que hasta ahora no han tenido ninguna complicación de la diabetes, unos porque tienen poco tiempo con el padecimiento y otros porque han llevado un buen control del mismo. Los que sí han tenido o tienen complicaciones mencionan las más frecuentes: Neuropatías diabéticas, hipertensión, glaucoma, cataratas o problemas de la visión, afección de los riñones, problemas del corazón y comas diabéticos.

Al preguntarles si alguien más de su familia padece o ha tenido diabetes, solo cuatro personas dicen que no saben, y es porque no tuvieron conocimiento de la historia familiar o bien porque no convivieron con su familia. Todos los demás si han tenido o tienen algún familiar generalmente cercano como la madre, el padre, alguno de los abuelos. A veces tíos, uno o varios hermanos con el padecimiento.

Sobre los síntomas físicos más comunes que presentan cuando tienen su azúcar elevada se observa que no difieren mucho de los síntomas que manifestaban al inicio de la enfermedad: Dolor de cabeza, cansancio, sed, mareos, boca seca, dolor de piernas, mucha hambre, ojos llorosos, vista nublada, inapetencia, dolor en todo el cuerpo. De los síntomas mencionados, todos los pacientes solo padecen uno o varios de los ya citados.

TABLA 5-C “Padecimiento y su Percepción”

Con qué profesional acudió por primera vez?	Qué ha hecho su familia ante su padecimiento?	Ha tenido o tiene alguna complicación de la diabetes?	Alguien de su familia padece diabetes?	Qué síntomas físicos presenta cuando sabe que tiene alta el azúcar?
1.- Medico General.	Si me he sentido apoyada por mi familia.	He tenido crisis de diarrea por la neuropatía.	Solo mi madre la tuvo.	Dolor de cabeza, nauseas e inflamación de los ojos
2.- Con un médico general	Nada, el responsable de su enfermedad debe de ser el diabético.	No.	Solo mi padre la sufrió.	Siento mucho cansancio.
3.- Al Seguro Social con un médico general.	Mi mamá me apoya más, pero los demás piensan que los quiero chantajear.	las piernas me hormiguean y cansancio como si hubiera caminado mucho	Mi abuelo paterno y un tío hermano de mi mamá.	Mucha sed, mareos, ganas de volver el estómago.
4.- Médico general.	Mi esposo me apoya mucho y está al tanto de todo y mi mamá también.	No.	Mi papá que murió hace un año y mi mamá.	Sed, orina frecuente, pero han disminuido pues mi azúcar ya no sube tanto.
5.- Con un médico general.	No como yo quisiera.	Me diagnosticaron también hipertensión.	No lo sé.	Se me seca la boca y me siento cansada.
6.-Médico General.	Si, sobre todo por mis hijas.	Tengo hipertensión y ya tengo cataratas .	No sé de que murieron mis abuelos, no sé.	Me duelen las piernas y se me quita el hambre.
7.-Con médico general pero por ser enfermera me enteré.	No como quisiera mi esposo no lo acepta y mis papás no lo saben.	Hasta ahora no pues tengo poco.	Mi mamá y casi toda su familia de origen.	Siento cansancio, la boca seca y empiezo a orinar frecuentemente.
8.- Con el traumatólogo que me atendía el brazo.	Mis hijos en lo que pueden me apoyan.	Llevo poco tiempo.	Casi toda mi familia, mis papás y hnos. murieron de eso.	Sed excesiva, cansancio, levantarme más en las noches al baño.
9.- Con el médico general.	Mi esposo y mis hijos me apoyan mucho siempre están al pendiente.	Llevo poco tiempo.	Un hermano y dos hermanas.	Honestamente todavía no identifiqué cuando se sube o baja.
10.- Con el cardiólogo que atendió a mi hijo.	Mis hijas siempre están al pendiente.	Tengo también hipertensión no sé si es consecuencia.	No que yo sepa.	Cansancio y sed.
11.- Con el de medicina nuclear.	Nada, solo me apoyan pero no hay mucho que hacer.	Tengo glaucoma, mis riñones están un poco afectados y mis piernas.	Una hermana, de mis otros familiares no sé nada.	Cansancio y mucha sed.
12.- Con un médico general.	Nos apoyan mucho, a mi a mi papá y dos hnos.	Hasta ahora no.	Mi papá tipo I, mis hermanos y yo tipo II	Mucho cansancio.
13.- Con un endocrinólogo.	Me han dado el apoyo que necesito.	El glaucoma lo detectaron antes de la diabetes.	Mi abuelo paterno y dos tíos también paternos.	Cansancio y mucha sed.
14.- Con médico internista particular.	Me apoyan, me cuidan, me procuran.	Yo también tengo glaucoma, nada más.	Casi toda la familia de mi papá.	No presento los síntomas clásicos o algún otro.
15.- Médico internista del hospital ABC, donde trabajé	Vivo a parte, nada .	Cataratas, los riñones afectados, neuropatía y presión alta.	Mi papá.	Cansancio, dolor de piernas, sed y hambre.
16.- El ginecólogo que me trató de la vejiga.	Están al pendiente, no dejan que coma cosas dañinas.	Si, el corazón, llevo una operación a corazón abierto , me dio miedo.	Mi abuela y mis tías maternas.	No presento síntomas, creo que me siento mejor cuando la tengo alta.
17.- Médico internista de PEMEX y el me paso con el endocrinólogo.	Me he sentido apoyada por todos.	Mis ojos, no sé que tengo pero no puedo ya leer bien.	Mi abuelita materna, 3 hermanos y yo.	Dolor en todo el cuerpo y se me nubla la vista.
18.- Médico General.	Casi nada, solo dos de mis hijos me llaman de vez en cuando.	Hasta ahora no.	Mi padre y sus hermanos.	Me dan muchas ganas de orinar y se me llenan los ojos de lágrimas.
19.- Médico general.	Nada yo solo he tenido que aprender a cuidarme con ayuda de la AMD.	Si, mi vista han tenido que cauterizarme y mi pierna por neuropatía.	Familiares de mi madre.	Una ansia de comer tremenda.

20.- Los médicos que llevaban mi embarazo.	Mi esposo no me da el apoyo que necesito.	Aún no.	Solo una hermana de mi mamá.	Dolor de cabeza, mucho agotamiento.
21.- Con el endocrinólogo.	Están al pendiente pero he procurado no alararlos.	Aún no.	Mi padre a los 52.	Cansancio.
22.- Con uno general	No hacen nada, ellos viven a parte.	Un paro cardiaco, un coma diabético, y arritmias	Mi mamá pero se le declaró siendo ya muy grande casi antes de morir.	Cansancio, dolor en todo el cuerpo y sabor dulce.
23.- Con Educadores en diabetes que me checaron.	Me han dado el apoyo que he podido necesitar.	Aún no, y espero no tenerlas.	Mi abuelo paterno.	No presento síntomas, lo noto por los chequeos en el glucómetro.
24.- Un médico internista	Nada, yo he tenido que arreglármelas.	No sé si el infarto que tuve en el cerebelo y la presión alta.	La familia de mi papá.	Mucha sed, boca seca y cansancio.
25.- Médico general	Mi hijo con el que vivo si me cuida, pero los niños solo me dan pesares.	En mis ojos tengo glaucoma.	Nunca supe, pues no conocí a mi familia.	Muy agotada y sin fuerzas.
26.- Con un endocrinólogo	Mi esposa procura que haya comida adecuada.	Tengo neuropatía siento piquetitos en mis pies.	3 medios hermanos la tienen y usan insulina.	Cansancio y se me nubla la visión.
27.- Con uno general	Nada, mis hijos no se ocupan de mí.	He perdido visión pero ya me compre lentes.	Mi mamá la tenía.	Falta de fuerzas, visión borrosa.
28.- Con un endocrinólogo.	Mi esposa me ayuda con la comida.	Hasta ahora no y espero no tenerlo.	Mi padre la tenía y uno tíos hermanos de él.	Sed, cansancio.
29.- Con un médico general.	Se asustaron al principio después están pendientes	Hasta ahora no.	Mi mamá la tenía y uno de mis hermanos también	Tengo mucha sed, cansancio y a veces hambre
30.- Con un doctor general.	Mi esposa nada, está enojada y mi hija es dentista y se dedica a trabajar.	Sí tengo neuropatía diabética y me molesta mucho mis piernas.	Mis abuelos, los papás de mi padre la tuvieron los dos y una hermana mía.	Muchas ganas de orinar, me siento sin fuerzas.

Por lo que toca a las emociones, menos de la mitad dicen que al tener su azúcar alta no identifican alguna emoción que predomine, los demás mencionan que identifican una o varias de las siguientes: miedo, irritabilidad, ansiedad, mal humor, depresión, tristeza, enojo, pensamientos recurrentes, hipersensibilidad.

Estas emociones coinciden con las que mencionan al preguntarles si recuerdan las que sentían con más frecuencia antes de enfermarse, de este modo se muestra a continuación lo que dijeron algunos de ellos (en ese orden) Daniel, Rosa, Hortensia, Gabriela, Euge, Raquel, Margarita, y Susana:

“En general estoy estable y con mis emociones tranquilo” (vuelve a mencionar Daniel que generalmente se encuentra tranquilo, a diferencia de los demás:)
“Siempre he estado igual pero ahora me deprimó más”,

“Siempre he sido una persona más triste que alegre”, “Mucho enojo conmigo misma por no saberme controlar en la comida y en mi peso”, “Siempre he sido muy huraña y he sido más triste que alegre, muy ansiosa y desesperada”, “Soy miedosa, ansiosa, rencorosa hay cosas que me hacen y no olvido”, “Yo siempre he apreciado lo bonito de la vida y las cosas negativas prefiero desecharlas”, “Rencor hacia mi abuelo y coraje porque me dieron responsabilidades desde muy chica”

En la siguiente pregunta se cuestiona si a causa de la diabetes sus relaciones afectivas han cambiado, a lo que la mayoría contestan que no, que no han cambiado debido a la diabetes, los restantes dicen lo siguiente:

Julia: "La relación con mi esposo si, las demás no", Maria Elena: "Si, antes era más paciente, alegre y me iba con amigas a bailar y ahora ya no", Rosa: "Un poco con mi mamá para bien, pues se preocupa más por mí", Gabriela: "Actualmente ya no tengo amigas, si ha cambiado un poco", Euge: "No pero me preocupa la relación con mi esposo porque ya no tengo deseo sexual", José: "Si, pero no solo por la diabetes", Gloria: "Con mi esposo nos afecta sexualmente porque no tengo deseo", Mario: "Si porque he estado muy deprimido y casi no convivo con amigos".

Al preguntarles a los pacientes por qué creen que desarrollaron este padecimiento, sin mencionar otro factor los siguientes pacientes dijeron:

Hortensia: " Por todas las aflicciones, estrés, pero lo que más me dolió fue el engaño de mi esposo", Francisca: "Por tantos corajes", Ricardo: "Por la mala alimentación", Graciela: " Yo pienso que a me dio esta enfermedad por tanto sufrimiento", Mario: " Por no cuidarme y tomar desde los 16 años" Fanny: "No sé bien" (ella no conoció a su familia).

Se encuentra también el caso del Señor Faustino, el cual empezó a desarrollar la diabetes al poco tiempo de que estuvo hospitalizado por una fuerte amibiasis que le había destruido la mitad de su hígado.

Veintitrés de los pacientes creen que desarrollaron este padecimiento debido a la herencia, (entre otros factores) y de esos otros factores listan los siguientes:

"Por comer muchos carbohidratos, y a lo mejor por comer muchos chocolates", "Por el susto del accidente que estuvo a punto de sufrir mi hijo", "Por mi sobrepeso", "Porque en mi familia hay muchos diabéticos y por tomar muchos refrescos", "Por sobrepeso, porque ya me habían advertido y no hice nada", "Por tomar, por el refresco, porque era más gordo", "Por la mala alimentación que tuve siendo adolescente", "Porque viví mucho sedentarismo y comí mucha comida grasosa", "Por los corajes que he hecho", "Porque estaba más gordo pesaba 120kg", "Porque nació mi hijo", "Por comer mal y de más"...

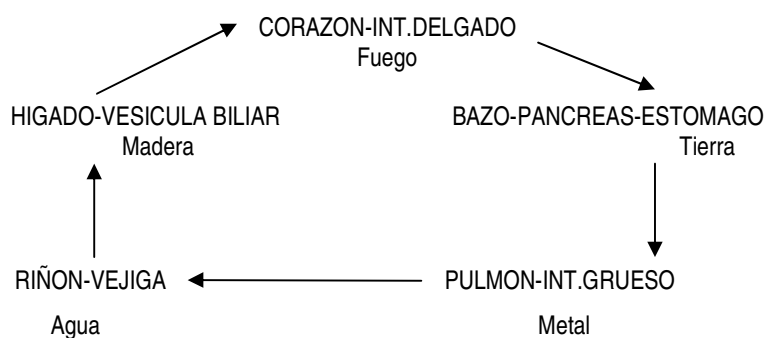
TABLA 5-D “ Padecimiento y su Percepción”

Quando tiene su azúcar alta cuál es la emoción que predomina?	Qué emociones sentía con más frecuencia antes de enfermarse?	Ocurrió algún evento fuerte poco antes del diagnóstico?	Sus relaciones afectivas han cambiado?	Por qué cree que desarrollo este padecimiento?
1.-Mucho miedo “ y pensamientos de los problemas de mi familia.	Tristeza y miedo.	Pocos días antes me asusté mucho pues murió un sobrino y yo lo ví.	La relación con mi esposo, las demás no.	Por herencia y (llegó a aceptar que como venganza con su marido)
2.- No he identificado alguna.	En general estoy estable, y con mis emociones tranquilo.	No recuerdo algo brusco o fuerte.	No, por la diabetes no.	Pienso que por herencia y por comer muchos carbohidratos y a lo mejor por comer muchos chocolates
3.- Me siento de mal humor, irritable.	A la vez me sentía triste por la falta de cariño y a la vez era alegre en la secundaria.	Sí casi atropellan a mi hijo unos días antes y me asusté mucho.	Si, antes era más paciente alegre y me iba con amigas a bailar y ahora ya no.	Yo pienso que por el susto del accidente y por herencia.
4.- Me deprimó y me da miedo.	Siempre he estado igual pero ahora me deprimó más.	Mi padre también hace un año, antes de mi diagnóstico.	Un poco con mi mamá para bien, pues se preocupa más por mí.	Por mi sobrepeso y por herencia.
5.- Me desespero y me enojo muy fácilmente.	No recuerdo.	No que yo recuerde.	No.	Porque en mi familia hay muchos diabéticos, por tomar muchos refrescos.
6.- Siento mucho miedo y pienso mucho en que se me está llegando la hora.	Siempre he sido una persona más triste y desesperada que alegre.	La separación con mi esposo al poco tiempo empecé con los síntomas.	No.	Por todas las aflicciones, estrés pero lo que más me dolió es el engaño de mi esposo.
7.- No he identificado alguna.	Mucho enojo conmigo misma por no saberme controlar en la comida y en mi peso.	Por aquel entonces viví una etapa muy fuerte de estrés	Actualmente ya no tengo amigas. Sí, han cambiado un poco.	Por herencia, por sobrepeso, porque ya me habían advertido y no hice nada.
8.-No sé todo este tiempo he estado más triste que alegre.	siempre he sido poco expresiva pero creo que estoy enojada.	No que yo recuerde.	No.	Por herencia y ansiedad
9.- El enojo un estado de ánimo terrible desde que me dieron el diagnóstico.	Siempre he sido muy uraña y he sido más triste que alegre.	No	No, pero me preocupa la relación con mi esposo porque ya no tengo deseo sexual.	Por herencia.
10.-Triste y muy enojada, y decaída.	Mis enojos.	El infarto de mi hija	No.	Por los corajes.
11.-No he identificado alguna.	Pues no me he caracterizado por ser precisamente alegre, pero tampoco triste.	Lo que pasó con mi hígado por las amibas.	No.	Por las amibas que tenía y a la mejor por herencia.
12.- Me pongo muy sensible.	Siempre he sido muy tranquila, desde el diagnóstico han cambiado mis emociones, más ansiosa.	Poco antes estuve enferma de tuberculosis.	No porque a parte no me gusta estarles informando que soy diabética.	Por herencia
13.-Me siento muy triste, muy melancólica.	El sentimiento de tristeza y decepción de la vida, sobre todo cuando era chica.	La muerte de mi esposo hace dos años.	Por la diabetes no.	Por herencia
14.-No identifico ninguna porque vivo muy tranquila.	Soy rencorosa, hay cosas que me hacen y no olvido.	No	No.	Por herencia
15.- Muy enojón, con ganas de reclamarle a la gente, triste y deprimido.	Confusión y arrepentimiento por lo que le hice a mis hijos.	No	Si, pero no solo por la diabetes.	Por tomar, por el refresco, porque era más gordo y por herencia.
16.-Tampoco me doy tiempo para sentirme mal siempre ando ocupada.	Yo siempre he apreciado lo bonito de la vida y las cosas negativas prefiero desecharlas.	No pero cuando nació mi segundo hijo ví mi expediente, pero hasta después me dijeron.	No.	Por herencia y por la mala alimentación que tuve siendo adolescente.
17.-No identifico alguna en especial.	Rencor hacia mi abuelo y coraje porque me dieron responsabilidades desde muy chica.	Mi padre murió poco tiempo antes.	No.	Porque viví mucho sedentarismo y comí mucha comida grasosa más la herencia.
18.- No he identificado ninguna.	Siempre he sido muy sentimental.	No que yo recuerde.	No.	Por los corajes que he hecho y por la herencia.
19.-Me preocupo pero no identifico alguna especial	Por haberme tomado esa cerveza.	Un coraje con mi esposa.	No.	Por herencia y porque estaba más gordo 120kg.

20.-Me enojo muy fácilmente.	Yo era muy alegre.	Inicié con diabetes gestacional.	Con mi esposo, nos afecta sexualmente porque no tengo deseo.	Porque nació mi hijo y por herencia .
21.- Más enojón	Siempre he sido tranquilo con cara de enojón.	No	No.	Por la alimentación.
22.-Me pongo muy sentimental, muy sensible.	Siempre he sentido mucha soledad y tristeza.	No que recuerde.	No, por la diabetes no.	Yo pienso que a mí me dio esta enfermedad por tanto sufrimiento.
23.- No identifico alguna emoción particular.	No.	No	No.	50% por herencia, 50% por la mala alimentación.
24.- Muy melancólico y sensible.	Siempre me he sentido muy solo.	No	Si porque he estado muy deprimido y casi no conviví con amigos.	Por no cuidarme y tomar desde los 16 años.
25.-No he identificado alguna.	Miedo, sobre todo cuando murió mi esposo.	No	No.	No sé bien.
26.- Irritabilidad.	Siempre he sido muy enojona y explosiva.	No que yo recuerde.	No.	Por herencia y por tantos corajes.
27.- La tristeza.	Creo que siempre me he sentido triste.	No.	No.	Por herencia y por tanto sufrimiento.
28.- Me siento irritable	Casi siempre de buen ánimo.	Nada en especial	No me ha afectado en mi relación con los demás.	Por herencia de mi familia paterna.
29.- Me siento miedosa	Siempre he sido alegre	No que yo recuerde	No.	Por herencia y por comer tanta azúcar.
30.- Me siento igual que siempre.	Pues como que siempre soy alegre y enojón.	No.	No.	Por las herencias y por hacer corajes.

NOTA IMPORTANTE:

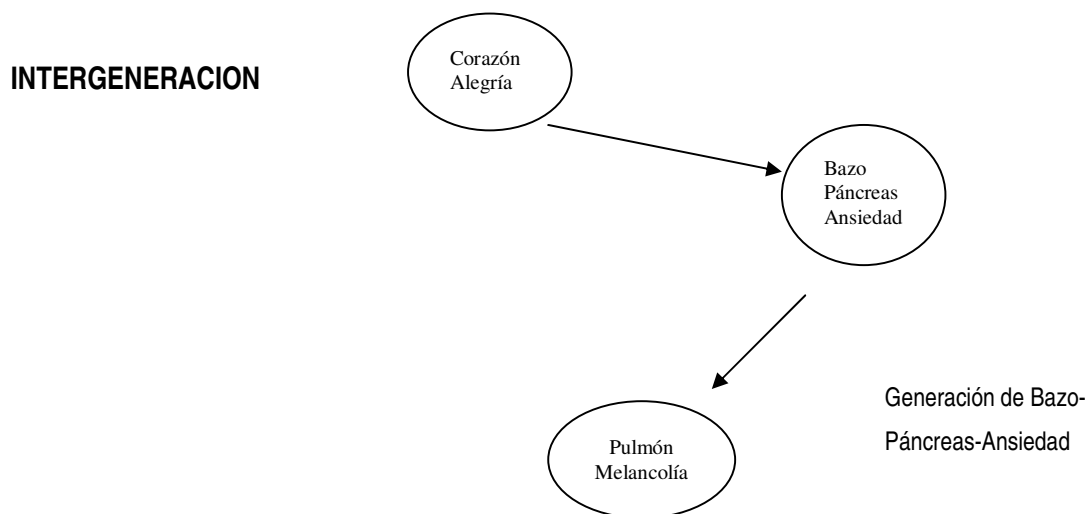
Estas tablas que se acaban de mostrar, son las que enfatizan las emociones que han experimentado con más frecuencia los pacientes entrevistados, y haciendo un alto aquí, recordando las relaciones de intergeneración, dominancia y contradominancia, se muestran los siguientes esquemas, el primero para recordar la orientación que ocupan los órganos en conjunto con los elementos naturales:



Relación de los cinco elementos con los órganos del cuerpo

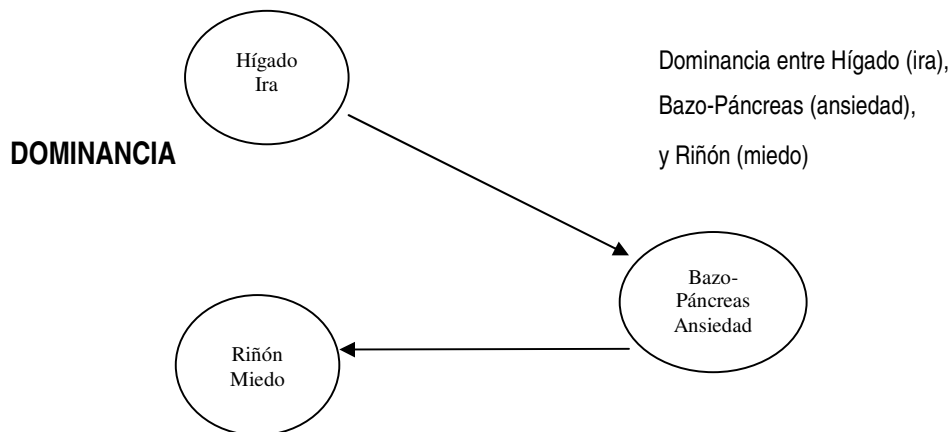
Y los siguientes para mostrar cuáles fueron las relaciones de dominación y contra-dominación que se encontraron con los datos de la investigación. Como se podrá observar en las tablas **3-D** y **5-D**, los pacientes entrevistados coinciden en que las emociones experimentadas con más frecuencia, tanto antes como después de ser diagnosticados como diabéticos son el miedo, la ansiedad, la tristeza y el enojo.

Por lo que, de acuerdo a la teoría de los cinco elementos y llevando esto al cómo se afectan los órganos en la diabetes se toma en cuenta la combinación entre el Bazo - Estómago en donde el páncreas forma parte funcional del bazo. Y es aquí donde la relación de **intergeneración** establece que CORAZON - ALEGRIA, generan a BAZO , PANCREAS - ANSIEDAD y estas a su vez generan a PULMON - MELANCOLIA.

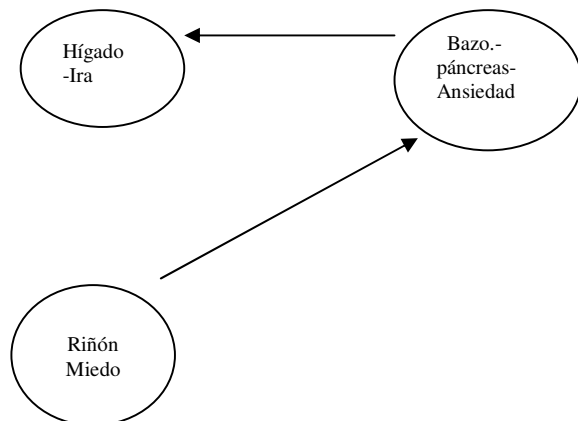


En el caso de la **dominancia** se observaron dos relaciones de este tipo, primero, en el Hígado se inicia el desequilibrio que afecta al bazo (que contiene al páncreas) y a su vez este termina afectando al riñón.

HIGADO – IRA domina a BAZO ,PANCREAS – ANSIEDAD y este domina a RIÑÓN – MIEDO, como se muestra a continuación.



Otra relación de **dominancia** encontrada con los pacientes entrevistados, fue que RIÑÓN-MIEDO domina a BAZO,PANCREAS-ANSIEDAD y este domina a HIGADO-IRA.



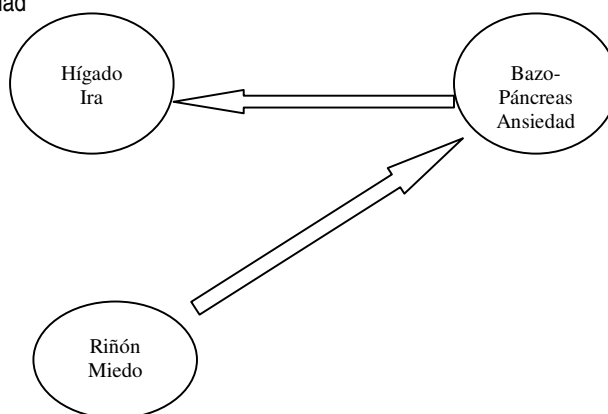
Se trata de pacientes que dicen iniciar con mucho miedo, el cual a su vez se transforma en ansiedad y termina convirtiéndose en Ira o enojo.

Si ponemos atención, esta relación coincide con la anteriormente explicada por la concepción china, es decir, aquella en donde se habla de la diabetes originada en Riñón, por frío.

En lo que se refiere a la **contradominancia** BAZO,PANCREAS – ANSIEDAD contradomina a HIGADO – IRA y RIÑÓN – MIEDO a BAZO,PANCREAS – ANSIEDAD.

CONTRADOMINANCIA

En la contradominancia Bazo-Páncreas-Ansiedad
Contradomina a Hígado-Ira y Riñón-Miedo a
Bazo-Páncreas-Ansiedad.



Continuando con la explicación de los resultados y al pedirles que expliquen cómo perciben su padecimiento, Julia, Daniel, Ma. Elena, Guadalupe, José y Susana dicen que lo perciben como una lucha constante. Los siguientes lo ven como castigo al expresar esto:

Araceli: "Al principio como un castigo sobre todo en relación a la comida", Hortensia: "A parte de todo lo que he pasado, sí me parece como un castigo", Gabriela: "Como un castigo no se de qué o de quién, no lo puedo aceptar", Euge: "Como un castigo, porque no lo puedo aceptar, no es justo" (cabe mencionar que, debido a que ella, lleva poco tiempo con la diabetes se encuentra muy irascible y de momento no lo puede aceptar).

Faustino, Margarita, Juan y Mary coinciden al decir que lo ven "Como una enfermedad con la que hay que aprender a vivir", 3 pacientes lo perciben como oportunidad Raquel: "Como una oportunidad para aprender a cuidarme", Gloria: "Todavía no sé porque me dio esto pero lo veo como una oportunidad", Samuel: "Como una oportunidad para aprender a cuidarme mejor". Y por último (en ese orden) Araceli, Francisca, Maru, Martina, Hugo, Ricardo, Graciela, Mario, Fanny, Carlos, Roberto,

Sandra, Narciso, comentan lo siguiente: *“Lo veo como una herencia”, “Como algo que hay que cuidar”, “Como algo que debo aceptar y enfrentar con responsabilidad”, “Pues solo una enfermedad más de las que ya tengo y con más razón me tengo que cuidar”, “Como una prueba para probar mi paciencia”, “Como un reto más a vencer”, “Como algo que me está dando mucha lata”, “Como el mensajero que me avisa que mejor me cuide”, “Yo ni le hago caso a la enfermedad, mejor hago lo que me dice el doctor”, “Como algo que me avisa que tengo que cuidarme”, “Como un reto más”, “Como algo más de que ocuparme, a parte todo lo que hago”, “Como algo que no me deja comer lo que quiero y me da lata”*

En cuanto a la percepción del padecimiento fue notable tanto en las respuestas verbales como en el lenguaje corporal de los entrevistados que varios de ellos no han aceptado del todo tener esta enfermedad, como el caso de Euge que como se había mencionado, tiene poco tiempo de haber recibido el diagnóstico y cuando se toca el tema, acto seguido empieza a llorar y a decir que no puede estarle pasando esto siendo deportista y teniendo lo necesario para estar saludable. Lo que ella no parece tomar en cuenta y recordar es la forma o estilo de vida que ha tenido a lo largo de los años.

Cuando se les cuestiona a los pacientes si ha cambiado su vida por causa de la diabetes, a excepción de Daniel, Ricardo y Margarita (quienes mencionan que tener diabetes no les afecta), todos los demás dicen que sí ha habido cambios a partir de que les dieron el diagnóstico y coinciden en que: Si ha cambiado la vida porque ahora tienen que tener cuidado con lo que comen, en que se tienen que cuidar más, en que se tienen que hacer responsables del padecimiento, en que ahora aprecian y valoran más su salud, en que no se han cuidado como deben hacerlo, en que algunos eran más acelerados y se han vuelto más tranquilos, unos en que ahora encuentran más motivos para vivir y cuidar su cuerpo, otros al contrario, como Gabriela y Euge que mencionan:

“Me enojé más con la vida, ya estaba aceptando mi hipotiroidismo y ahora la diabetes”, “En que me siento enojada con la vida, no se me hace justo, yo soy deportista no tengo sobrepeso y no puedo aceptar que tengo esto” .

Se pueden observar las diferentes formas de reaccionar ante el padecimiento y el cómo la enfermedad sin lugar a dudas repercute en sus vidas en forma positiva o negativa. Esta forma de asumir su padecimiento también fue evidente al pedirles que mencionaran qué piensan hacer en adelante con su diabetes, la gran mayoría contestó que piensan seguir las indicaciones de su médico, nutrióloga, endocrinólogo etc. y cuidarse mejor de cómo lo han hecho hasta ahora lo que hace notar que finalmente su respuesta se orienta positivamente, solo Euge respondió: *“Pues no sé si algún día lo pueda aceptar”*

Algo que es muy importante mencionar en este trabajo, es saber cuál es la percepción que tiene cada uno de los pacientes, a cerca de su propio cuerpo, por lo que al preguntarles que piensan de tenerlo, para apreciar mejor lo que contestan se enlistan a continuación todas las respuestas:

“Que es nuestra cáscara y hay que cuidarla”, “Ahora después del diagnóstico lo valoro más y lo cuido”, “Ahora se que cuando estaba bien no lo notaba y ahora quisiera estar bien”, “Que no lo he cuidado como debería”, “Que es bueno porque si no lo tuviéramos no podríamos hacer nada”, “Que está muy gordo y que tengo que ayudarle con la dieta”, “Que no lo acepto, desde mi adolescencia mi temor más grande era ponerme gorda”, “No sé como decirlo pero es lo mejor que tenemos”, “Que últimamente no me gusta tenerlo, y que me estoy vengando tratándolo mal”, “Que ahora se que me está pidiendo que lo cuide”, “Que el tiempo que me quede debo cuidarlo”, “Ahora sé que lo tengo que cuidar y es lo que hago en lo posible”, “Seguirme cuidando”, “Que el mio no lo cuidé como debía”, “Que lo he maltratado mucho”, “Pienso que lo valoro más, lo que no me gusta es mi imagen, yo era muy delgada”, “Que ya es tiempo de cuidarlo”, “Ahora lo valoro porque nadie sabe lo que tiene hasta que se enferma de diabetes”, “Que tengo que cuidarlo”, “Me siento contento con este que me tocó debo cuidarlo más”, “Que no lo he cuidado como debo”, “Que ya es hora de ponerle atención y cuidarlo”, “Que el pobre ya está muy lastimado por el cuidado que le tengo”, “Que me cuesta mucho trabajo cuidarlo con la comida”, “Que es bueno tenerlo, pero no valoramos lo que tenemos”, “Que hay que cuidarlo”, “Que aparte del factor “herencia” yo lo descuidé”, “Que ya está medio amolado por tantos hijos y no lo he cuidado bien”, “Pienso que no lo supe cuidar porque méreme nomás como ando”.

Se pudo notar en la expresión de los pacientes, sobre todo en los que hacían referencia a no haber prevenido este padecimiento, desilusión o gestos que muestran arrepentimiento, de no haber tomado en serio las advertencias recibidas por sus médicos. También fueron

visibles algunas expresiones de inconformidad por su cuerpo, así como gente contenta y agradecida por tenerlo y haciendo conciencia de cuidarlo más.

También se les cuestiona a los pacientes cómo se describen como personas, y algunas de sus respuestas vuelven a hacer referencia a su propio cuerpo y al cómo lo perciben, aspecto que está estrechamente relacionado con su auto-concepto y autoestima. Se muestra a continuación lo que dijeron de ellos mismos:

Julia: *"Una mujer que tiene que esforzarse por seguir"*, Daniel: *"Como alguien que se forja metas y lucha por ellas"*, Ma. Elena: *"Como alguien responsable"*, Rosa: *"Me cuesta trabajo dejarme apapachar, soy ansiosa, y miedosa"*, Araceli: *"Una persona que se desespera muy fácilmente"*, Hortencia: *"Como una buena madre, alguien que permaneció fiel a su esposo"*, Gabriela: *"Como una persona enojada con la vida porque he subido más de 50 kg. De peso y eso me llega mucho"*, Guadalupe: *"Como una persona luchona"*, Euge: *"Como una persona de carácter fuerte y rencorosa"*, Pachita: *"Soy muy berrinchuda me enciendo fácilmente de coraje"*, Faustino: *"Como un señor que ha vivido mucho"*, Maru: *"Siempre he sido muy perfeccionista pero me siento contenta con lo que he logrado"*, Martina: *"Como alguien que ha sufrido mucho, pero a quien la vida ha recompensado con ese esposo y esos hijos"*, Raquel: *"Mas alegre que triste, ni buena, ni mala"*, José: *"A quien le cuesta vencer las dificultades"*, Margarita: *"Como una persona muy fuerte que siempre trata de salir adelante"*, Susana: *"Como una mujer feliz, una mujer realizada y muy querida"*, Juan: *"Como alguien muy luchon que ha cometido muchos errores y ahora trata de arreglarlos"*, Hugo: *"Como una persona pacifista y luchona"*, Gloria: *"Como alguien a quien le falta valentía para revelarme con mi esposo"*, Mario: *"Como una persona muy fuerte"*, Graciela: *"Como alguien que aún con esta enfermedad le doy la vuelta y me pongo a trabajar"*, Samuel: *"Como una persona honesta, que se siente bien con su trabajo y disfruta platicar con la gente"*, Mario: *"Como alguien que ya se cansó de tanto sufrir, ya me voy a cuidar"*, Fanny: *"Como una persona alegre de vivir"*, Carlos: *"Como un hombre que casi no tiene amigos, un hombre fuerte"*, Mary: *"Como una mujer que ya se cansó de vivir y quiere recuperarse en todo"*, Roberto: *"Como alguien que busca soluciones a sus problemas"*, Sandra: *"Como una persona trabajadora que sigue resolviendo situaciones"*, Narciso: *"Como un señor trabajador que le gusta la vida pero quiero estar sano"*.

TABLA 5-E “ Padecimiento y su Percepción”

Cómo percibe su padecimiento?	De que manera ha cambiado su vida a partir del diagnóstico?	Que piensa hacer con su diabetes en adelante?	Que piensa de tener su cuerpo?	Como se describe como persona?
1.-Al principio como una desgracia, ahora como una lucha constante.	En que tengo que estar al pendiente con lo que como y me caiga bien.	Seguir las indicaciones del médico.	Que es nuestra cáscara y hay que cuidarla.	Como una mujer que tiene que esforzarse por seguir.
2.- Como algo que hay que controlar con el esfuerzo diario.	Hay que tener cuidado pero no me ha afectado tener esto.	Seguir controlándola al día.	Ahora después del diagnóstico lo valoro más y lo cuido.	Como alguien que se forja metas y lucha por ellas.
3.- Como una lucha de todos los días.	Que ahora tengo que mantener a mis hijos y la enfermedad.	Voy a ir a la A.M.D. para que ellos lleven mi control.	Ahora se que cuando estaba bien no lo notaba y ahora quisiera estar bien	Como alguien responsable
4.- Al principio como castigo sobre todo en relación a la comida.	En que antes no tenía que preocuparme de lo que comía, ahora sí.	Cuidarme más y lo hago con el plan de nutrición de la A.M.D.	Que no lo he cuidado como debería.	Me cuesta trabajo dejarme apapachar.
5.- Como una herencia	Pues ahora está cambiando porque no sabía nada.	Seguir las indicaciones que me acaban de dar en mi 1ª. cita	Que es bueno porque si no lo tuviéramos no podríamos hacer nada.	Como una persona que se desespera muy fácilmente.
6.- A parte de todo lo que he pasado, si me parece como un castigo.	Pues aunque no sigo la dieta que debo, al acordarme se me quita el disfrute.	Ahora sí a cuidarme, porque me van a operar de los ojos y tengo que bajar mi nivel de azúcar.	Que está muy gordo y que tengo que ayudarlo con la dieta.	Como una buena madre como una persona decente que siempre permaneció fiel a su esposo
7.- Como un castigo no se de que o de quién, no lo puedo aceptar.	Me enojé más con la vida, ya estaba aceptando mi hipotiroidismo y ahora la diabetes.	Cuidarme por esto vengo a la AMD., hoy fue mi primera sesión.	Que no lo acepto, desde la adolescencia mi temor más grande era ponerme gorda.	Como una persona enojada con la vida porque he subido más de 50 kg. y eso me llega mucho.
8.- Como una lucha constante.	Ahora me preocupo de todo, no estoy tranquila.	Seguirme cuidando con ayuda de mi nutrióloga.	No sé como decirlo pero es lo mejor que tenemos	Como una persona luchona.
9.- Como un castigo, porque no lo puedo aceptar, no es justo.	En que me siento enojada con la vida.	Pues no sé si algún día lo pueda aceptar.	Como que últimamente no me gusta tenerlo, y me estoy vengando en el tratándolo mal.	Una persona de carácter fuerte y rencorosa.
10.- Como algo que hay que cuidar.	Pues en que ahora me tengo que cuidar más.	Cuidarme más.	Que ahora sé que me está pidiendo que lo cuide.	Soy muy berrinchuda me enciendo fácil de coraje.
11.- Como lo que es, una enfermedad, hay que aprender a vivir con ella	En que ahora tengo que informarme y cuidarme más.	Seguir viviendo mientras Dios quiera.	Que el tiempo que me quede debo cuidarlo.	Como un señor que ha vivido mucho.
12.- Como algo que debo aceptar y enfrentar con responsabilidad.	Me he vuelto más ordenada y cuidadosa con mis alimentos.	Seguirme cuidando como ya lo hago.	Ahora sé que lo tengo que cuidar y es lo que hago en lo posible.	Siempre he sido muy perfeccionista pero me siento contenta con lo que he logrado.
13.- Pues solo uno más de los que ya tengo y con más razón me tengo que cuidar.	En se que tengo una enfermedad mas y me he hecho mas responsable de mis cuidados.	Cuidarme como lo he venido haciendo.	Seguirme cuidando.	Como alguien que ha sufrido mucho, pero que también la vida me ha recompensado con ese esposo y esos hijos.
14.- Como una oportunidad para aprender a cuidarme.	En que ahora aprecio mucho la salud	Seguir las indicaciones de mi nutrióloga.	Que el mío no lo cuidé como debía.	Más alegre que triste, ni buena ni mala.
15.- Como una lucha constante.	En que no me he cuidado y ya es hora.	Seguir la dieta e indicaciones.	Que lo he maltratado mucho.	A quien le cuesta vencer las dificultades soy yo.
16.- Como algo que hay que aceptar para vivir.	Pues en saber que todos los días tengo que hacer lo necesario para estar bien.	Cuidarme todavía más, pues como ya dije, el corazón me preocupa.	Pienso que lo valoro más, lo que no me gusta es mi imagen, yo era muy delgada.	Como una persona muy fuerte que siempre lucha por salir adelante.
17.- Como una lucha constante.	Antes era yo muy acelerada muy aprensiva y desde que me enfermé soy mas tranquila.	Tratar de estar mejor seguir las indicaciones.	Que ya es tiempo de cuidarlo.	Como una mujer feliz, una mujer realizada, me siento muy querida por todos.
18.- Como un padecimiento que hay que aceptar y vivir con el.	No ha cambiado como debería porque no me he cuidado como debo hacerlo.	Lo tengo que hacer, aunque no quisiera dejar los placeres.	Ahora lo valoro pues nadie sabe lo que tiene hasta que se enferma de diabetes.	Como alguien muy luchón que ha cometido muchos errores y ahora trata de arreglarlos.

19.- Como una prueba para probar mi paciencia.	Ha cambiado porque ahora encuentro más motivos para vivir y valorar mi cuerpo.	Seguir las indicaciones de la A.M.D.	Que tengo que cuidarlo.	Como una persona pacifista y luchona.
20.- Todavía no sé porque me dio esto pero lo veo como oportunidad.	Que me siento muy débil y sin apoyo ya que mi esposo no lo entiende.	Visitar otro médico y seguir las indicaciones.	Me siento contento con este que me tocó, debo cuidarlo más.	Como una persona que le falta valentía para revelarme con mi esposo.
21.- Como un reto más a vencer.	Yo sigo mi vida normal y sigo las indicaciones.	Seguirme cuidando, aquí me están dando buena orientación en la A.M.D.	Que no lo he cuidado como debo.	Como una persona muy fuerte.
22.- Como algo que me está dando mucha lata.	En que ahora estoy más achacosa y tengo que estar al pendiente de la insulina.	Cuidarme más.	Que ya es hora de ponerle atención y cuidarlo.	Como alguien que aún con esta enfermedad le doy la vuelta y me pongo a trabajar.
23.- Como una oportunidad para cuidarme mejor.	En el cuidado que tengo con mi comida, en como me cuido ahora.	Seguir dejándome guiar por mi nutriólogo y haciendo ejercicio.	Que el pobre ya está muy lastimado por el cuidado que le tengo.	Como una persona honesta que se siente bien con su trabajo y disfruto platicar con la gente.
24.- Como el mensajero que me avisa que mejor me cuide.	Ha cambiado para bien porque ahora veo cosas que no veía.	Dedicarme a darle bata-lla a mi enfermedad comiendo bien, tomando las pastillas y no tomar.	No entiendo la pregunta	Como alguien que ya se cansó de tanto sufrir, ya me voy a cuidar.
25.- Yo ni le hago caso mejor trato de hacer lo que me dice el doctor.	De que hoy me tengo que cuidar más.	Cuidarme todavía más y hacer ejercicio.	Que me cuesta mucho trabajo cuidarlo con la comida.	Como una mujer alegre, alegre de vivir.
26.- Como algo que me avisa que tengo que cuidarme.	Lo malo es que no ha cambiado como debe porque no me cuido como debo.	Combatirla, me va a costar mucho trabajo, sobre todo por la dieta.	Que es bueno tenerlo pero no valoramos lo que tenemos.	Como un hombre que casi no tiene amigos, un hombre fuerte.
27.- Como algo con lo que voy a vivir siempre.	Hasta apenas me cuido más en mis comidas.	Cuidar mis comidas, no hacer corajes.	Que hay que cuidarlo.	Como una mujer que ya se cansó de sufrir y quiere recuperarse en todo.
28.- Como un reto más.	Me alimento mejor y valoro más todo.	Seguirme cuidando.	Que aparte de la herencia yo lo descuidé.	Como alguien que busca soluciones a sus problemas.
29.- Como algo más de que ocuparme a parte de todo lo que hago.	Físicamente he cambiado ya no me siento igual que antes.	Me estoy cuidando, seguirme cuidando.	Que ya está medio amolado, con tantos hijos y no lo he cuidado bien.	Como una persona trabajadora, que sigue resolviendo situaciones.
30.- Como algo que no me deja comer lo que quiero y que me da lata.	En que tengo que comer lo que no me gusta y ya no puedo caminar bien.	Cuidarme pero allá en E.U. yo solo tengo que ver por mi.	Pienso que no lo supe cuidar porque mire como ando.	Como un señor trabajador que le gusta la vida pero que esté yo sano.

En la tabla 6 “Alimentación”, se observan datos relacionados con el estilo de vida que llevan y han llevado los pacientes en el consumo de sus alimentos a lo largo de su vida. Poco más de la mitad refieren que hacen las tres comidas clásicas al día. Hay cinco personas que hacen solo dos comidas al día. Siete pacientes que toman alimentos cinco veces, incluyendo las dos colaciones recomendadas por los nutriólogos. De todos ellos, se nota que quienes están más comprometidos con su cuidado ponen más atención a lo que comen y al número de veces, sobre todo quienes llevan un seguimiento por parte de la A.M.D. (Asociación Mexicana de Diabetes) ya que les dan un plan de alimentación que ocupan de guía para las cantidades de alimentos que les corresponden. La mayoría dice que desayunan fruta, algunos yogurt, pan o “cereal”, huevos. Para la segunda comida fuerte mencionan una comida normal (sopa, guisado) en la que algunos evitan las grasas, y hasta

han sido criticados por sus familias por la forma diferente en que ahora cocinan. Para la cena en su mayoría hablan de comer o tomar algo ligero. Sobre qué alimentos consumen más y cuáles menos, mencionan más verduras y menos carnes, más frutas y menos grasas, menos bebidas azucaradas, menos tortillas, aunque algunos aceptan que solo han bajado un poco el consumo de lo dañino, otros confiesan que les cuesta trabajo dejar de comer carnes y alimentos grasosos o les es difícil acostumbrarse a las frutas y verduras. Y casos opuestos como el de Daniel: *“Como lo que prepara mi esposa, que por mí aprendió a cocinar saludable”* y el de Gabriela: *“Como de todo, puras cochinadas, porque me dan crisis de ansiedad y no puedo dejar de comer”*.

Todos comen en su casa, y los que trabajan, según el horario comen con sus compañeros de trabajo y la cena la hacen con sus familiares. Los alimentos que la mayoría procura evitar (sobre todo los pacientes más concientes y responsables con su enfermedad) son: los grasosos como las carnitas, la barbacoa, las garnachas, los refrescos, el café, los irritantes, los chocolates, los biscochos, y la tortilla.

TABLA 6-A “Alimentación”

Cuántas comidas hace al día?	Por lo general que come?	Qué alimentos consume más y cuáles menos	Dónde come?	Que alimentos evita comer?
1.- 3 o 4	Desayuno y comida y 2 veces entre cada comida.	La verdad como de todo, me prohibieron la tortilla pero no la he podido dejar.	En mi casa.	Las carnitas
2.- 5 comidas, incluidas 2 colaciones.	Con la información que tengo, trato de balancear mis alimentos	Lo que prepara mi esposa, que por mí aprendió a cocinar saludable para los dos.	En mi casa y a veces con los amigos en un restaurante.	Ahora los grasosos.
3.- 3 comidas al día, como lo que puedo, no hay un horario.	Lo que puedo y a veces a prisa por la presión del trabajo.	Me gusta mucho lo dulce.	En mi trabajo y desayuno en mi casa.	Cuando puedo me acuerdo de mi dieta y no como grasas.
4.- 5 comidas.	Procuró seguir la dieta al grado de que mi esposo e hijo me han reclamado por la comida	Más frutas y verduras y menos grasas.	En mi casa.	Grasas.
5.- 2 comidas, pero me acaban de decir que deben ser 5 al día.	De todo hasta hoy.	La verdad es que como de todo pero ya no lo haré.	En mi casa.	Ninguno.
6.- Dos	Bistec asado o guisado que tenga, a veces una fruta entre el desayuno y la comida.	Ya sé que estoy mal pero como más carne, me cuestan trabajo las verduras.	En mi casa.	Las carnitas, la barbacoa.
7.- 3 mas lo que como por ser desordenada.	Desayuno el guisado del día anterior.	Como de todo, puras cochinadas porque me dan crisis de ansiedad y no puedo dejar de comer.	En mi casa porque trabajo de noche, llevo 15 años con este ritmo.	Pues hasta ahora que van a empezar a checarme quiero dejar de comer lo que me daña.
8.- 2, pero ya he hecho cambios en mi dieta.	Ya procuro desayunar y cenar algo ligero.	Ya no como garnachas o fritangas.	En mi casa.	Los de la calle.
9.- 3	Jugo y huevos al gusto en la mañana. En la comida normal y casi no ceno.	Menos las fritangas, me gustan pero no las como.	Entre semana con mis amigas del club.	Fritangas.

10.- Ahora ya hago 3, antes no tenía horario.	Desayuno jugo guisado del día anterior, comida normal y cena ligera.	Menos grasas y más verduras.	En mi casa, a veces en la tienda.	Grasas.
11.- 3	Desayuno jugo, fruta, comida normal y cena sin grasas.	Como todo pero he disminuido las grasas y las harinas.	En mi casa.	Las grasas y carnes en exceso.
12.- 3 y a veces 4.	Tengo que desayunar bien, comer y cenar.	Más verduras y menos grasas.	Cerca de mi trabajo, comida corrida.	Fritangas y pan de dulce que me encanta.
13.- 3 al día.	Tengo que seguir una dieta pero no es muy rígida.	Todo lo que recomiendan los médicos.	En mi casa.	Evito las grasas, los panes, las tortillas y los refrescos.
14.- Generalmente 3 al día pero en la AMD me están recomendando dos colaciones.	De todo ahora con mi plan de alimentación.	Hasta hace poco que voy a la A.M.D. estoy dejando las grasas.	En mi casa con mi sobrino.	Las grasas las estoy dejando.
15.- 3	En la mañana cereal y huevo, comida normal y últimamente más verdura.	Más verduras y menos carnes.	En la casa solo o con mis vecinos.	Carnes y fritangas.
16.- 3	Desayuno té con leche, un huevo tibio y un pan, como lo que me llevo al negocio y ceno poco.	Me cuido de no comer cosas de la calle, me llevo mi comida.	Desayuno y ceno en mi casa, y como en mi negocio.	Evito la barbacoa que me encanta y las natas, si las como me afectan mucho.
17.- 3 comidas al día.	En la mañana un jugo, un sándwich y una fruta, la comida normal y cena ligera.	Más, lo que me permiten en la AMD. y menos, las grasas.	En mi casa con la señora que hace la limpieza o con mis hijas.	Tortillas, pan, camitas es lo que evito.
18.- 2, no tengo horario fijo.	De todo porque no me cuidado bien.	Como todo, pero evito el pan y el azúcar.	En la calle con mis cuates.	Ni pan ni azúcar.
19.- 3 al día y dos colaciones según la A.M.D.	Desayuno la comida del día anterior, como sopa y guisado y ceno ligero.	Más los que me permitan y menos grasas.	En mi casa en la mañana y noche y comida en el trabajo.	No a los chocolates y a las grasas.
20.- 3	Todo lo normal sin cambiar nada.	Como de todo, no me he cuidado.	En mi casa.	Refrescos y grasas es lo que evito.
21.- 3, y dos colaciones.	Me dieron un plan nutricional, puedo comer todo, desayuno ligero.	Como de todo con las medidas del plan de alimentación.	En mi casa, a veces salgo a comer fuera.	Café refrescos, y grasas.
22.- 3	Comida corrida y de cena fruta.	Como de todo.	Desayuno y ceno en casa y como en el trabajo.	No como comidas muy grasosas.
23.- 3, y dos colaciones.	El desayuno y comida son fuertes, como lo permitido y la cena es ligera.	Más frutas y verduras, menos grasas y refrescos.	En mi trabajo, y el desayuno en mi casa.	Evito los chocolates que me encantan, las pastas, las bebidas y refrescos.
24.- 3	He estado comiendo lo que he podido y donde he podido, pero me cuidaré más.	Desde el infarto el infarto no me he cuidado como debo.	Donde pueda detenerme a comer.	Casi ya no como fritangas y alimentos con azúcar.
25.- 2	En la mañana cereal y fruta, sopa y guisado en la comida y fruta entre las comidas.	Más fruta y menos mariscos y grasas.	En casa con mis nietos.	Los mariscos y las grasas.
26.- 3, pero como soy antojadizo luego como entre comidas.	Desayuno papaya con queso cottage, pan, café con leche, como bien en la comida y ceno ligero.	Más las carnes, menos las frutas y verduras.	En mi casa.	Evito las camitas, la barbacoa, el chocolate que lo comí mucho tiempo.
27.- Solo 3	Desayuno jugo o leche, un pan y fruta.	Más las verduras, y la carne se las doy a los niños.	En mi casa.	La carne y las grasas.
28.- Ahora 5, antes 3	Desayuno comida y cena más completos y dos colaciones de fruta o yogurt.	Más verduras y agua natural, menos carnes y comidas grasosas.	En mi trabajo y ceno y desayuno en mi casa.	Las camitas y la comida muy grasosa.
29.- 3	Desayuno huevo, tomo leche con café. Como guisado y sopa y ceno leche y pan.	Más el pollo, que estuve vendiendo, la verdura la cocino y ya comemos más sano que antes.	En mi casa.	La comida con mucha grasa como las camitas o las fritangas.
30.- Como tres veces.	Desayuno fruta y yogurt como bien y ceno leche ya no tomo café.	Más los que no me gustan como las verduras y menos las carnes y café.	En mi casa.	Las carnes y los irritantes.

Al querer saber si los entrevistados realizan alguna otra actividad mientras comen (pensamientos), algunos de ellos mientras comen platican si hay con quien hacerlo, ya sean compañeros de trabajo o familiares, varios más explican que mientras comen están pensando en lo que tienen que hacer cuando regresen a trabajar o a sus casas. Son pocos los que se concentran en disfrutar sus alimentos y hay quien dice no disfrutarlos por el sentimiento de culpa por comer de más.

Al preguntarles si algunas veces se les va el hambre y dejan de comer, los que dicen que sí mencionaron que ocurre cuando: *“me siento mal del estómago”, “Solo cuando tengo el azúcar alta”, “Sobre todo en las noches”, “Si, cuando tengo alguna preocupación”, “Cuando hay más presión de trabajo, una vez al mes”, “Cuando me siento deprimida”*. De los que mencionaron que no, dicen: *“Me da mucha hambre siempre”, “No se me quita el hambre, al contrario, a veces me da ansiedad por comer”, “Casi no sufro por falta de hambre”, “Nunca se me va el hambre, a menos que algo me preocupe mucho”*. El resto contestó que solo a veces.

Se observó que a la pregunta *“¿Come entre comidas?”* la gran mayoría responde que sí, de los que contestaron afirmativamente, solo siete lo hacen con el conocimiento de que es importante tomar una colación entre cada comida, esto es, comer algo ligero que les proporcione la energía que requieren. Los demás (aún sin tener información sobre las colaciones) se comen una fruta, un taco o un yogurt para aguantar a la siguiente comida. Es Gabriela la única que menciona que se la pasa comiendo lo que no debe y luego tiene sentimientos de culpa. Finalmente, solo dos contestan que no comen nada entre comidas porque se les va el hambre.

Sobre el hecho de haber notado aumento o disminución en su peso, hay siete que no han notado ningún cambio en su peso corporal. Todos los demás sí. Se encontraron casos como el de Julia, que por la neuropatía que presenta, a veces tiene fuertes diarreas lo que la hecho bajar de peso, también María Elena quien tiene la diabetes tipo I por lo que su control incluye la insulina, comenta que tiene un tiempo que ha dejado de administrársela y ha bajado de peso. Siete personas más hablan también de disminución en su peso. Hablando de quienes han subido, está el caso de Daniel quien desde hace seis meses que se administra

insulina ha notado un aumento en su peso, a parte de él hay 10 personas que también han notado aumento en su peso, entre estos casos, está nuevamente Gabriela quien dice que este aumento es algo que le llega mucho porque no le gusta como se ve ante el espejo. Hay tres casos en los que notan aumento y disminución, de los cuales uno es porque también tiene problemas con la tiroides y esto provoca los desajustes del peso.

Es importante mencionar que al menos la mitad de los entrevistados son robustos o con exceso de peso, factor que como ya se ha mencionado es uno de los detonantes de la diabetes o bien una causal para apresurar el inicio de las complicaciones.

Finalmente en este rubro relacionado con la alimentación se les pregunta cuáles eran los alimentos que comían con más frecuencia antes del diagnóstico y enseguida se enlistan sus respuestas:

“De todo”, “Consumía mucho el chicharrón de cerdo y me gustaba mucho la vitamina T”, “Si comí más tacos y garnachas”, “Refrescos, grasas, quesadillas, gorditas”, “Coca-cola, todos los refrescos y fritangas”, “Comía de todo muchas carnes asadas y refrescos”, “refrescos, pastelillos, grasas, gorditas, quesadillas”, “Comía de todo no tenía ningún cuidado”, “Las golosinas me gustan mucho y el café”, “Hacíamos muchas hamburguesas, tortas y hot-dog”, “Mucho café y grasas”, “Pan de dulce y fritangas”, “Comía de todo pero sí eran comidas grasosas”, “Guisados grasosos como las carnitas y la barbacoa”, “Vicerias con mucha grasa que nos compraba mi papá carnitas, refresco y mucho pan y tortillas”, “Desde niño muchos mariscos pues mi papá tenía su negocio”, “Llegué a comer muchos chocolates”, “Refrescos, café y grasas”, “Las condimentadas y grasosas”, “Los grasosos como carnitas y fritangas”, “Aguacate y chocolates”, “Fritangas y azúcares”, “El pan me encantaba le echaba mucha nata y lo comía mucho”, “No había domingos sin barbacoa o carnitas”, “Tomaba mucho café y comía las cosas más grasosas”, “Me gustaban mucho las garnachas”, “Comía de todo, pero ningún alimento en especial”, “Todos, comía muchas carnitas y carne”.

Como se puede observar muy claramente en las respuestas, el factor alimenticio ha tenido un papel de gran peso en el desarrollo y manifestación de la diabetes en estos pacientes entrevistados. Ya que como ellos mismos lo indican, los alimentos que consumían con más frecuencia antes del diagnóstico, son aquellos que contienen grandes cantidades de grasas, sales y azúcares, elementos que contribuyen indudablemente al desequilibrio metabólico

que provoca la diabetes. Además de que los pacientes mencionan que estos alimentos eran los que comían porque eran los que tenían y lo hacían también por costumbre familiar.

TABLA 6-B “Alimentación”

Realiza alguna otra actividad mientras come (pensamientos)?	En algunas ocasiones el hambre se le va y deja de comer?	Come entre comidas?	Ha notado algún aumento o disminución en su peso?	Antes del diagnóstico que tipo de alimentos comía con más frecuencia?
1.- Casi siempre pienso lo que voy a hacer después.	Sí, cuando me siento mal del estómago.	Sí.	Ha disminuido sobre todo cuando me da diarrea.	De todo.
2.- No, o solo platicar.	No.	Las dos colaciones	Sí, desde hace 6 meses que me recetan insulina, he aumentado.	Consumía mucho el chicharrón de cerdo y me gustaba mucho la vitamina “T”
3.- Sí, generalmente estoy pensando lo que haré cuando regrese a trabajar.	Sí, cuando me siento mal y a veces al contrario me da ansiedad por comer.	Cuando puedo alguna fruta.	Sí, desde que dejé la insulina he bajado de peso.	Lo que como ahora, pero sí comí más tacos y gamachas.
4.- Platico con mi hijo o con mi esposo.	Al contrario, a veces me da ansiedad y empiezo a comer sin parar.	Sí con las que se llaman colaciones.	He aumentado de peso.	Refrescos, grasas, quesadillas, gorditas.
5.- No.	No, me da mucha hambre siempre	A veces.	He aumentado de peso.	Coca-cola, todos los refrescos y fritangas.
6.- Le dedico una hora a la comida y procuro disfrutar mi comida.	Sí, pero solo cuando tengo alta mi azúcar.	A veces una fruta.	He aumentado, bajo y vuelvo a subir.	Comía de todo, muchas carnes asadas y refrescos.
7.- Generalmente no las disfruto porque tengo sentimiento de culpa.	No pero con el hambre normal, a veces. Como sin tenerla.	Sí, me la paso comiendo lo que no debo y luego tengo sentimientos de culpa.	Aumento y es algo que me llega mucho, no me gusta lo que veo en el espejo.	Refrescos, pastelillos, grasas, gorditas, quesadillas.
8.- No, sí la disfruto pero extraño la tortilla.	No.	Ahora sí pero algo nutritivo.	He bajado de peso.	Comía de todo, no tenía ningún cuidado.
9.- Platicar.	Sí, sobre todo en las noches antes no cenaba por cuidar el peso, ahora no me da hambre.	A veces, casi no.	Sí he bajado últimamente	Las golosinas me gustan mucho y el café.
10.- Pensando en lo que tengo que hacer después	Sí, cuando tengo alguna preocupación.	Antes no, ahora ya una fruta.	He recuperado mi peso después de mi decaída.	Cosas grasosas, hacíamos muchas Hamburguesas, tortas y hot-dog
11.- No.	No.	A veces un aperitivo si me da hambre.	No.	Mucho café y grasas.
12.- Platicar sobre acontecimientos del trabajo	Cuando hay más presión de trabajo me pasa una vez por mes.	Entre el desayuno y la comida, una fruta o una galleta.	No, he mantenido mi peso por varios años.	Pan de dulce y fritangas.
13.- Cuando como sola pensar y cuando como acompañada platico.	Casi no sufro de falta de hambre solo que tuviera una preocupación grande.	Sí, fruta generalmente algo que me suba el azúcar.	He aumentado y con mi problema de tiroides subo y bajo.	Comía de todo, pero si eran comidas grasosas.
14.- Platicar	No.	A veces fruta, pero ya me dijeron de dos colaciones.	No.	Los guisados grasosos como la barbacoa y las camitas.
15.- No.	Sí, cuando me siento deprimida.	A veces.	He bajado de peso.	Fritangas y carnes.
16.- A veces como a las carreras mientras atiende a un cliente.	Por la diabetes no, pero cuando hago coraje, que no es seguido se me va.	No.	No, estoy bien de peso.	Las grasas, la barbacoa, las camitas.
17.- Platicar cuando hay alguien.	No tengo problemas de que se me vaya el hambre.	A partir de hace 2 años, dos colaciones.	He aumentado de peso por todo lo que como en fiestas decembrinas.	Vísceras con mucha grasa que nos compraba mi papá, camitas, refresco y mucho pan y tortillas.
18.- Platicar si como con alguien.	No se me va el hambre.	A veces si me ofrecen algo.	He bajado de peso.	Desde niño muchos mariscos, pues mi papá tenía su negocio y cosas con grasa.

19.- Platico.	Nunca se me va el apetito.	Las dos colaciones, alguna fruta.	Con la insulina siento que estoy subiendo.	Llegué a comer muchos chocolates.
20.- Platicar.	A veces, cuando algo me preocupa.	A veces si.	He estado subiendo de peso.	Refrescos, café, grasas.
21.- No.	A veces, cuando me vienen los recuerdos de mi esposa.	Las dos colaciones, fruta o una barra de cereal.	He aumentado de peso.	Las condimentadas y grasosas.
22.- Platico con mis compañeros de trabajo.	Sí, cuando hay presión de trabajo.	A veces si.	Estuve bajando, pero creo que ya me recuperé.	Los grasosos como camitas y fritangas.
23.- Platicar, a veces solo comer.	Casi nunca se me va el hambre solo cuando hay presión de trabajo.	Si, fruta.	Si, pesaba 105 y ahora 90kg.	Aguacate y chocolates.
24.- Ninguna.	Siempre tengo hambre.	A veces.	Si, a veces, subo, a veces bajo.	Fritangas y azúcares.
25.- Regaño a mis nietos no se están quietos	Nunca se me va el hambre.	Sí, una fruta.	No he visto que baje o suba de peso.	El pan me encanta, le echaba mucha nata y lo comía mucho.
26.- A veces, platicar con mi esposa.	Sí, cuando algo me preocupa.	Sí.	Últimamente no.	No había domingos sin barbacoa y también comía camitas, alimentos muy grasosos.
27.- A veces platico con mis niños.	Sí, a veces no tengo nada de hambre.	A veces me como una fruta.	Si he subido de peso	Tomaba mucho café, y comía las cosas con más grasas.
28.- Platicar con mis compañeros de trabajo.	Muy rara vez me ocurre.	A veces una fruta o una galleta.	Si, he subido algunos kilos.	Me gustaban mucho las gamachas y las carnitas.
29.- Platico con mi esposo o con mis hijos.	Si cuando tengo el azúcar o la presión un poco altas.	A veces si me como un taco o un pedazo de fruta.	Si he bajado desde que tengo la diabetes.	Comía de todo, pero ningún alimento en especial o más frecuente
30.- Solo platico si hay alguien.	Si no me daba hambre cuando discutía con mi mujer.	No, siempre me espero por que si no, se me quita el hambre.	Siempre he sido flaco, y no he subido ni bajado.	Todos, comía muchas camitas y carne.

Entrevistados prefieren hacer en sus ratos libres (dejando a un lado las labores del hogar) están: leer, ver T.V. viajar, llevar a sus hijos a la escuela, tejer y bordar, dormir, tocar guitarra, arreglar cosas de la casa, platicar con las amigas o amigos. Sin embargo, se puede notar que quienes mencionan que les gusta platicar con la gente o con amigos, se dan cuenta de que ya no tienen tantos, que casi no salen para verse con alguien y platicar, como Julia quien dice: *“Disfruto mucho salir a distraerme pero no tengo amigas, y cuando salgo tengo prisa por volver”*, Hortensia: *“Me gusta mucho bordar y tejer y salir de paseo pero no tengo amigas”*. María Elena dice que disfruta mucho el baile y hacer ejercicio, pero que no tiene tiempo, y ocurrió que Rosa no pudo contestar cuáles son las cosas que más disfruta incluso comentó *“Es una pregunta que nunca me había hecho”* y explicó que en ese momento cayó en la cuenta de que no tiene definidas algunas cosas que ya debería de saber.

Sobre qué no les gusta hacer la gran mayoría dicen que no les gusta lo que tenga que ver con el quehacer de la casa. De los restantes se tienen algunos comentarios diferentes como los de Daniel: *“No me gusta dejar mi trabajo de investigación por alguna interrupción”*, Euge: *“*

Nada que tenga que ver con las obligaciones, siempre tuve muchas”, Faustino: “Todo me gusta, prefiero estar ocupado”, Samuel: “No me gusta desvelarme”, Carlos: “ No me gusta y no tomo el alcohol porque me da asco desde que era joven”.

TABLA 8-A “ Actividades Personales”

En que emplea su tiempo libre?	Qué cosas disfruta más hacer, no del quehacer de la casa sino de gusto personal.	Qué cosas no le gusta hacer?
1.- Leer la Biblia, ver la T.V convivir con la gente aunque casi no salgo.	Salir a distraerme pero no tengo amigas y cuando salgo tengo prisa por volver.	Planchar.
2.- Me gusta mucho leer desde que era niño.	Leer, ver un poco de T.V., La pintura, la escultura.	No me gusta dejar mi trabajo de investigación por alguna interrupción.
3.- En llevar a mis hijos a la escuela, en desayunar con mi mamá.	Me gusta bailar y hacer aeróbicos pero ya no tengo tiempo.	Todo lo relacionado con el quehacer de la casa.
4.- En ver las T.V. y las cosas del quehacer.	Es una pregunta que nunca me había hecho.	Los quehaceres de la casa.
5.- Me gusta tejer y bordar.	Bordar y tejer y salir de paseo pero no tengo amigas.	El quehacer.
6.- Me gusta oír música en inglés, platicar, no tengo amigas, me siento muy sola.	Viajar, pero ya no salgo, ya viajé, ya es hora de quedarme quietecita.	El quehacer.
7.- Ver un rato la T.V. hacer ejercicio pero ya no he hecho y no tengo amigas para salir.	Generalmente duermo de día, así que la otra parte me gusta atender a mi familia.	Labores del hogar.
8.- En leer, ver T.V.	Es lo que disfruto, el quehacer de la casa.	Por mi brazo me he salvado, pero no me gusta lavar.
9.- Me encanta jugar tenis y platicar con mis hijos.	Jugar tenis, ver películas, viajar.	Nada que tenga que ver con las obligaciones, siempre tuve muchas.
10.- Veo la T.V.	Salir a caminar un rato con mis nietos.	Todo el quehacer de la casa.
11.- Leer, ver T.V. ver algunos amigos.	Leer pero con el glaucoma, ya no leo tanto.	Todo me gusta, prefiero estar ocupado.
12.- En tomar clases de inglés y descansar.	Disfruto mucho estar en mi casa.	No hay algo que no me guste.
13.- En tejer, leer, salir a dar una caminata.	Platicar con la gente, ver T. V.	Los Quehaceres
14.- Viajar y leer.	Los viajes, yo no soy de joyas ni cosas caras, sino de recorrer el mundo.	Los quehaceres de la casa.
15.- Arreglar cosas de la casa, salir a caminar y platicar con mis vecinos.	Oír música y bailar.	Lavar ropa.
16.- Casi no tengo tiempo, cuando puedo me voy a mi pueblo a ver una tía.	Buscar juguetes para mi negocio en el centro con mi nieta.	No hay algo que no me guste hacer.
17.- En leer, ver la T. V., y ver películas.	Me encanta el cine y viajar, ya he podido visitar varios países del mundo.	Hacer de comer.
18.- Dormir, ver T. V.	Disfruto mucho estar aquí, con mis cuates del hotel Fiesta Inn porque trabajé antes con ellos.	No me gustan los cines.
19.- Leer y platicar con la gente.	Ver a mi hija y platicar con ella.	Lavar ropa.
20.- Casi no tengo pero si lo tuviera me gustaría trabajar y comprarme mis propias cosas.	Ver la T. V.	Trapear.
21.- Leer me gusta mucho.	Leer y hacer arreglos en la casa.	Quehaceres domésticos.
22.- Leer, llegar y ver que hace falta, viajar, pero no puedo.	Leer y viajar.	Lo que es lavar y planchar.
23.- Leer, ver a mis amigos, dormir.	Disfruto mucho dormir.	Desvelarme.
24.- Tocar guitarra.	Tocar guitarra y leer.	Cosas del quehacer.
25.- Me voy con las vecinas a tomar el té.	Lavar y ver la T.V., pero los niños no me dejan ver nada.	Planchar, pero ya no plancho.
26.-Vendo chacharas y le ayudo a mi mujer en los quehaceres.	Estar en mi casa, viajar.	No tomo alcohol porque me da asco desde que era joven.
27.- Le ayudo a mi bisnieto con su tarea.	Tejer, ver la T. V.	Los quehaceres de la casa.
28.- En convivir con mis hijos y mi esposa.	Jugar frontón, y ver buen cine.	Lavar trastes o mi coche.
29.- En salir a caminar al campo, o ver T.V	Tejer, platicar con mis nietos y mis hijos.	Lavar ropa o planchar
30.- Aquí me voy con mi nieto allá veo a mis amigos o salgo a caminar un poco.	Platicar con la gente y estar con mi nieto. Sembrar la tierra.	No me gusta ni se hacerme la comida

Al querer saber si actualmente tienen algún vicio, la mitad contestó que no. La otra mitad dice que sus vicios son: el cigarro, la comida, el café express, el pan de dulce, el cine, el aguacate, la coca-cola, y varios como Daniel, Hugo, Graciela, Narciso y Mario (en ese orden) dicen:

“No, fumé mucho tiempo pero ya no”, “El cigarro por 38 años, hace 4 que no fumo”, “Llevo 26 años con el cigarro”, “Antes tomaba mucho”, “La bebida desde los 16 años”.

Pasando a otro punto, del total de los pacientes, doce no hacen ningún tipo de ejercicio. Algunos como Daniel, Euge, Faustino y Roberto dicen:

“Sí, me levanto a correr todos los días una hora”, “Juego tenis dos horas diarias”, “Si, hago lagartijas, sentadillas, caminata 30 minutos diarios”. “Yo juego frontón con regularidad”.

Todos los demás hacen caminata, ejercicio que les ha sido recomendado por sus médicos. Casi los mismos que actualmente no practican ningún tipo de ejercicio comentan que antes de tener diabetes tampoco lo hacían, algunos a partir del diagnóstico le han dado más importancia y han empezado a hacerlo con más regularidad, y varios de ellos aún sabiendo la importancia que tiene para su salud no lo hacen argumentando falta de tiempo. Hay quienes antes si hacían algún tipo de ejercicio como: la natación, pesas, aeróbicos, pero últimamente ya no ejercitan su cuerpo.

TABLA 8-B “Actividades Personales”

Tiene algún vicio?	Hace ejercicio actualmente?	Acostumbraba a hacerlo antes de tener diabetes.
1.- No.	No casi nunca y hace poco mi hijo me enseñó Taichí.	No.
2.- No, fumé mucho tiempo pero ya no.	Sí, me levanto a correr todos los días una hora.	Antes no tanto.
3.- Cigarro.	Actualmente me conviene la caminata pero no tengo tiempo.	Antes hacía aeróbicos pero ahora no son recomendados para mí.
4.- La comida.	Me dijeron que hiciera caminata pero no siempre la hago.	No.
5.- No.	No.	No.
6.- No.	No.	No.
7.- No.	No.	Hubo un tiempo que hice natación y pesas.
8.- No.	No, por mi brazo y mi columna lastimada he tenido que suspender.	Por temporadas.
9.- El café express.	Juego tenis, 2 horas.	Tengo varios años practicándolo, es como vivir ahora lo que no viví de niña, me divierto, lo disfruto.
10.- El café.	Me salgo a caminar.	Pues cuando niña y jovencita en el campo siempre caminaba.

11.-	No.	Si, lagartijas, sentadillas, caminata, 30 minutos diarios.	Si, nadé mucho tiempo cuando era joven.
12.-	El pan de dulce pero ya lo dejé.	Sí, caminata.	No siempre.
13.-	No.	La caminata.	No.
14.-	No.	La caminata.	Muy poco.
15.-	No.	Caminata.	No porque siempre que salgo de trabajar ya salgo cansada.
16.-	No.	Como tal no, pero todos los días ando para todos lados y camino mucho.	No.
17.-	El cine.	Caminata pero últimamente lo he suspendido.	De muy joven practique natación, ya después no.
18.-	El cigarro.	Camino mucho por mi trabajo.	No.
19.-	El cigarro por 38 años, hace 4 que no fumo.	Caminata media hora diaria.	No.
20.-	No.	No.	No nunca he sido deportista
21.-	No.	La caminata que me recomendaron.	No.
22.-	Cigarro 26 años.	Caminata.	Antes casi no.
23.-	El aguacate me encanta.	Caminata recomendada por mi nutrióloga.	No he sido muy deportista.
24.-	La bebida desde los 16.	No.	En general no lo he practicado mas debería
25.-	El pan me gusta mucho.	No.	Antes seguía los que pasaban en T.V.
26.-	La Coca-cola, tomo 600ml diarios.	No.	No casi no me gusta.
27.-	No.	No.	No, solo caminaba de vez en cuando.
28.-	Fumar.	Solo juego frontón.	Si desde chico he jugado el frontón.
29.-	No.	A veces me salgo a caminar.	Ahora un poco más.
30.-	Ahora ya no antes tomaba mucho	Caminar	No nunca antes lo hacía.

En las tablas 9 “Sexualidad y Salud”, se observan datos que tienen que ver con cómo ha sido a lo largo de su vida su salud en general y el cómo han manejado su sexualidad. De este modo se encontró que las pacientes entrevistadas han tenido desde uno hasta siete embarazos. Sin embargo, no todos han sido exitosos, ya que algunas de ellas han perdido algunos bebés antes de nacer o ya nacidos. Maru no es casada y aún no tiene hijos. Todos los demás pacientes son hombres.

Hay casos como el de María Elena, Araceli, Euge, Raquel, Susana, Gloria y Graciela que han sufrido abortos debido a su estado de salud y de entre ellas mismas algunas han tenido abortos provocados.

En relación a si han tenido irregularidades en sus ciclos menstruales, un poco menos de la mitad comentan que sí han sido irregulares en algún periodo de su vida, y algunas explican que antes no tenían ningún problema en ese sentido hasta ahora que iniciaron con la menopausia (que por falta de conocimiento en algunos casos consideran a ésta como una irregularidad). Otras dicen que siempre han sido muy exactas en sus periodos y no han tenido ningún problema en este aspecto.

Por otra parte, es importante mencionar que diecisiete de los entrevistados dicen que actualmente no tienen vida sexual activa. Los trece restantes contestan que sí, entre ellos está Euge (quién tiene poco con el diagnóstico de diabetes) y explica que como ya comenté, su temor a este respecto es esa falta de deseo sexual que tiene desde que le dieron el diagnóstico.

Por otro lado 17 dicen no ocupar ningún método anticonceptivo porque de los diecisiete la mayoría ya no tiene vida sexual activa. Entre los que dicen que sí ocupan alguno está: Hugo y Roberto que ocupan el ritmo, María Elena, Rosa, Gloria y la esposa de Mario ya se operaron para no tener más hijos, así como Euge que por decisión propia decidió quitarse la matriz hace veinte años para no embarazarse más. Guadalupe, Samuel, y Juan solo usan preservativos. Y finalmente se menciona a Araceli quien aunque si tiene vida sexual no ocupa ningún método anticonceptivo.

TABLA 9-A “Sexualidad y Salud General”

Cuántos embarazos ha tenido?	Ha tenido abortos? (cuántos, causas?)	Ha tenido alteraciones en su ciclo menstrual?	Tiene vida sexual activa?	Utiliza algún método anticonceptivo?
1.- 4	No	No	No	No
2.- -----	-----	-----	Si	Estuvimos ocupando el método del ritmo.
3.- 2 y uno interrumpido.	1, no sabía que estaba embarazada.	No.	Si	Ya me operé para no tener más.
4.- 1	Ninguno.	Antes sí era muy irregular pero a partir del tratamiento se ha regularizado.	Si	Estoy operada
5.- En total 7, pero dos murieron antes de nacer.	No, pero murieron dos antes de nacer.	Siempre he sido irregular	Si	No.
6.- 4	No.	No.	No	No.
7.- 3	No.	Sí.	Si	Ya me operé para no tener más familia
8.- Solo 2	No.	Antes sí, después de los embarazos ya no.	Si	Preservativos
9.- 4	2, uno por cuestiones de salud y otro provocado.	Antes no, pero hace 8 años inicié con la menopausia.	Si	Ya me quitaron la matriz hace 20 años por decisión propia.
10.- 4	No.	Nunca hasta ahora que me declararon la menopausia.	No	Ya no tengo relaciones.
11.- -----	-----	-----	No	No.
12.- Ninguno.	No.	No.	No	No tengo vida sexual
13.- 3	No.	No.	No	Cuando vivió mi esposo el se operó.
14.- En total 6 embarazos	Uno nació muerto.	Era yo muy regular en mis periodos.	No	Utilizábamos el ritmo.
15.- -----	-----	-----	No	No, ya no tengo vida sexual.
16.-En total 6 embarazos uno murió a los 2 meses.	No.	Nunca tuve problema con mis periodos excepto la impresión del primero.	No	No.

17.- 4 en total, murió una a los 5 meses.	Si, varios provocados antes de casarme	Era muy regular.	No	No utilizaba antes de casarme después mi esposo me traía pastillas de E.U.
18.-	-----	-----	Si	Solo preservativos.
19.-	-----	-----	No.	No.
20.- 6 en total.	2 abortos por salud y 2 bebés que murieron.	Si, soy irregular.	Si	Ya me operaron para no tener hijos.
21.-	-----	-----	No.	No ocupábamos ninguno.
22.- En total 3	2, por cuestiones de salud.	Si tuve irregularidades.	No	No ya me operé, a-demás ya no practico
23.-	-----	-----	Si	Preservativos
24.-	-----	-----	Si	Mi esposa se operó para no tener más hijos ya cos las dos que tenemos.
25.- 5	No, pero perdí dos niños de 2 o 3 meses, se me enfermaron.	Nunca tuve problemas con eso.	No.	Antes no se ocupaba nada.
26.-	-----	-----	No	Tengo ese problema con mi esposa, ella no quiere tener intimidad.
27.- 3	No.	Si.	No, ya no.	-----
28	-----	-----	Si.	Ocupamos el ritmo.
29.- 6	No	Si, las tuve	Casi no	No
30.-	-----	-----	No ya no.	No.

Son ocho las personas que dicen tener una vida sexual satisfactoria, dos mujeres Rosa y Araceli dicen que no les gusta tener relaciones con su esposo. Quienes son viudos:

Hortensia *"Antes de que me engañara mi esposo, bien"*, Martina *"Siempre disfruté de estar con mi esposo"*, Faustino (quién es viudo de su primera esposa) *"Fue buena pero ahora me preocupa mi esposa porque es más joven"* Raquel *"Antes de que muriera ya no teníamos contacto de ese tipo"*, Susana *"Fue agradable"*, Ricardo *"Ha sido muy satisfactoria, y ya no la vivo"*, Narciso *"Pues no tengo ya"*. Todos los demás hablan de que su vida en este sentido es "regular", o que ya no viven este tipo de experiencias.

Sobre qué enfermedades importantes han padecido a lo largo de su vida, se encontró que mencionan que aparte de la diabetes, siendo chicos a varios les dio varicela y/o sarampión, algunos sufrieron de fiebres elevadas, anginas, amibiasis y siendo ya más grandes: gastritis, a una paciente le dio tuberculosis, a otro tosferina y tifoidea, hay un caso de paperas, y otro del hígado (pero no fue hepatitis), varios tienen hipertensión, hay un caso de cataratas, otro de operación de la próstata y por último hay quienes dicen no haberse enfermado de nada. Se puede concluir que hablando de las enfermedades que han padecido a lo largo de su vida, se puede decir que la mayoría ha sufrido alguna.

Por las respuestas dadas aparentemente no hubo alguna enfermedad específica grave y frecuente en los entrevistados (aparte de la hipertensión que si la tienen varios) que se haya repetido en los pacientes antes de que se les declarara su diabetes y que se pueda sospechar como parte de las causas de su manifestación. No obstante, aunque la mayoría dice no haber tenido enfermedades frecuentes a lo largo de su vida los que mencionan que sí, hablan de las clasificadas como más leves y entre estas mencionan : anginas, gripas, dolores de estómago, calenturas, problemas con los dientes y gastritis.

Finalmente todos a excepción de Maru han estado hospitalizados al menos una vez, once mencionan que uno o varios de los motivos por los que los han hospitalizado han tenido que ver con subida de glucosa o con la diabetes por ejemplo Julia que por su neuropatía diabética le dan unas diarreas muy fuertes por las noches. Todas las que son madres, han estado hospitalizadas debido al nacimiento de sus hijos. Y por último hubo otros motivos de hospitalización, Daniel estuvo por una mano lastimada cuando era niño y más adelante por un dedo del pie., Araceli cuando era niña se cayó de la azotea y estuvo un mes en el hospital, Gabriela una donde le quitaron un ovario, Euge tuvo una operación de la nariz, le quitaron en otras la matriz y la vesícula., Faustino por carnosidad en los ojos, por la próstata y por una pierna., Martina por el apéndice., A Raquel le quitaron la matriz los ovarios y la vesícula., José dos por cataratas y una por la próstata., Margarita ya tuvo una operación del corazón y una de la vejiga., Juan estuvo un tiempo en el hospital cuando era niño enfermó del hígado, después por el apéndice., Gloria estuvo, a parte de los partos por dos abortos., Ricardo una por la próstata y otra por la caída de una azotea., y otra vez, quince días por un accidente en el brazo. Mario tuvo un infarto hace un año. Roberto dice que una por una hernia y otra por lastimarse una pierna. Y finalmente Narciso por una pierna hace cuatro años.

TABLA 9-B “Sexualidad y Salud General”

Cómo describe su vida sexual?	Que enfermedades importantes ha padecido?	Ha padecido enfermedades frecuentes?	Ha estado hospitalizado?	Cuántas veces (debido a qué?)
1.- Ya casi no tengo pero me agradó.	No.	Gripas.	Si	Por los partos de mis hijos y las diarreas tan graves en las noches.
2.- Satisfactoria.	Varicela, tos ferina, tifoidea y sarampión.	No.	Si, 3 veces, una cuando era niño por una mano.	2ª por un dedo del pie y la última por la diabetes.
3.- Regular.	No recuerdo de niña de que me enfermé.	Padecí mucho de las anginas.	Por los partos de mis hijos.	3 por mis hijos y 3 por la diabetes.
4.- No me gusta mucho.	Varicela	Gripa.	Si	1 por el parto y otra por elevación de azúcar.
5.- No me gusta tener relaciones.	Cuando niña me dio varicela.	No	Por los partos de mis hijos y cuando era niña.	Si por los partos y cuando niña me caí de la azotea estuve un mes.

6.- Antes de que me engañara mi esposo bien	Ahora tengo hipertensión y cataratas.	Gripas y los de la s muelas.	Por los partos de mis hijos	Solo por los partos de mis hijos,
7.- Es buena.	Varicela, paperas y mi tiroides hace 11 años.	No.	Si. 6 veces, 3 partos , una hernia inguinal ,	Una donde me quitaron un ovario y una por diabetes.
8.- Nos acoplamos.	Varicela.	Dolores de estomago y gripas.	Si,	Solo por los partos de mis hijos.
9.- Bien, pero temo se me vaya el deseo.	Las clásicas de niña.	Sufrí mucho de las anginas.	Si, 7 veces, 2 partos, 2 abortos, me quitaron la -	Matríz, operación de nariz, y la vesícula.
10.- Por haber tenido a mis hijas estuvo bien.	Hipertensión y una arritmia cardiaca.	No.	Si	Por los nacimientos de mis hijos y por diabetes
11.- Fue buena pero ahora me preocupa mi esposa es más joven.	La amibiasis	No.	Si.	3 veces, carnosidad en los ojos, la próstata y una pierna.
12.- No tengo práctica sexual, de momento estoy bien así.	Las de niña y poco antes de la diabetes tuve tuberculosis.	No.	Nunca.	Solo para quitarme una bola de grasa pero salí el mismo día.
13.- Siempre disfruté de estar con mi esposo.	Presión alta, hipotiroidismo y un síndrome parecido al lupus.	No.	Si.	Por los partos de mis hijos, por el apéndice, por una subida de azúcar.
14.- Antes de que muriera ya no teníamos contacto de este tipo.	Sarampión, varicela, escarlatina.	No.	Si.	6 embarazos, la vesícula, me quitaron los ovarios y la matríz.
15.- Fui muy activo pero ahora ya no.	De niño sarampión.	No.	Si	2 por cataratas, una por la próstata, 2 por subida de la glucosa.
16.- Ya no vivo de esa manera.	Las clásicas de los niños.	No.	Si	Los partos de mis hijos, la vejiga y una operación del corazón.
17.- Fue agradable.	Artrosis, hipertensión., hipotiroidismo desde hace 30 años.	No.	Si	3 veces por diabetes y por los partos de mis hijas.
18.- Ha sido satisfactoria.	Del hígado cuando niño, pero no fue hepatitis y el apéndice.	No.	Si	2 veces, la primera por lo de mi hígado y luego por el apéndice.
19.- Ya no tengo relaciones.	No recuerdo de niño	No.	Si	1 vez por desequilibrio del azúcar pero solo por unas horas.
20.- No me gusta tener intimidad con mi esposo.	Sarampión y varicela.	No.	Si	2 por partos, 2 por abortos.
21.- Ha sido muy satisfactoria y ya no la vivo.	Me enfermé de la próstata en el 76.	No.	Si	2 veces, 1 por la próstata, y otra me caí de una altura de 7 metros y estuve 2 días.
22.- Ya no tengo.	Meningitis	No.	Si	3 partos y 2 por diabetes
23.- Es buena.	No recuerdo de haberme enfermado de algo más que de anginas.	Anginas.	Si	Una vez por un accidente en el brazo y estuve 15 días.
24.- Todavía no ocurre con mi nueva pareja.	Hipertensión y ahora el infarto en el cerebelo.	No	Si	1 vez hace poco por lo de mi infarto.
25.- -----	Las de niña, varicela, sarampión, nunca hepatitis.	No.	Si	Solo una vez cuando nació mi hijo el mayor.
26.- Ya no tengo	Hipertensión durante 25 años.	Anginas.	Si	3 veces por las altas de azúcar.
27.- Nunca la viví bien siempre me obligaron.	Sarampión, gastritis.	Gastritis y gripas.	Si	Por los partos de mis hijos
28.- Satisfactoria	Sarampión, anginas.	Las anginas de chica.	Si	2, una por una hernia y otra de niño por lastimarme la pierna.
29.- Que así está bien.	De la varicela,	Del estómago.	Si	Al nacer mis hijos, 6.
30.- Pues no tengo ya.	La varicela y las fiebres.	De las fiebres antes y ahora de las piernas.	Si	Por una pierna hace 4 años me la operaron.

Como conclusiones de este tercer capítulo, se pudo observar que hablando del comportamiento y las reacciones de los pacientes durante la entrevista fue notable que la mayoría está susceptible de tratar temas que tengan que ver con su padecimiento, con sus relaciones afectivas familiares y sociales y sus experiencias a lo largo de su vida, sobre todo aquellas que fueron tristes o traumáticas. Ya que casi todos, hombres y mujeres, al recordar estas vivencias, involuntariamente comenzaron a llorar, lo que denota que todos en mayor o menor medida necesitan llevar a cabo un trabajo de tipo personal, es decir, un trabajo terapéutico (de enfoque holístico) que les ayude a resolver esos aspectos de su vida.

Con respecto a sus relaciones familiares, es importante mencionar que al cuestionar a los pacientes sobre la relación que han llevado con sus padres. Fue relevante que para ellos estas relaciones con las figuras básicas es fundamental en su vida, ya que fue a través de ellos que aprendieron el manejo de sus emociones, los hábitos de higiene y de supervivencia. Y la manera en que ahora han reaccionado ante su enfermedad.

Comparando las familias de origen y las familias actuales, se pudo ver que disminuyó la cantidad de integrantes. Los pacientes aprendieron a ser más expresivos con sus familiares, sobre todo con las familias que han formado, esto es, con sus parejas y con sus hijos. Y no porque se los hubieran enseñado, casi todos se quejan de no haber tenido la atención y el cariño que hubieran querido, se habla de que la mayoría de los padres y de las madres de los entrevistados no fueron, ni son muy expresivos en la forma de demostrar su afecto físicamente, es decir, con muestras de cariño como besos y abrazos. Gran parte menciona que alguno de sus padres o los dos fueron muy fríos, secos, e inexpressivos, etc. Sin embargo con el tiempo, los pacientes han llegado a la conclusión de que es más saludable para todos poder decir lo que sienten y enseñar a sus hijos a expresarse más de lo que a ellos les fue permitido.

También se puede hablar del aprendizaje tan arraigado que tuvieron con sus familias de origen al seguir presentando muchos de ellos, rasgos de enojo, irritabilidad, y violencia. Siendo la violencia, tanto física como psicológica todavía muy marcada en muchos de los casos. Esta violencia ha tenido efectos inmediatos y posteriores, los que son inmediatos se

reflejan en las descargas emocionales que provocan al momento y las posteriores generalmente se van guardando en el cuerpo, hasta que este no puede más y se enferma. En muchos de los pacientes entrevistados así ocurrió, fueron acumulando muchas emociones a lo largo de su vida conforme vivían sus propias experiencias. Y si a esto se le agregan los demás factores mencionados en este trabajo como son: la alimentación inadecuada, la falta de ejercicio físico, la influencia de la herencia y del ambiente, podemos comprender en forma general, el proceso de la construcción del padecimiento en cuestión, mejor dicho, el proceso de la construcción de todos los padecimientos que aquejan a los humanos.

Hablando acerca del padecimiento y de cómo lo perciben los pacientes, se pudo observar:

- Primero: la queja de los mismos sobre la forma en que les dieron la noticia del diagnóstico y el impacto que les causó saberlo, lo que nos permite ver la manera errónea en que los médicos siguen manejando esta información y los efectos que esto causa.
- Que la mayoría de los pacientes no saben con exactitud en que consiste el padecimiento que ellos tienen. Y que a medida que van teniendo más conocimiento de su enfermedad se van comprometiendo cada vez más en su cuidado personal.
- Que precisamente la falta de conocimiento e interés de los pacientes sobre su padecimiento y debido a que la primera fuente de información a la que acuden es su médico de cabecera ha provocado que el paciente no se entere de aspectos importantes como: el saber que aparte de tomar sus medicamentos puede incluir en su tratamiento, complementos alimenticios y terapias de tipo alternativo. Por lo que no fue raro encontrar que de 30 pacientes entrevistados solo cuatro apoyan su tratamiento con estas opciones.
- Sobre las emociones más frecuentes que han experimentado los pacientes antes y después de su diagnóstico se encontraron principalmente el miedo, la ansiedad, la tristeza y el enojo. Y varios de ellos han sentido que estas se acentúan cuando tienen su azúcar alta o que este aumento les provoca otras como: irritabilidad, mal humor, angustia con pensamientos recurrentes, e hipersensibilidad.

Sobre el tema de la alimentación, definitivamente y puesto que en la diabetes hay un desequilibrio metabólico. La dieta y los alimentos son de vital importancia para este padecimiento. Por lo que, de acuerdo a Hernández, 2004: “La utilización de un régimen dietético que sea elaborado para las necesidades individuales del paciente, dará la oportunidad de que este continúe más fácilmente su dieta, obteniendo controles glucémicos óptimos que retardarán las complicaciones y dará mayor calidad de vida a estas personas”. Fue esto lo que se encontró en la población estudiada, sobre todo en aquellas personas que están más comprometidas con su tratamiento y que han notado ya los resultados por llevarlo a cabo. Obviamente con la diferencia de que la mayoría de los entrevistados aceptaron que les cuesta mucho trabajo dejar de comer aquellos alimentos que por años han acostumbrado, que más les gustan, pero que además les dañan, es decir, aquellos que contienen excesivas grasas y azúcares como las fritangas, carnitas, barbacoa, refrescos, pasteles, hamburguesas, etc.

CONCLUSIONES

Para iniciar con las conclusiones de este trabajo, se constata que se logró el objetivo principal, ya que después de haber hecho la revisión teórica, se pudo comparar y comprobar esta información con los datos obtenidos en el estudio de investigación.

Esto significa, que a través de los testimonios de los pacientes entrevistados se pudo observar como se construye la diabetes, debido a que en sus historias de vida se encuentran los factores más frecuentes que influyen para que se manifieste este padecimiento, tomando en cuenta aspectos como la predisposición genética, la alimentación inadecuada, la obesidad, la influencia del ambiente y la falta de actividad física, donde cada uno contribuye en mayor o menor medida en su construcción, sin dejar de lado la acción fundamental tan importante que llevan a cabo las emociones en la evolución de la enfermedad, por medio de la influencia que ejerce la cultura y sobre todo la familia, porque es la que transmite procesos corporales que van desde los gestos faciales más simples, hasta la expresión o contención de las emociones y origina estilos de reaccionar ante los conflictos y la manera en que estos se resuelven.

En suma, todas las dificultades que enfrenta el individuo a lo largo de su vida, le generan procesos emocionales, los que a su vez, facilitan procesos corporales donde se afectan las funciones fisiológicas. Es aquí donde empiezan a manifestarse los síntomas o las enfermedades.

Tomando en cuenta que el ciclo es repetitivo, una y otra vez reacciona el individuo ante las dificultades y las resuelve, una y otra vez las emociones se hacen cargo, modificando la fisiología del organismo, el que al no poder más, se debilita y enferma.

Con frecuencia es un órgano del cuerpo el más susceptible según la emoción que predomine, en el caso de la diabetes el afectado es el bazo, considerado en conjunto con el páncreas y el estómago según la medicina tradicional china, siendo en tal caso la ansiedad, la emoción que prevalece y que además coincide con una de las más frecuentemente

experimentadas por los pacientes entrevistados, quienes a parte de la ansiedad, mencionaron el miedo, la tristeza y el enojo.

No solo en los datos obtenidos de la investigación, sino en algunas fuentes bibliográficas se encontró que aparentemente existen más mujeres que hombres con diabetes, en una frecuencia de 2 por 1, lo cual es debido en parte a que los embarazos y partos numerosos aumentan su incidencia.

También se pudo apreciar el impacto que tiene tanto en hombres como en mujeres, primero, la noticia de la enfermedad y después la forma en que se ven afectados en sus relaciones con los demás, de acuerdo a las diferencias que tienen con respecto al género que representan.

Por otro lado a la frecuencia de la diabetes, se ha visto que varía de forma importante de unos países a otros, y aunque los datos epidemiológicos tienen dificultades para su comparación, los estudiosos de este campo piensan que esta enfermedad es menos frecuente en Asia y Africa, que en América del Norte o en Europa.

No es casualidad que países como China o la India no figuran en las listas de mortalidad frecuente a causa de la diabetes, y es seguramente porque su forma de vida es diferente, su alimentación por ejemplo es más vegetariana que muchos países occidentales, lo cual por sí mismo disminuye riesgos. Sobre todo en China con su cultura milenaria, es muy probable que sus habitantes han sido afectados positivamente con la herencia generacional que les ha sido legada a través de los años, en su forma de conceptualizar la vida y el cuerpo.

Si ponemos atención a las cifras actuales, se calcula que existen 140 millones de diabéticos en todo el mundo. De los cuales México ocupa ya uno de los diez primeros lugares con este padecimiento, contribuyendo a la lista con más de 4000, 000 de enfermos de diabetes.

El pronóstico no parece muy alentador, incluso según las estadísticas, se prevé como grave o letal, ya que si seguimos viviendo a este ritmo, y si no se cambia el estilo de vida actual, se estima que para el año 2025 habrá 300 millones de personas con diabetes.

Lo anterior nos lleva a tomar como reto esta urgencia de hacer algo, este compromiso de todos los que participan en el área de la salud para llevar a cabo estrategias de solución. De este modo, según la bibliografía revisada, se pudo observar que el sector salud en nuestro país, ya está encaminándose en esta labor, empezando con la definición de los principales factores de riesgo en los ámbitos: individual, familiar, escolar, laboral y comunitario. Promoviendo la prevención de la enfermedad, donde el papel de la prevención primaria tiene como objetivo evitar la aparición de casos nuevos e incluye actividades dirigidas a individuos sanos alentándolos a modificar los elementos de riesgo. Existe también la prevención secundaria y terciaria, que trabaja con personas asintomáticas que ya tienen la enfermedad y en los que la intervención podría tener un efecto claramente beneficioso, ya que a través del control metabólico se previenen las complicaciones agudas y a largo plazo, las complicaciones crónicas, facilitando así el desarrollo de una vida normal.

Por lo que toca al trabajo psicológico en relación a la diabetes, deberá cumplir (entre otras acciones) el desafío del educador, es decir, así como es necesario informar a los pacientes sobre el padecimiento y en qué consiste, de igual modo es necesario instruirle asertivamente sobre los beneficios que obtiene al trabajar con sus emociones e historia de vida.

Retomando el compromiso correspondiente al área de la psicología y haciendo una reflexión sobre el trabajo de la misma, se propone como alternativa de formación para los futuros psicólogos, que se enfatice durante el curso de su educación (quizá incluyendo una materia en el plan de estudios) la importancia que tiene el trabajo terapéutico en su vida personal. De este modo, al vivir la experiencia en carne propia le será más fácil llevar a cabo su trabajo al servicio de los otros, en el entendido de que, para entender cómo se dan los procesos psicósomáticos hay que vivirlos.

Para finalizar, se menciona que actualmente en la concepción médica de los padecimientos, hay visiones que siguen siendo fragmentarias, que siguen separando la mente del cuerpo, lo que continúa impidiendo entender y atender adecuadamente la enfermedad. Puede parecer extraño y contradictorio que el campo de la medicina alópata tan íntimamente interesado en el bienestar del hombre, pueda haber sido amenazado por la deshumanización.

Sin embargo, afortunadamente ya existen otras perspectivas más amplias como la medicina psicosomática que a pasos agigantados está ganando terreno, logrando poco a poco incorporarse al cuerpo general del conocimiento médico, lo cual se debe principalmente a que la nueva medicina conocida como psicosomática, no realiza separaciones, por el contrario, considera al ser como un todo lo que hace vislumbrar una medicina integral destinada a reunir a todos los trabajadores necesarios para la tarea general de prevenir y curar las enfermedades y acrecentar la salud.

ANEXO

FORMATO DE ENTREVISTA

A) DATOS GENERALES.-

- 1.- Nombre
- 2.- Edad
- 3.- Estatura
- 4.- Peso
- 5.- Tipo de sangre
- 6.- Estado civil
- 7.- Escolaridad
- 8.- Religión,
- 9.- Delegación o Municipio
- 10.- Casa propia o renta?
- 11.- Con que servicios cuenta?
- 12.- Lugar que más ocupa de la casa
- 13.- Tiempo viviendo en ese lugar
- 14.- Dónde vivió antes?
- 15.- Por qué cambió de domicilio?

B) NACIMIENTO.

- 16.- Dónde nació
- 17.- Nació por parto natural o por cesárea?
- 18.- Tuvo alguna dificultad al nacer?
- 19.- Tomó leche materna?

C) RELACIONES CON LA FAMILIA DE ORIGEN

- 20.- Por cuántas personas estaba compuesta su familia de origen?
- 21.- Quién se encargó de su crianza y educación?
- 22.- Qué opinión de la educación que le dieron?
- 23.- De dónde son originarios sus padres y hermanos?
- 24.- Cómo era la relación con su padre?
- 25.- Cómo era la relación con su madre?
- 26.- A quién de ellos cree que se parece más y por qué?
- 27.- Cómo se recuerda de niño?
- 28.- Cómo recuerda la etapa de su infancia?
- 29.- Cómo vivió su adolescencia?
- 30.- A qué edad empezó a trabajar?
- 31.- Cómo se llevaba con cada uno de los miembros de su familia?
- 32.- Con quién se llevaba mejor?
- 33.- Con quién le era más difícil relacionarse?
- 34.- Quién piensa que era la persona más fuerte?
- 35.- Quién considera que necesitaba más apoyo?
- 36.- Recuerdos más significativos de su vida en familia?
- 37.- Cuáles eran las expectativas familiares hacia usted?
- 38.- Acostumbraban a expresar sus sentimientos en la familia?
- 39.-Cuál es la emoción que más prevalecía entre sus familiares?
- 40.- Qué papel siente que juega dentro de su familia?
- 41.- Qué es lo que más le gustaba de su familia?
- 42.- Qué es lo que más le disgustaba de su familia?
- 43.- Si pudiera cambiar algo de su familia qué cambiaría y por qué?
- 44.- Cuáles son las enfermedades en su familia?

D) RELACIONES CON LA FAMILIA ACTUAL

- 45.- Por cuántas personas está compuesta su familia actual?
- 46.- Cuántos hijos tiene?
- 47.- Tiempo de casada (o)

- 48.- A qué se dedican usted y su pareja?
- 49.- Cómo es la relación con su pareja?
- 50.- Cómo es la relación con sus hijos?
- 51.- En relación a la educación que recibió de sus padres en que es diferente a la que ahora le da a sus hijos?
- 52.- Actualmente acostumbran a expresar sus sentimientos?

E) INFORMACION SOBRE EL PADECIMIENTO Y COMO LO CONCIBEN

- 53.- En qué momento empieza a notar que algo no anda bien en su cuerpo?
- 54.- Cuánto tiempo lleva con la diabetes?
- 55.- Qué síntomas tenía?
- 56.- A partir de cuándo le dan el diagnóstico?
- 57.- Qué impacto le causó saber que tiene diabetes?
- 58.- Sabe en que consiste el padecimiento que usted tiene?
- 59.- Qué tipo de diabetes tiene usted?
- 60.- Qué medicamentos está tomando?
- 61.- Siente que le están haciendo el efecto deseado?
- 62.- Con que profesional acudió por primera vez?
- 63.- Qué ha hecho su familia ante su padecimiento?
- 64.- Ocurrió algún evento fuerte poco antes del diagnóstico?
- 65.- Ha tenido o tiene alguna complicación de la diabetes?
- 66.- Alguien de su familia padece diabetes?
- 67.- Qué síntomas físicos presenta cuando sabe que tiene su azúcar alta?
- 68.- Cuándo tiene su azúcar alta, cuál es la emoción que predomina?
- 69.- Qué emociones sentía con más frecuencia antes de enfermarse?
- 70.- Sus relaciones afectivas han cambiado?
- 71.- Por qué cree que desarrollo este padecimiento?
- 72.- Cómo percibe su padecimiento?
- 73.- De qué manera ha cambiado su vida a partir del diagnóstico?
- 74.- Qué piensa hacer con su diabetes en adelante?
- 75.- Qué piensa de tener su cuerpo?
- 76.- Cómo se describe como persona?

F) ALIMENTACION

- 77.- Cuántas comidas hace al día?
- 78.- Por lo general qué come?
- 79.- Que alimentos consume más y cuáles menos?
- 80.- Dónde come?
- 81.- Qué alimentos evita comer?
- 82.- Realiza alguna otra actividad mientras come (pensamientos)?
- 83.- En algunas ocasiones el hambre se le va y deja de comer?
- 84.- Come entre comidas?
- 85.- Ha notado algún aumento o disminución en su peso?
- 86.- Antes del diagnóstico qué tipo de alimentos consumía con más frecuencia?

G) HABITOS DE SUEÑO

- 87.- A qué hora se prepara para ir a dormir?
- 88.- En promedio cuántas horas duerme?
- 89.- A qué hora se levanta?
- 90.- Duerme durante el día?
- 91.- Cómo se siente cuando despierta?
- 92.- Recuerda si durante la noche tuvo pesadillas?
- 93.- Qué es lo primero que piensa al despertar?

H) ACTIVIDADES PERSONALES

- 94.- En qué emplea su tiempo libre?
- 95.- Qué cosas disfruta más hacer? (no del quehacer de la casa sino de gusto personal)
- 96.- Qué cosas no le gusta hacer?
- 97.- Tiene algún vicio?
- 98.- Actualmente hace ejercicio?
- 99.- Acostumbraba a hacerlo antes de tener diabetes?

I) SALUD GENERAL

- 100.- Cuántos embarazos ha tenido?
- 101.- Ha tenido abortos?
- 102.- Cuántos, causas?
- 103.- Ha tenido alteraciones en su ciclo menstrual?
- 104.- Tiene vida sexual activa?
- 105.- Utiliza algún método anticonceptivo?
- 106.- Como describe su vida sexual?
- 107.- Qué enfermedades importantes ha padecido?
- 108.- Ha tenido enfermedades frecuentes?
- 109.- Ha estado hospitalizado?
- 110.- Cuántas veces (debido a qué)?

BIBLIOGRAFÍA

Aguilar, G. E. (1990) *Cartas a un Diabético*. México, Trillas.

Arreola, P. M. (1998) *Estrés y Manifestaciones Clínicas*. México, Mc Graw-Hill Interamericana.

Auteroche, B., P. Navailh (1983) *Le Diagnostic en Médecine Chinoise*. París, Maloine Editeur.

Bender, D. A. (1993) *Introducción a la Nutrición y el Metabolismo*. España, Editorial ACRIBIA. S.A.

Blas, R. L. (1998) **“La relajación sistémica: una propuesta terapéutica para el tratamiento psicológico de pacientes que padecen neurodermatitis”**. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México Ciudad Universitaria, Distrito Federal, México.

Burgess A. (1973) *La Mala Nutrición y los Hábitos Alimenticios*. Washington, Organización Panamericana de la Salud.

Cañadel J. Ma. (1980) *El Libro de la Diabetes*. Barcelona, Editorial JIMS.

Catani, M. (1992) *Nutrirse y Vivir*. Barcelona. Ediciones Urano.

Clemente E. R. A. (1996) *Contextos de Desarrollo Psicológico y Educación*. Málaga, Ediciones ALJIBE.

Colbin, A. (1986) *El Poder Curativo de los Alimentos*. España, Robin Book.

Chavarría, B. C. (1980) *Diabetes Mellitus en el Niño y el Adolescente*. Asociación de Médicos del Hospital Infantil de México.

Chávez M. M. (1995) *Un Camino Hacia la Salud*. México, Diana.

De Acosta, F. O. (1971) *Diabetes Mellitus*. Cuba, Ediciones de Ciencias y Técnica.

De la Fuente R. (1992) *Psicología Médica*. México, Fondo de Cultura Económica.

Dethlefsen, T., R. Dahlke (2000) *La enfermedad como camino*, España, Plaza y Janés

Dick, P. J. J. (2000) *Neuropatía Diabética*. México, Mc Graw Hill Interamericana.

Durán, G. L. I. (1999) *El Diabético Optimista*. México, Trillas.

Espinoza, P. A.(2006) Perdida del objeto amoroso: un detonador de la depresión. En: O. S. López (Ed). *Alternativas terapéuticas*. (51-69) Edo.Mex. CEAPAC

Escobar, J.L., Aguilar, D.M. (2001) *Nutrición y Hormonas*. Madrid, Ergón.

Figuerola Daniel (1985) *Diabetes Mellitus*, Guía para su conocimiento y control. Barcelona, Salvat Editores.

Fitzgerald, P. A. (1986) *Endocrinología Clínica*. México, El Manual Moderno.

García R. M. (1990) *Alimentación Humana*. Madrid, Ediciones Mundiprensa.

Gobierno Federal, SSA (2000) Programa Nacional de Salud 2000-2006
(www.ssa.gob.mx)

Goodhart, S. R. (1987) *La Nutrición en la Salud y la Enfermedad*. Barcelona, Salvat Editores.

Guasch, G., Hinojosa, L. (2005) *Diagnóstico y medicina tradicional*. México, Ocelote.

Guerín, P. (2000) *Dietoterapia Energética Según los Cinco Elementos en la Medicina Tradicional China*. España, Miraguano.

Hardy, R. N. (1981) *Fisiología del Sistema Endocrino*. México, El Manual Moderno.

Jubiz, W. (1996) *Endocrinología Clínica*. México, El Manual Moderno.

Kilo, Ch. M. D. (1997) *Controle su Diabetes*. México, Limusa.

Klotz, B. (1971) *La Diabetes en el Adulto*. Argentina, El Ateneo.

Lerman G. I. (1998) *Atención Integral del Paciente Diabético*. México, Mc Graw-Hill Interamericana.

Levin, M. E. (1977) *El Pie Diabético*. Barcelona, JIMS.

López, R. S. (2000) *Zen y Cuerpo Humano*, CEAPAC/ Verdehalago, México.

Luna G. Ma. L. "Plan de Alimentación para Personas con Diabetes". Diabetes Hoy V (1) 1165-1166.

Islas, A. S. (1999) *Diabetes Mellitus*. México, Mc Graw – Hill. Interamericana.

Moltó, B. J. (1995) *Psicología de las Emociones, entre la biología y la cultura*. Valencia, Albatros.

Moncada, A. "Diabetes Gestacional" Club Diabetes al Día. 5 (20) 2-5.

Oakley, W. G. (1980) *Diabetes Mellitus*, Clínica y Tratamiento. Barcelona, Doyma.

Olson, O. CH. (1986) *Diabetes Mellitus, Diagnóstico y Tratamiento*. México, Editorial Científica.

Sánchez, L. O. (2006) *Alternativas Terapéuticas*. México, CEAPAC.

Palmero, F. (1999) *Emociones y Salud*. España, Ariel.

Pasini, H. (1980) *Manual de Medicina Psicosomática*. Barcelona, Toray-Masson.

Polaino L. A. (1994) *Psicología y Diabetes Infantojuvenil*. España, Siglo XXI.

Reid, D. (1999) *Medicina tradicional china*, Urano, España.

Requena, Y. (1982) *Terrains et pathologie en acupuntura*, t.2, París, Maloine.

Rivera, C.A.E. "Ejercicio y Diabetes ¿Cuál? ¿Cada cuándo? ¿Qué tanto? ¿Cuánto?". Diabetes Hoy. 5 (12) 34-36.

Roustant, C. (1984) *Traité d'Acupuncture, Médecine Traditionnelle Chinoise de l'Institut de Médecine Traditionnelle Chinoise de Shanghaï*, t.3. París Masson.

Sanmartí, A. M. (1991) *Lo Fundamental en Diabetes*. Barcelona, Ediciones Doyma.

San Martín H. (1984) *Salud y Enfermedad*. México, La Prensa Médica Mexicana. S.A.

Secretaria de Salud (2004) *Manual Para el Manejo de las Insulinas (3)* México, D.F.: Autor.

Schor, I. (1996) *Vivir Como Diabético*. Argentina, Celsius.

Sohn, T. (1998) AMMA *El Antiguo Arte de la Curación Oriental*. México, Diana.

Sussman, J. D. (2003) *Acupuntura Teoría y Práctica*. Argentina, KIER.

Thomson, A. J. (1984) *Endocrinología Clínica*. México, Interamericana.

Vázquez, E. F. (2005) Depresión en la diabetes mellitus tipo 2. En: S. A. Islas (Ed), *Diabetes Mellitus*. (429-436) Distrito Federal Mc-Graw-hill.